

PESQUISA

PROCESSO DE TRABALHO E AGIR PROFISSIONAL NO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

WORK PROCESS AND PROFESSIONAL CONDUCT IN ORAL HEALTH CARE IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM

PROCESO DE TRABAJO Y ACTUAR PROFESIONAL EN EL CUIDADO EN SALUD BUCAL EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD

Evelise Tarouco da Rocha¹
Cristine Maria Warmling²

RESUMO

Introdução: Mesmo com a formulação de estratégias para a qualificação dos profissionais que atuam no SUS, e as mudanças curriculares ocorridas nos cursos de graduação em Odontologia, questionam-se as efetivas transformações nas práticas das equipes de saúde bucal em direção a um modelo de atenção em saúde pautado na integralidade do cuidado. **Objetivos:** Este estudo propõe-se a analisar de que modo os processos de trabalho vivenciados pelas equipes de saúde bucal que atuam na rede municipal de saúde de Porto Alegre possibilitam a produção do cuidado em saúde bucal. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso, com abordagem metodológica qualitativa. Os dados foram produzidos mediante quatro grupos focais, com quatro equipes de saúde bucal da rede de Atenção Primária do município de Porto Alegre. Adotou-se, também, a observação participante nos encontros de educação permanente das equipes de saúde bucal, no ano de 2013. Os dados foram analisados com a ajuda do programa

1 Cirurgiã-dentista da Secretaria Municipal de Saúde Porto Alegre. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da UFRGS.

2 Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). crismwarmling@gmail.com

de análise qualitativa Nvivo. A base referencial teórica de análise do estudo encontra-se em Schwartz (2007) e nos fundamentos epistemológicos da Análise do Discurso. Resultados: As equipes utilizam diferentes protocolos, renormalizando-os conforme demandas próprias ou de usuários que acessam ao serviço. Referem-se à demanda reprimida, contudo não observam que esta pode estar sendo produzida pelo modo como historicamente se oferta e se processa a produção do cuidado. Relações de trabalho qualificadas devem ser despertadas nos serviços de saúde. O redescobrimento do próprio trabalho pelo trabalhador passa pela compreensão do modo com que ele se insere na atividade dos outros e na vida em sociedade. As equipes não compreendem a problematização dos seus processos de trabalho como um momento de educação permanente e comumente entendem os encontros de educação permanente enquanto espaços apenas normativos. Considerações finais: Neste estudo ampliou-se a compreensão sobre o agir profissional para a produção do cuidado em saúde bucal, destacando-se que esse cuidado depende da construção de significados a partir do reconhecimento da prática profissional e da realidade das situações de trabalho.

Palavras-chave: Saúde bucal. Competência Profissional. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Despite the formulation of strategies to qualify professionals working at the Brazilian Unified Health System and curriculum changes made to undergraduate dental programs, questions have been raised whether there have been effective changes in the practices of oral health teams towards a health care model based on comprehensive care. **Objectives:** This study sought to analyze how work processes undertaken by oral health teams working in the municipal health system of Porto Alegre enabled the provision of oral health care. **Methods:** This is a qualitative case study. Data were obtained from four focus groups with four oral health teams working in the primary health care network in the city of Porto Alegre. The present study also relied on researcher's participant observation in lifelong education meetings of oral health teams in 2013. Data were analyzed using the qualitative analysis software NVivo. The theoretical background of the study was based on Schwartz (2007) and on the epistemological foundations of discourse analysis. Results: The teams used different protocols, renormalizing them according to their own demands or to the demands of users who have access to the service. They also point to an unmet demand, but do not realize that this demand may have been produced by the way care provision has been historically offered and processed. Qualified working relationships should be established in health care facilities. Workers will only rediscover their own work when they understand how it is inserted into other's activities and into life in society. The teams do not understand that the questioning of their work process is a time of lifelong education and commonly understand lifelong education meetings as merely normative spaces. Final comments: The present study broadened our understanding about professional conduct for the provision of oral health care and emphasized that it depends on the construction of meaning based on the acknowledgment of professional practice and of the reality of work situations.

Keywords: Oral Health. Professional Competence. Unified Health Service.

RESUMEN

Introducción: Pese a la formulación de estrategias para la calificación de los profesionales que actúan en el Sistema Único de Salud y los cambios curriculares sucedidos en los cursos de grado en Odontología, se cuestiona si hubo transformaciones efectivas en las prácticas de los equipos de salud bucal hacia un modelo de atención en salud basado en la integralidad del cuidado. **Objetivos:** Este estudio buscó

analisar cómo los procesos de trabajo vivenciados por los equipos de salud bucal que actúan en la red municipal de salud de Porto Alegre posibilitan la prestación de cuidado en salud bucal. Metodología Se trata de un estudio de caso con abordaje metodológico cualitativo. Los datos se produjeron a través de la realización de cuatro grupos focales con cuatro equipos de salud bucal de la red de atención primaria del municipio de Porto Alegre. El estudio también se valió de la observación participante de la investigadora en los encuentros de educación permanente de los equipos de salud bucal, en el año de 2013. Los datos se analizaron con el programa de análisis cualitativo NVivo. La base referencial teórica de análisis del estudio se encuentra en Schwartz (2007) y en los fundamentos epistemológicos del Análisis del Discurso. Resultados: Los equipos utilizaron diferentes protocolos, renormalizándolos según demandas propias o de usuarios que acceden al servicio. Además, se refieren a una demanda reprimida, pero no observan que ésta se puede estar produciendo debido a la manera como históricamente se oferta y se procesa la prestación de cuidado. Se deben fomentar relaciones de trabajo calificadas en los servicios de salud. El redescubrimiento del propio trabajo por el trabajador pasa por la comprensión de cómo éste se inserta en las actividades de los otros y en la vida en sociedad. Los equipos no comprenden la problematización de sus procesos de trabajo como un momento de educación permanente y comúnmente entienden los encuentros de educación permanente como espacios únicamente normativos. Consideraciones finales: El estudio amplió la comprensión sobre el actuar profesional para la prestación de cuidado en salud bucal, subrayando que éste depende de la construcción de significados a partir del reconocimiento de la práctica profesional y de la realidad de las situaciones de trabajo.

Palabras clave: Salud bucal. Competencia profesional. Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004a) é parte integrante do processo de consolidação do SUS e reconhece os cidadãos como atores imprescindíveis para sua concretização enquanto política pública que impacte favoravelmente as condições de saúde da população brasileira (BRASIL, 1986). Seu principal desafio é provocar a transformação de modelos de saúde essencialmente curativos e mutiladores em modelos de atenção integral, visando maior acesso ao cuidado em saúde e fortalecendo a autonomia dos usuários do SUS. Quando suas diretrizes se referem ao cuidado e atenção em saúde bucal, consideram essenciais à reorientação do modelo de atenção: o acesso, a continuidade e integralidade da atenção; a coordenação da atenção; a gestão participativa, o vínculo (BRASIL, 2004; STARFIELD, 2002).

No Brasil, a inclusão das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), motivada pela ampliação da rede de atenção à saúde bucal, e com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), através do Programa Brasil Sorridente, houve significativo aumento da oferta de serviços odontológicos à população. Paralelamente à evolução da oferta de serviços públicos de saúde bucal no país, houve aumento da necessidade de mudanças na formação e nas práticas dos profissionais da saúde bucal que viessem a corresponder às necessidades de saúde da população. Porém, alguns autores questionam se as diretrizes da PNSB têm sido suficientes para, além do aumento de oferta de serviços, efetivamente promover uma atenção em saúde pautada na integralidade do cuidado (BOTAZZO, 2008; SOUZA, 2008; MOYSÉS et al, 2008).

Mudanças no olhar e no agir do cirurgião-dentista exigem uma formação profissional capaz de desenvolver competências para cuidar do outro, compreendendo a articulação de diferentes elementos que devem ser trabalhados e vivenciados durante a formação do profissional de saúde. Schwartz (2007) sugere que a noção de competência nos leva à investigação acerca do que é requerido na execução de determinado trabalho, apresentando, em sua teoria, o conceito do “agir em competência”, diante da dificuldade de articular todas as dimensões da experiência humana nas mais diversas situações de trabalho, sempre singulares e inéditas.

No município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, cenário deste estudo, entre os anos de 2010 a 2014 houve importante expansão da rede de atenção à saúde bucal, ampliando o número de equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família, de dezessete para cento e cinco, e o número de Centros de Especialidades Odontológicas, de dois para seis. As equipes encontram-se distribuídas nos dezessete distritos sanitários gerenciados por oito Gerências Distritais de Saúde. Nos últimos dez anos foram esparsas as iniciativas de processos de qualificação dos profissionais de saúde bucal.

A partir de 2013, a Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde (ATSB/SMS) propôs a rediscussão dos processos de trabalho das equipes de saúde bucal, aliada à implantação do Protocolo de Atenção em Saúde Bucal do município (SMS/PMPA, 2014), à reestruturação e ampliação das atividades de educação permanente para todos os esses profissionais — incluindo cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares. A grande ampliação das equipes de saúde bucal no município e a necessidade de aproximação da educação permanente com a realidade de cada território levaram à descentralização desses encontros para encontros mensais em cada Gerência Distrital de Saúde. Os encontros têm duração de quatro horas, divididos entre reuniões administrativas e de educação permanente com as equipes de saúde bucal de cada território. O desafio consiste em estruturar uma proposta de educação permanente que contemple as diferentes necessidades dos profissionais da saúde bucal e que possa ressignificar as práticas desses profissionais sob a ótica do cuidado em saúde.

Nesse contexto, no presente estudo tem-se o objetivo de analisar os processos de trabalho e o agir profissional na produção do cuidado em saúde bucal de equipes de saúde do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso do tipo único, integrado com múltiplas unidades de análise, com abordagem metodológica qualitativa. O objetivo foi alcançar dimensões subjetivas dos processos de trabalho das equipes de saúde bucal, as quais transcendem indicadores e expressões numéricas comumente utilizados nos processos avaliativos (BOSI, 2007; ESTEBAN, 2010).

Participaram da pesquisa equipes de saúde bucal que atuam na rede de Atenção Primária em Saúde do município: cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal. Priorizou-se entrevistar equipes de distintas gerências distritais. Optou-se pela utilização da técnica do grupo focal porque esta privilegia a observação e o registro de experiências e reações dos indivíduos participantes (GIL, 2009). No período de janeiro a maio de 2014 foram realizados quatro grupos focais, com quatro equipes de saúde bucal. Cada equipe participou de um grupo focal com duração aproximada de uma hora e trinta minutos. Ao todo, participaram treze profissionais, sendo sete cirurgiões-dentistas, três auxiliares de saúde bucal e três técnicos em saúde bucal. Os dados foram gravados, filmados e transcritos para serem analisados, sendo o acesso restrito aos pesquisadores do estudo.

A base referencial teórica de produção e análise dos dados encontra-se fundamentada na ergologia, especialmente no conceito de agir em competência, descrito por Schwartz (2007). A condução do grupo focal ocorreu com a ajuda de um instrumento de pesquisa baseado nos ingredientes do agir em competência, com o objetivo de compreender os processos de trabalho e o agir profissional das equipes na produção do cuidado em saúde bucal.

Parte dos dados foi produzida pela pesquisadora, então coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal do município, através da técnica da observação participante, com registro em diário de campo. Os registros foram realizados durante os encontros de educação permanente da saúde bucal, no ano de 2013, objetivando-se perceber a realidade de trabalho sob o ponto de vista das equipes pesquisadas (GIL, 2009). Foram registradas informações que auxiliassem a compreensão da realidade de trabalho dessas equipes, potencialidades, dificuldades e demais informações que contribuíssem para a compreensão dos processos de trabalho das equipes de saúde bucal.

Para o gerenciamento e a codificação dos dados produzidos nos grupos focais utilizou-se o software NVivo versão 10 para Windows.

As produções verbais dos grupos focais foram analisadas com base nos fundamentos epistemológicos da análise do discurso. Procurou-se não se restringir ao conteúdo do texto. O sentido produzido pelos dados não é traduzido, mas produzido, e articula o linguístico com o social e o histórico (CAREGNATO e MUTTI, 2006).

A fim de garantir o anonimato dos participantes da pesquisa para a apresentação dos dados foram utilizados pseudônimos para nomear cada grupo focal realizado (Jacarandá, Ipê, Extremosa e Tipuana). As falas individuais dos trabalhadores nos grupos focais foram identificadas conforme numeração atribuída a cada um deles pelos pesquisadores.

O projeto de pesquisa foi submetido à análise ética através da Plataforma Brasil, possuindo Parecer consubstanciado aprovado com o número CAAE: 15738613.1.0000.5347. Apenas foram considerados participantes da pesquisa os sujeitos que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O acolhimento e a ampliação do acesso sob o olhar das equipes de saúde bucal

A cobertura populacional das equipes de saúde bucal no município de Porto Alegre corresponde a 32% da população, conforme Relatório de Gestão do 1º Quadrimestre de 2014 (SMS, 2014). De 2010 a 2014, o total de equipes passou de dezessete para cento e cinco. Contudo, a ampliação do número de ESB no município vem provocando lentas mudanças na forma de organização do acesso da população à atenção odontológica.

Em 2014, a realidade do acesso pouco difere da encontrada em estudo realizado em Porto Alegre, em 2003, anterior à PNSB, que destaca a dificuldade de acesso à consulta odontológica no município devido à demanda reprimida para atendimento, gerando disputa de vagas entre os cidadãos, por meio de filas na madrugada para conseguir uma ficha de atendimento (RAMOS e LIMA 2003).

O acesso à saúde bucal nas unidades de saúde da atenção básica do município comumente permanece organizado através da distribuição de fichas de atendimento. Raras iniciativas de mudanças na forma de acesso ao atendimento odontológico têm sido observadas, coexistindo com a distribuição de fichas: grupos de acesso e acolhimento diário de demandas espontâneas, geralmente com limitação de vagas, perpetuando a disputa de vagas entre os cidadãos.

Em 2012, a SMS, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, elegeu como principal problema a ser enfrentado a dificuldade de acesso dos cidadãos aos serviços de saúde. A Política Nacional de Humanização, através da estratégia do Acolhimento, passou a ser pauta recorrente em diversas instâncias da SMS, dos Conselhos Distritais e do Conselho Municipal de Saúde. Com as equipes de Atenção Primária, as discussões foram realizadas em conjunto pelas Áreas Técnicas de Saúde Bucal e de Atenção Primária da SMS, com ampla participação dos profissionais de saúde bucal de todas as regiões de saúde. Nessa caminhada, identificou-se um distanciamento da equipe de saúde bucal das discussões sobre a ampliação e humanização do acesso nas unidades de saúde. Pôde-se observar que, em algumas unidades, onde o acolhimento estava sendo implantado, a saúde bucal se mantinha distante do processo, mesmo havendo reivindicações da comunidade local pela integração e humanização do acesso à saúde bucal. Nos grupos focais realizados, os relatos apresentados não consideram o acolhimento como um tema central de discussão no cotidiano das equipes.

Para Merhy (2013), o deslocamento da centralidade do profissional de saúde para o usuário no processo de produção do cuidado em saúde exige outro agir por parte do trabalhador, que envolve a produção do acolhimento do outro nesse encontro profissional-usuário. O acolhimento a que se refere o autor

se trata de um processo relacional, de encontro entre sujeitos, com o reconhecimento do outro, que vai levar à construção de um projeto terapêutico baseado nas lógicas de vida do usuário e no mundo das suas necessidades.

A preocupação com a superlotação da agenda do cirurgião-dentista é constante entre os profissionais, além da alegação de dificuldades na integração da saúde bucal com a equipe de saúde nas unidades. Ora manifestada por resistências por parte das equipes de saúde bucal, ora por resistências da equipe de saúde — “a resistência maior de integrar a saúde bucal no acolhimento é da equipe, pela demanda reprimida enorme” (Diário de Campo).

Quando estamos discutindo temas de interesse comum nas reuniões, todos estão presentes e participam; quando pedimos licença para falar de alguma coisa da odontologia, uns se levantam, outros vão para o computador, a reunião esvazia e nós permanecemos discutindo sozinhos (Diário de Campo).

Foram frequentes os relatos nos grupos focais de que as demandas por saúde bucal são exclusivamente direcionadas para a responsabilidade das ESB. Esse fato, aliado à referência a demanda reprimida por atendimento, são justificativas para o desestímulo dos profissionais frente ao acolhimento e à reorganização do acesso à atenção odontológica: — “estou há 13 anos [no serviço] e foi supercomplicado organizar a agenda com a demanda que vem à Unidade, não há a possibilidade de buscar essa demanda que não chega [espontaneamente]” (Diário de Campo).

Observam-se dificuldades em articular demanda, oferta e cuidado em saúde bucal. Há evidências de que a demanda é produzida a partir do que se oferta nos serviços de saúde e a partir de como se processa a produção do cuidado e a relação entre trabalhadores e usuários dos serviços. Mas, na negociação de valores entre trabalhadores e usuários, entre a demanda e as necessidades de saúde produzidas socialmente, deve-se “trazer para o encontro a negociação de ofertas das tecnologias de saúde bucal apropriadas, analisando a produção dessa demanda, articulando-a aos serviços disponíveis naquele nível de atenção” (PEZZATO, L’ABBATE e BOTAZZO, 2013, p.2101).

Destacou-se, nas falas, a centralidade da produção de procedimentos clínicos no processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Realidade que corrobora com a afirmação de alguns autores quanto à lógica hegemônica dos serviços de saúde de produção de procedimentos e não de cuidado (BOTAZZO, 2008; TRAJANO e CUNHA, 2012; MOYSÉS et al, 2008; CUNHA, 2010; EMMERICH e CASTIEL, 2013). Há profissionais que defendem a integração do processo de trabalho em saúde entre os profissionais da saúde bucal e demais profissionais das equipes de saúde. Solicitam apoio da Secretaria Municipal de Saúde — “isso deveria ser discutido em outras instâncias, deveria ser uma diretriz da SMS” (Diário de Campo). Porém, o pedido de apoio, em alguns momentos, parece se caracterizar como um movimento de des-responsabilização sobre o processo — “eu sugiro que esta discussão seja levada para dentro das equipes e que não sejamos nós a levar esse recado” (Diário de Campo).

Há descontentamento de trabalhadores em relação aos gestores municipais e com as condições de trabalho nas unidades de saúde — “temos que parabenizar os funcionários, porque lá em cima não tem ninguém fazendo nada por nós” (Diário de Campo), ao mesmo tempo em que parece haver uma des-responsabilização quanto à necessidade de se reavaliar processos de trabalho visando a ampliação do acesso à saúde bucal no município — “isso não tem nada a ver comigo, se eu não tenho para onde mandar os coitadinhos” (Diário de Campo). Para alguns trabalhadores, a ampliação do acesso à atenção odontológica na atenção básica prescinde da ampliação do acesso às especialidades odontológicas — “o que adianta eu acolher se quando eu preciso encaminhar um paciente para endodontia ou prótese eu não tenho para onde encaminhar?” (Diário de Campo).

As inquietações apareceram nas falas de profissionais diante do relato de experiências exitosas na implantação do acolhimento, com integração da saúde bucal e compartilhamento de responsabilidades com a equipe de saúde. Houve manifestações contrárias ao compartilhamento desse cuidado, declarando que o acolhimento em saúde bucal só poderia ser realizado pelo cirurgião-dentista e que outros profissionais não

poderiam interferir no trabalho da odontologia. Emmerich e Castiel (2013) salientam que, na odontologia, historicamente, há uma intensa segmentação e verticalização do trabalho odontológico que, embora atualmente seja desenvolvido por diferentes profissionais – cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal –, ainda permanece centrado na figura do cirurgião-dentista.

Obstáculos relacionados à infraestrutura física das unidades de saúde foram apontados para implantação do acolhimento. Em alguns momentos defendeu-se que o investimento em mobiliário, informatização e climatização seria condição essencial para a viabilidade do acolhimento — “que bom se pudéssemos chegar a isto: presença de computadores na Unidade, ar condicionado nas salas, houve um investimento na Unidade” (Diário de Campo).

Resultados de uma pesquisa realizada por Faccin et al (2010) demonstram que as ações de saúde bucal apresentam características que não decorrem apenas de problemas estruturais, mas também da instituição de políticas municipais direcionadas à mudança do modelo de atenção e da maneira com que os profissionais compreendem o processo saúde-doença. Entende-se que a incorporação de sentidos por esse trabalhador não depende apenas da negociação sobre a incorporação de novos profissionais na equipe ou de investimento em melhores condições de trabalho. Depende também da incorporação de um conceito de produção de cuidado, de uma forma de pensar a saúde bucal e de um modo de se pensar a clínica, que também dependem da constituição de sujeitos e subjetividades (FRANCO, 2007; BOTAZZO, 2008; CUNHA, 2010).

Atribuiu-se também à estrutura física das unidades de saúde a dificuldade de integração das equipes de saúde, especialmente quando atuam, no mesmo espaço físico, equipes de atenção básica, centros de especialidades e, em alguns casos, serviços de urgência. A presença das equipes de atenção primária dentro de serviços que, historicamente, são referências para atendimento especializado parece confundir não apenas a população que busca o atendimento, mas também os trabalhadores, os quais relatam dificuldades em se entender enquanto equipe de atenção primária dentro de um espaço tradicionalmente constituído como um centro de especialidades. Nesses locais percebe-se mais evidente a desintegração entre os profissionais e a fragmentação do acesso e do cuidado.

Há o entendimento, em muitas equipes, sobre a importância do envolvimento do controle social na busca por melhores condições de acesso à atenção em saúde bucal. Mas são incomuns relatos da participação das ESB nos espaços de controle social. Os trabalhadores reconhecem a ouvidoria como um importante instrumento de avaliação quanto à qualidade dos serviços prestados nas unidades de saúde, sob a perspectiva dos cidadãos. As equipes entendem que a inexistência de queixas dos usuários em algumas unidades de saúde pode ser considerada um indicativo de satisfação da população (mesmo que haja filas para a busca de vagas) — “acho que nos lugares onde não temos queixas quanto ao acesso da odontologia, onde já funciona bem, acho que devemos manter como está” (Diário de Campo). Quando questionados sobre os possíveis motivos de não haver queixas da comunidade quanto às restrições de acesso à saúde bucal nas unidades de saúde, a resposta centraliza-se na capacidade dos profissionais em dialogar com a comunidade — “Porque somos educados e tratamos eles [os usuários] bem. Até porque, se não fôssemos, já tinham quebrado o posto” (Diário de Campo).

Na grande maioria das unidades da SMS, os prontuários odontológicos não são compartilhados com a equipe e não estão integrados aos prontuários de família. Não raramente os prontuários odontológicos ficam dentro do consultório, e em alguns locais, arquivados separadamente pelo nome do cirurgião-dentista que realizou o atendimento do usuário.

Protocolos para a produção do cuidado na saúde bucal

O conceito de bucalidade remete à produção social da boca humana e à sua capacidade de representação na vida do homem, cujas funções da boca o colocam permanentemente na fronteira entre a razão e o desejo. A bucalidade pretende reconciliar o olhar centrado no elemento dentário, que é próprio da

odontologia, com a clínica no seu conceito ampliado (BOTAZZO, 2006). Dessa reconciliação, espera-se que o profissional coloque em diálogo o que é protocolar com o que é singular e inédito em cada encontro clínico e em cada situação de trabalho, definido por Schwartz (2007) como a capacidade de “agir em competência”.

A ergologia trata do estudo da atividade humana e dentro desta perspectiva algumas proposições são delineadas para definir o agir profissional. Assim, o primeiro ingrediente de uma competência profissional é o relativo domínio dos protocolos em uma situação de trabalho. Relativo, pois não é possível dominar completamente todo o conhecimento científico, técnico, de ordem econômica, gestonária, jurídica, linguística, ou seja, toda uma série de saberes que se enquadraria em determinada situação. Porém, é necessário certo domínio, um conhecimento técnico adquirido previamente, para que um profissional possa agir em competência em qualquer situação de trabalho apresentada (SCHWARTZ, 2007).

Nos grupos focais realizados, as equipes sempre referiram utilizar algum tipo de protocolo para a organização do processo de trabalho e produção do cuidado em saúde bucal, mas apresentam algumas especificidades na forma como o fazem. Em Porto Alegre, o Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre – organização da rede e fluxos de atendimento (SMS/PMPA, 2014) orienta a organização do processo de trabalho das equipes, e as modalidades de acesso preconizadas pela SMS, visando à ampliação e ao acolhimento integral dos cidadãos.

Jacarandá, mesmo afirmando, inicialmente, que não utiliza protocolos, traz referências em suas falas sobre diretrizes e leis que embasam o seu cotidiano de trabalho, e salienta a existência do Protocolo de Atenção em Saúde Bucal do município (SMS/PMPA, 2014) e a sua importância:

A gente vai ter que trabalhar com os colegas o Protocolo [de Saúde Bucal], levar, encaminhar por e-mail pra eles lerem, e muita gente não vai ler, e às vezes não sabem nem da importância disso. [...] acho que a gente tem que estimular os colegas a participarem desse processo e a darem realmente a importância que este protocolo tem (Jacarandá).

Extremosa e Ipê utilizam os protocolos de saúde bucal, definidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), e os protocolos estabelecidos pela SMS. Dos protocolos estabelecidos pela SMS foram citadas as orientações para organização das agendas dos profissionais, especialmente em relação ao tempo estabelecido para consulta do cirurgião-dentista, conforme afirma o trabalhador do grupo Extremosa – “seguimos a orientação da Secretaria, os horários de quarenta minutos” (T05).

Ipê, Tipuana e Jacarandá afirmam a existência de protocolo para o trabalho no Programa Saúde na Escola (PSE), mas dizem nem sempre ser possível a sua execução conforme as orientações da SMS. De acordo com Tipuana – “eles [da SMS] vêm com a coisa pronta [o protocolo], mas na hora da prática não ocorre exatamente igual” (T13).

Tipuana e Jacarandá citaram a existência de protocolos para o acesso dos usuários a outros níveis de atenção, como os Centros de Especialidades Odontológicas. Jacarandá acredita, contudo, que nem todas as equipes estão trabalhando com esses protocolos: “eles [os dentistas das unidades] sabem mais os protocolos de encaminhamento para os serviços especializados [...] mas acho que ainda assim precisaria trabalhar um pouco mais” (T01).

Relatos de uso de diferentes protocolos de acesso à atenção à saúde bucal foram encontrados. Ipê e Tipuana referenciam o acesso via grupos, como o protocolo de acesso da saúde bucal do município, – “aqui a gente estava seguindo o protocolo [agendamento via grupo de acesso]” (T08). Ambas as equipes afirmam que a forma de acesso à saúde bucal nas unidades foi reorientada pela implantação da estratégia de acolhimento, porém não é claro se ambas entendem que essa é uma diretriz da SMS. Ao contrário, Ipê refere estar mudando o protocolo da SMS com a implantação do acolhimento na unidade de saúde – “acho que a gente muda sim [os protocolos], por exemplo, agora a gente resolveu fazer o acolhimento” (T10).

A necessidade de protocolos não é mencionada por Tipuana apenas para a organização do processo

de trabalho, mas também como uma necessidade para a constituição de redes e para a garantia de uma linha de cuidado em saúde bucal: “desde a entrada do paciente, o tipo de tratamento que ele vai receber, tratamento de atenção básica e [...] outros lugares que ele vai ter que acessar dentro da rede de saúde” (T12).

O conceito de integralidade comumente restringe-se à garantia de acesso e integração das clínicas e especialidades odontológicas, centrando o cuidado na intervenção sobre a dimensão biológica do adoecimento e na aplicação de técnicas (Mattos, 2006; Ceccim, 2008). Quando o trabalhador de Ipê afirma que “vê o paciente como um todo” (T08), refere-se ao cuidado de observar se o paciente possui outras necessidades de saúde que necessitem de intervenção de outros profissionais da equipe de saúde. No entanto não se refere a outras dimensões não biológicas desse indivíduo, entre as quais os fatores relacionados às condições de vida — saneamento básico, acesso à água fluoretada, acesso a serviços de saúde e educação, às questões de renda, moradia e políticas públicas; e ao estilo de vida: autocuidado, aspectos culturais, motivação, autoestima, oportunidades de escolha e experiências anteriores (FILHO, 2008). Para Gomes e Pinheiro (2005), a integralidade só existe em ato e deve ser reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado, que considerem o sujeito a ser atendido e o respeitem em suas demandas e necessidades, posicionando-o como sujeito de sua própria história.

Outro aspecto que aparece no estudo são as constantes mudanças de protocolos na Secretaria Municipal de Saúde, atribuídas pelas equipes à alta rotatividade de gestores, o que foi considerado uma limitação à continuidade das ações e projetos propostos para a saúde bucal do município. Observa-se que a importância do Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre (SMS/PMPA, 2014), referenciada por Jacarandá, está relacionada à necessidade de solidificação de uma Política de Saúde Bucal no município, que consolide no longo prazo efetivas mudanças e melhorias à rede de saúde bucal, ressaltada na fala do trabalhador:

As pessoas têm que ter essa segurança, que esse vai ser o trabalho, essa é a forma correta de agir [...] isso evita aquilo que a gente sempre fica com medo: que tem um projeto tal que é de tal pessoa que entrou agora na Área Técnica de Saúde Bucal [...] Aí vai todo mundo, corre pro tal do projeto mas já pensando assim: puxa, esse projeto daqui a três meses pode estar na gaveta (T02).

Schwartz e Durrive (2010, p. 100) afirmam que “trabalhar é bem mais do que produzir com a ajuda de técnicas, mas sim viver um projeto/herança”. Há uma necessidade humana de se constituir patrimônios, concretizar projetos e experiências, solidificá-los como heranças dentro das instituições nas quais atuam. Entende-se que o Protocolo de Saúde Bucal poderia ser considerado pelo trabalhador de Jacarandá a concretização de um projeto/herança dentro da instituição de saúde do município. Um fio condutor a ser destacado nas falas dos trabalhadores das equipes entrevistadas é a relação entre a motivação pessoal para o trabalho e a vontade de fazer parte de um processo de mudança que promova melhores condições de saúde bucal para a população. Parece-nos que o sentimento de pertencimento aos processos de mudança, aqui representados pelo Protocolo de Saúde Bucal, é um motor importante para essas motivações.

Se o profissional não se sentir parte disso, a chance dele rejeitar esse protocolo é muito alta [...] que a gente faça com que toda equipe se sinta parte dessa construção para que não seja assim, mais um gestor que vem com uma ideia nova (T01).

Contudo, Jacarandá relata dificuldades quanto à participação dos profissionais nas discussões que visam qualificar os processos de trabalho — “a gente discute em reuniões de equipe o processo de trabalho também [...] mas às vezes as pessoas que são as mais insatisfeitas não falam, se omitem” (T01). Quando se refere à não colaboração e à não participação de alguns colegas na construção de alguns processos, como o protocolo, pode-se remeter ao que diz Schwartz e Durrive (2010, p. 145) - “pôr em palavras o que se faz na atividade de trabalho é assumir o risco de dizer que não se faz o que foi prescrito, de que a prescrição oficial foi contestada na sua prática”, o que significaria, para esse trabalhador, manifestar publicamente que não aplica no seu cotidiano os protocolos desenvolvidos e prescritos pela SMS.

A renormalização conforme o conhecimento da realidade

O segundo ingrediente de uma competência é a capacidade de se deixar impregnar pelo que há de histórico em cada situação de trabalho, a partir da contextualização de cada situação vivenciada, que passa por todas as sensações humanas e por tudo o que é registrado pelo corpo e pela memória do trabalhador. Não é possível dominar uma técnica e sua história sem compreender como ela funciona em situações reais. Para o desenvolvimento dessa competência, é necessário certo tempo, cuja duração depende de cada indivíduo e de cada situação. Para isto, é necessário que o trabalhador conheça de fato os procedimentos formais do seu trabalho e o trabalho do coletivo onde está inserido, pois ele partilha com esse coletivo as regras informais de funcionamento que só podem ser construídos ao longo do tempo (SCHWARTZ, 2007; SCHWARTZ e DURRIVE, 2010).

As falas dos grupos focais apontam que as equipes buscam se apoiar em normas e diretrizes, internas ou externas à SMS, mas utilizam-nas de forma bastante singular, adaptando-as, renormatizando-as e singularizando-as conforme a realidade de cada local de trabalho ou de acordo com as suas experiências anteriores. Comumente, essas renormatizações levam à criação de seus próprios protocolos, conforme relata Tipuana — “muitos dos nossos protocolos a gente procura organizar dentro da nossa equipe, como se fosse uma pactuação interna nossa” (T12).

Jacarandá acredita que o conhecimento da realidade local de cada unidade de saúde está vinculado ao modelo de atenção adotado dentro do serviço, afirmando que o modelo preconizado pela ESF favorece o conhecimento da realidade local e das necessidades da população. Contudo, mesmo as equipes de ESF, por exemplo Extremosa, parecem ter conhecimento adquirido das condições de saúde da população ainda essencialmente baseado nas demandas que chegam ao consultório odontológico, da mesma forma como aconteceria nas Unidades Básicas tradicionais.

As equipes não fazem referência a dados epidemiológicos ou a indicadores sociais enquanto diagnóstico da realidade em que atuam. Isto pode sugerir que organizam a oferta prioritariamente conforme a demanda espontânea por atendimento.

Há pouca participação da equipe de saúde bucal nos espaços comunitários constituídos fora das unidades de saúde, conforme relata um trabalhador de Extremosa — “a gente não participa de reuniões mais comunitárias” (T05).

Esse resultado vai ao encontro do que indicam alguns estudos que tratam da organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na ESF (ARAUJO e DIMENSTEIN, 2006; ALMEIDA e FERREIRA, 2008; SANTOS, 2009; FACCIN et al, 2010). Moysés et al (2008) apontam, como dois dos principais problemas da saúde bucal no SUS, o modelo de práticas pautado quase exclusivamente no atendimento às queixas autorreferidas dos usuários que buscam as unidades de saúde e o modelo de organização excludente, que prioriza grupos específicos em detrimento da maioria da população.

Contudo, para a construção do direito à saúde como uma questão de cidadania “é necessário rever o papel das equipes de saúde, dos gestores e usuários na ampliação dos espaços de participação popular, refletindo sobre suas relações de poder (GOMES E PINHEIRO, 2005, p. 297)”.

O agir profissional, conforme Schwartz (2007), exige a capacidade de articular o que é protocolar com o que é singular em cada situação de trabalho, caracterizando-se, assim, o terceiro ingrediente do agir em competência. Trata-se da aplicação propriamente dita das técnicas e protocolos permanentemente ajustados ao que têm de singular em cada situação vivida: “a técnica é, sobretudo, uma escolha, uma inscrição em uma vivência” (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010, p. 116).

Técnicas são reflexos de escolhas sociopolíticas que nem sempre correspondem às expectativas do trabalhador ou da realidade em que ele está inserido. Para aplicá-las é preciso compreender que sempre haverá a necessidade de recorrer a seus próprios julgamentos e valores, com seu próprio talento e criatividade, de modo a gerir todas as variabilidades possíveis que as situações reais de trabalho nos apresentam. Há necessidade da existência de “especialistas” para a criação de protocolos e técnicas com certo nível de segurança, mas com igual importância se necessita de pessoas com competência para aplicá-

los na prática cotidiana (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010). O Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre, ao trazer as diretrizes gerais para a organização do cuidado em saúde bucal nos serviços de saúde, possivelmente não apresentará todas as respostas a todas as situações que se apresentarão no cotidiano do trabalho, não eximindo os profissionais das tomadas de decisão durante a sua aplicação em cada situação vivenciada.

Para os trabalhadores de Jacarandá, o que orienta a organização do processo de trabalho das equipes seria: a experiência dos profissionais, o tempo de atuação nos serviços e as condições de trabalho dos serviços onde atuam. A observação de Jacarandá exige pensar que a atuação profissional está ligada às suas habilidades relacionais, de colocar em diálogo esses diferentes elementos, o que a equipe define como “perfil profissional” para trabalhar no serviço. Na teoria do agir em competência pode-se dizer que as habilidades envolvem valores mobilizados no exercício profissional e são produzidos nos percursos profissionais, pois a criatividade técnica do trabalhador também provém de fracassos e sucessos de experiências anteriores (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010), incluindo suas frustrações, conforme destaca o trabalhador de Jacarandá — “as pessoas estão submetidas a um modelo frustrante de trabalho há anos, [...] resgatar a confiança dessas pessoas é importante” (T02).

A incorporação de técnicas e protocolos é também a incorporação de um sentido e de um valor para esse trabalhador. No entanto, Schwartz e Durrive (2010) afirmam que é difícil inferir o valor de uma mudança para os indivíduos mesmo que ela seja percebida como positiva, social e politicamente. Para esses autores não há independência da vida de trabalho em relação à vida pessoal do trabalhador, ambas se comunicam de maneira permanente e qualquer mudança proposta no trabalho também poderá implicar mudanças na vida desse trabalhador (SCHWARTZ, 2010).

As equipes entrevistadas relatam modificar os protocolos existentes conforme as necessidades surgidas em cada unidade de saúde. Contudo, a falta de envolvimento comunitário e a centralidade das práticas das equipes no consultório odontológico e no atendimento à demanda espontânea sugerem que as renormalizações dos protocolos e a organização do processo de trabalho das equipes acontecem, prioritariamente, por demandas da própria equipe de saúde e por demandas dos usuários que conseguem acessar o serviço de saúde, e não pelo conhecimento das reais necessidades de saúde das comunidades onde atuam.

A constituição de novos sujeitos, novas subjetividades e novas relações de trabalho devem ser despertadas no interior dos serviços de saúde para que se possam constituir unidades de produção do cuidado (FRANCO, 2007). O redescobrimento do seu próprio trabalho passa pela compreensão de como ele se insere na atividade dos outros e na vida em sociedade, entendendo que a vida ultrapassa a realização de procedimentos. A criação de laços entre os trabalhadores, o compartilhamento de valores, e o uso que cada um faz de si em função do coletivo irá constituir o trabalho em equipe e tornará possíveis as atividades individuais de cada um dos seus membros, dentro de uma unidade de produção do cuidado (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010).

Educação permanente e trabalho em equipe como debate de valores

É difícil colocar em palavras aquilo que os trabalhadores fazem, porque há valores “que atravessam o micro da atividade, assim como atravessam toda a sociedade (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010, p. 71)”. Os valores que explicam o porquê de uma pessoa realizar uma atividade de determinada maneira e não de outra são, ao mesmo tempo, pessoais e socializados. Schwartz (2007) defende que toda situação de trabalho traz consigo um debate de valores em que cada indivíduo coloca sua posição em relação às questões da sociedade em que vive, em cada ato realizado. Ou seja, cada escolha de valores se confronta diretamente com as políticas: econômicas, de serviço público e de saúde. A partir do momento em que o meio tem valor para o trabalhador, todos os demais ingredientes de uma competência poderão ser potencializados.

Entende-se como prioritário a consolidação de espaços de educação permanente que propiciem o debate de valores entre instituições de ensino e serviços de saúde e que coloquem em diálogo as necessidades das partes envolvidas — trabalhador, aluno, serviço, instituição de ensino, SMS, cidadãos, controle social, consolidando, contudo, a produção do cuidado em saúde como eixo condutor desse processo. O desenvolvimento do agir em competência para o cuidado em saúde bucal do município passa pela construção de significados através de um processo de reflexão e teorização a partir da prática profissional, da realidade das situações de trabalho. Para Lima (2005) somente assim é possível construir e desenvolver capacidades. Para que as propostas de educação permanente contribuam para o agir em competência na produção do cuidado em saúde bucal, estas devem estar intimamente interligadas com a realidade vivenciada pelos trabalhadores no seu cotidiano de trabalho. Somente assim será possível o enfrentamento de situações reais e complexas, segundo padrões prévios socialmente definidos, e, neste caso, segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Saúde Bucal.

Contudo, as expectativas dos profissionais quanto aos processos de educação permanente continuam focadas na demanda por capacitações formais e cursos ministrados por especialistas — “eu acho que antes era melhor [...] todo mês a gente tinha um curso lá na SMS [...] com professores da Faculdade de todas as áreas” (T10). Isso ocorre apesar das políticas públicas de educação permanente na saúde reconhecerem a insuficiência dos treinamentos formais e teóricos para o desenvolvimento de competências, propondo-se cada vez mais estratégias de compartilhamento de saberes e experiências ou as rodas de conversa como instrumentos pedagógicos (CECCIM, 2012).

Frequentemente os encontros mensais das equipes de saúde bucal nas gerências distritais não são considerados momentos de educação permanente pelas equipes, mesmo que Extremosa tenha relatado que nesses encontros discutem-se “mais essas questões de processo de trabalho mesmo” (T05). Na constante demanda por capacitações realizadas pela universidade, percebe-se que ainda há pouco entendimento de que possa haver um protagonismo das equipes de saúde bucal na organização da educação permanente nas regiões de saúde e que isto envolve a problematização dos seus processos de trabalho.

Não é comum às equipes entrevistadas a existência de espaços de educação permanente nas unidades de saúde onde estão inseridas, com exceção da equipe Extremosa, que atribui à presença dos residentes da Escola de Saúde Pública e estagiários da Faculdade de Odontologia a utilização do espaço de reuniões de equipe para educação permanente. A equipe Tipuana refere ter espaço nas reuniões de equipe da unidade para educação permanente, porém estas não ocorrem de forma regular e sistemática. Ipê identificou essa necessidade e planeja instituir um espaço de educação permanente próprio da equipe de saúde bucal na unidade de saúde.

Equipes que atuam em cenários de trabalho que também se apresentam como campos de práticas para alunos de instituições de ensino conveniadas com a SMS consideram positiva a integração ensino-serviço para o processo de educação permanente dos profissionais. Contudo, também reivindica que “a universidade poderia nos dar uma contrapartida melhor nessa parte de educação permanente” (T04), sugerindo que esta contrapartida das instituições de ensino poderia ser mais bem consolidada junto ao município.

Ao mesmo tempo, falas dos trabalhadores sugerem que os conhecimentos adquiridos na universidade não seriam suficientes para o exercício profissional — “os alunos vêm muito frescos, com as informações mais atuais, mas eu tenho a experiência” (T04), ou “é a prática que vai te levando” (T01). Essas afirmações remetem a pensar sobre a integração entre o saber preconcebido e o saber adquirido na experiência. Pode-se dizer que é no cotidiano dos serviços que se adquire uma série de saberes, codificáveis ou não, os quais permitem que se apliquem as técnicas adquiridas na universidade e, em muitas situações, é necessário “contextualizar o não contextualizado” (SCHWARTZ, 2007; SCHWARTZ e DURRIVE, 2010).

Considerando-se a percepção dos profissionais contida nas falas de Jacarandá quanto à importância da integração ensino-serviço e entre o saber preconcebido e o saber adquirido na experiência de trabalho, observa-se que parece haver um entendimento por parte dos trabalhadores de que a Universidade poderia se aproximar mais dos serviços de saúde para contribuir e qualificar o processo de formação em serviço para o trabalhador.

Segundo Lima (2005) e Mattos (2006), apesar dos avanços alcançados no campo da integração ensino-serviço, ainda há um caminho a ser percorrido para a efetivação da inserção da universidade no mundo do trabalho de forma que se consolide a integração teoria-prática, trazendo ao trabalhador, ao serviço e à Universidade, uma mudança nas práticas de produzir saúde.

Mattos (2006) declara que há uma visão dos docentes de Odontologia de que, dada a sua precariedade, o serviço público poderia prejudicar a qualidade do ensino odontológico. Estudos recentes revelam que a inadequação da infraestrutura da rede de serviços para receber alunos, a força da relação instituição de ensino superior/serviço ainda incipiente, a dificuldade do trabalho em equipe e o biologicismo enquanto concepção central na formação acadêmica ainda contribuem para essa difícil relação, interferindo no planejamento das capacitações dos profissionais da rede de serviços, mesmo que já existam experiências positivas nessa integração através de estágios curriculares no SUS (WARMLING et al, 2011; TOASSI et al, 2013; SILVA, 2013).

Quanto ao trabalho em equipe, todas as equipes entrevistadas referiram dificuldades na sua consolidação dentro das unidades de saúde onde atuam, seja por dificuldades dos próprios profissionais da saúde bucal de se inserirem no processo de trabalho da equipe, ou por dificuldades da equipe de saúde em acolher a equipe de saúde bucal como parte integrante do processo de cuidado em saúde.

Estudos revelam que a inserção das equipes de saúde bucal nos ambientes de trabalho das equipes de saúde em atenção primária não é suficiente para a sua integração e para a constituição de um processo de trabalho conjunto. A fragmentação do processo de trabalho e as práticas centradas apenas no núcleo de conhecimento são características comuns às equipes de saúde, não sendo exclusividade da equipe de saúde bucal (SANTOS e ASSIS, 2006; SANTOS et al, 2008; ARAUJO e DIMENSTEIN, 2006; ALMEIDA e FERREIRA, 2008; SANTOS, 2009; FACCIN et al, 2010; KELL e SHIMIZU, 2010; PIMENTEL et al, 2012).

Contudo, as características tradicionais de formação dos profissionais da saúde bucal, ainda extremamente centradas na boca enquanto órgão isolado do corpo e do contexto social, reforçam o isolamento da prática odontológica mesmo em modelos de atenção que visam promover a integralidade do cuidado em saúde (PEZZATO, L'ABBATE e BOTAZZO, 2013; MATTOS, 2006; WARMLING, BOTAZZO e MARZOLA, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo do processo de trabalho das equipes de saúde bucal do município de Porto Alegre possibilitou ampliar a compreensão sobre o agir em competência para a produção do cuidado em saúde bucal destacando-se três aspectos importantes:

Em relação ao uso dos protocolos: o estudo demonstra que, para concretizar o uso do protocolo da Secretaria Municipal de Saúde, é necessário torná-lo um projeto herança, no sentido de produzir pertencimento do trabalhador ao que está sendo proposto e à história da instituição. Alerta que a aplicação dos protocolos pelo trabalhador é um movimento muito mais complexo do que se entende tradicionalmente no campo do planejamento na saúde. Compreende que no uso do protocolo, o trabalhador necessita recorrer a seus próprios julgamentos e valores, talentos e criatividade, de forma a gerir todas as variabilidades possíveis que as situações reais de trabalho possam apresentar.

Trabalhar e, essencialmente, trabalhar no campo da saúde, é gerir variabilidades inerentes à produção do cuidado em saúde. A construção da rede de saúde bucal do município está imbricada com o domínio da dimensão gestonária dos próprios processos de trabalho das equipes de saúde bucal em seus locais de atuação.

O reconhecimento da realidade: a construção de significados para o cuidado produzido em saúde bucal necessita de um processo de reconhecimento da prática profissional e da realidade das situações de trabalho. Só então é possível um agir em competência.

As equipes dominam e utilizam diferentes protocolos e técnicas, renormalizando-os cotidianamente conforme demandas próprias e/ou conforme demandas dos usuários que acessam o serviço de saúde. Referem-se à grande demanda reprimida existente, contudo não observam que esta é produzida também a partir do que historicamente se oferta nos serviços de saúde e de como se processa a produção do cuidado. Há poucas referências à renormalização de protocolos pelo conhecimento das reais necessidades de saúde das comunidades onde atuam e percebe-se a dificuldade dos profissionais em articular demanda, oferta e cuidado em saúde bucal.

Relações de trabalho devem ser despertadas nos serviços de saúde. O redescobrimento do próprio trabalho pelo trabalhador passa pela compreensão de como ele se insere na atividade dos outros e na vida em sociedade. Isso é fundamental para o estabelecimento de um trabalho em equipe. A criação de laços entre os trabalhadores e a constituição de entidades coletivas relativamente pertinentes parece essencial para a constituição de unidades produtoras de cuidado.

Os processos de educação permanente: não é comum às equipes entrevistadas o reconhecimento da existência de espaços de educação permanente nas unidades de saúde onde estão inseridas. Há constante demanda por capacitações técnicas encomendadas à universidade como necessidade de educação permanente. Isso evidencia ainda o pouco protagonismo das equipes de saúde bucal na organização desse processo, que não se apropriam dos espaços constituídos nas gerências distritais. Percebe-se que as equipes não compreendem a problematização dos seus processos de trabalho como um importante momento de educação permanente e entendem os encontros mensais realizados nas gerências distritais como espaços normativos.

As dificuldades de integração das equipes de saúde bucal ao processo de trabalho das equipes de saúde relacionam-se à segmentação e verticalização históricas do trabalho odontológico, reforçadas pelas características de formação dos profissionais de saúde. A integralidade do cuidado é compreendida pelas equipes como o acesso a diferentes atendimentos em saúde, nos diferentes níveis de atenção, não sendo percebida como uma prática que valorize o cuidado e que considere o sujeito a ser atendido, respeitando-o em suas demandas e necessidades e colocando-o como sujeito de sua própria história.

Considera-se, portanto, prioritária a reestruturação desses espaços, consolidando-os como espaços de educação permanente que propiciem o debate de valores entre instituições de ensino e serviços de saúde, que coloquem em diálogo as necessidades das partes envolvidas – trabalhador, aluno, serviço, instituição de ensino, SMS, cidadãos, controle social –; contudo, fundamentando a produção do cuidado em saúde como eixo condutor deste processo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G.C.M.; FERREIRA, M.A.F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2131-2140, Set, 2008.

ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 2019-227, 2006.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150-3, 2007.

BOTAZZO, C. Integralidade da atenção e produção do cuidado: perspectivas teóricas e práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In: MACAU, M.G.L. **Saúde bucal coletiva: implementando ideias, concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: Rúbio, p. 3-15, 2008.

_____. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.7-17, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade de Brasília. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 17 ago. 2014.

_____. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8080. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 28 jul. 2014.

_____. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8142. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 28 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Caderno 17 – Saúde Bucal. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2013.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação. Parecer nº CNE/CES 1300/01. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**. Brasília, DF, nov. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

_____. Resolução CNE/CES, 3 de 19 de fevereiro de 2002. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>>. Acesso em: 28 jul 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 16 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a.

- _____. 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: Ministério da Saúde, 2007b.
- CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R.; Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n.4, p. 679-84, 2006.
- CECCIM, R. B. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, p. 253-277, 2012.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.fepecs.edu.br/cies2010/artigo09.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2013.
- CECCIM, R.B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1567-1578, 2008.
- COSTA, I.C.C.; ARAÚJO M.N.T. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p.1181-1189, 2011.
- CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- EMMERICH, A.; CASTIEL, L.D. Dentistry science, Sisyphus and the “chameleon effect”. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n. 29, p.339-51, abr./jun. 2009.
- EMMERICH, A.; CASTIEL, L.D. **O lagarto e a rosa no asfalto**: odontologia dos desejos e das vaidades. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.
- ESTEBAN, M.P.S. **Pesquisa qualitativa em educação**: fundamentos e tradições. Porto Alegre: AMGH Editora, 2010.
- FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D.L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1643-1652, 2010.
- FADEL, C.B; BALDANI, M.H. Percepções de formandos do curso de odontologia sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 339-354, maio/ago. 2013.
- FARIA, H.X; ARAUJO, M.D. Uma perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção de cuidados e produção de sujeitos. **Rev. Saúde e Sociedade**, v.19, n.2, p.429-439, São Paulo, 2010.
- FILHO, A.D.S. Processo de trabalho das equipes multiprofissionais sob a lógica da Estratégia de Saúde da Família: o uso de ferramentas de Saúde da Família da construção do cuidado em saúde. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS,S.J. **Saúde Bucal das famílias**: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, p. 65-80, 2008.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.23, p. 427-38, set/dez 2007.

GIL, A.C. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, M.C.P.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar/ago 2005.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Multidão: guerra e democracia na era do império**. Rio de Janeiro: Record, 2005, p.100-101.

KELL, M.C.G.; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p.1533-1541, 2010.

LIMA, V.V. Competências: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 17, p. 369-79, mar/ago 2005.

MATOS, D. **As novas diretrizes curriculares e a integralidade em saúde: uma análise das possíveis contribuições da odontologia para o trabalho em equipe**. 2006. 168 f. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2006.

MERHY, E.E. Ver a si no ato de cuidar. In: CAPOZZOLO, A.A.; CASETO, S.J.; HENZ, A.O. **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: HUCITEC, p.248-267, 2013.

MOYSÉS, S.J.; ET AL. Apontamentos para estudos e debates sobre a Estratégia Saúde da Família. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. **Saúde Bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, p.47-64, 2008.

PEREIRA, I.D.F.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 319-338, maio/ago. 2013.

PEZZATO, L.M.; L'ABBATE, S. Uma Pesquisa-Ação-Intervenção em Saúde Bucal Coletiva: contribuindo para a produção de novas análises. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.2, p.386-398, 2012.

PEZZATO, L.M.; L'ABBATE, S.; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciência & Saúde Coletiva** [On-line] 2013, 18. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63027990025>>.

PIMENTEL, F.C. et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 146-157, 2012.

PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2009.

POCHMANN, M. Trabalho e formação. **Ed. Real**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 491-508, maio/ago 2012. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/edu_realidade>.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan-fev, 2003.

RAMOS, M.N. Conceitos básicos sobre o trabalho. In: FONSECA, A. F; STAUFFER, A. B. (Org.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 27-56, 2007.

RAMOS, M.N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, A.M; et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 464-70.

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 **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, J.A.R. **Avaliação das Ações de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco**. 2009. Monografia (residência multiprofissional em saúde coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 27 p., 2009.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p.19-45, 2011.

SCHWARTZ, Y. Uso de si e competência. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Eduff, 2007.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: Editora da UFF, 2010.

SILVA, M.A.M. **O programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (pró-saúde) e a diversificação dos cenários de aprendizagem**. 182 f. 2013. Tese de Doutorado - Faculdade de Odontologia da UFMG. Belo Horizonte: 2013.

SMS/PMPA. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Coordenação de Atenção Primária, Serviços Especializados e Substitutivos. Área Técnica de Saúde Bucal. **Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre: organização da rede e fluxos de atendimento**. Porto Alegre: SMS, 2014.

SOUZA, D.S. A participação da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: a experiência do Rio Grande do Sul. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS,S.J. **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, p. 21-38, 2008.

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

STEPHANOU, M. Discursos médicos, educação e ciência: escola e escolares sob exame. **Rev. Trabalho, educação e saúde**, v.4, n.1, p 33-64, 2006.

TOASSI, R.F.C. et al. **Atenção básica à saúde na educação superior em odontologia: o estágio curricular na faculdade de odontologia da UFRGS**. Projeto de Pesquisa., 2011.

TOASSI, R.F.C. Teaching at primary healthcare services within the Brazilian national health system (SUS) in Brazilian healthcare professionals' training. **Interface**, v.17, n.45, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2014.

TRAJANO, A.R.C.; CUNHA, D.M. O trabalho em Saúde e a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS): o ponto de vista da atividade industriosa na análise do trabalho. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, v. 6, n. 4, p. 77-99, 2012.

WARMLING, C.M; et al. Estágios curriculares no SUS: experiências da Faculdade de Odontologia da UFRGS. **Revista da ABENO**, v.11, n. 2, p. 63-70, 2011. Disponível em: <<http://abeno.org.br/ckfinder/userfiles/files/revista-abeno-2011-2.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

WARMLING, C. M; BOTAZZO, C; MARZOLA, N. Da autonomia da boca: práticas curriculares e identidade profissional na emergência do ensino da odontologia brasileiro. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** (Impresso), v. 19, p. 181-195, 2012.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2010.