

PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A CONSTRUÇÃO (DES) CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE EM FEIRA DE SANTANA - BA

Oral health team practices within the family health strategy and construction (de) construction of integrality in Feira de Santana-BA

Ana Áurea Alcício de Oliveira Rodrigues¹, Graciela Soares Fonsêca², Daniele Veiga da Silva Siqueira³,
Marluce Maria Araújo Assis⁴, Maria Angela Alves do Nascimento⁵

RESUMO

As práticas da Equipe de Saúde Bucal inseridas no Programa de Saúde da Família, numa perspectiva regida pela integralidade, devem apresentar caráter substitutivo das práticas tradicionais, com base nos dispositivos de vínculo, acolhimento e responsabilização com vistas a alcançar a resolubilidade. Tendo como cenário as Unidades de Saúde da Família de Feira de Santana-Bahia, o estudo se propõe a analisar as práticas em saúde bucal e sua relação com a construção da integralidade no município de Feira de Santana. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada realizada com trabalhadores de saúde e usuários das USF de Feira de Santana-BA. Além disso, realizamos observação sistemática da prática. A partir do material construído, foi feito o cruzamento entre as diferentes informações obtidas, utilizando a hermenêutica dialética. Os impasses foram identificados e foi notável constatar que há muitos desafios a serem vencidos para que as Equipes de Saúde Bucal trabalhem em conformidade com os princípios da integralidade.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Bucal; Prática Profissional; Saúde da Família.

ABSTRACT

The practices of the Oral Health Team, inserted in the Family Health Program under an integrality-oriented perspective, must substitute for traditional practices, and seek resolvability based on the principles of bonding, embracement and accountability. Set in the Family Health Units of Feira de Santana - Bahia, the study aimed to analyze oral health and its relation to the construction of integrality in the municipality of Feira de Santana. Data were collected through semi-structured interviews conducted with health workers and users of the units. In addition, we performed a systematic observation of the practices. From the material built, different information was cross-checked, using hermeneutic dialectic. Stumbling blocks were identified, many challenges remaining to be overcome before the Oral Health Team can work in accordance with the principles of integrality.

KEY WORDS: Oral Health; Professional Practice; Family Health.

¹ Ana Áurea Alcício de Oliveira Rodrigues, Cirurgiã-dentista, mestre em Saúde Coletiva, docente da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA. E-mail: aleccio@terra.com.br

² Graciela Soares Fonsêca, Cirurgiã-dentista formada pela Universidade Estadual de Feira de Santana

³ Daniele Veiga da Silva Siqueira, Cirurgiã-dentista formada pela Universidade Estadual de Feira de Santana, especializanda em Odontologia do Trabalho

⁴ Marluce Maria Araújo Assis, Enfermeira, doutora em enfermagem, Mestre em Saúde Pública, docente do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana

⁵ Maria Angela Alves do Nascimento, Enfermeira, doutora em enfermagem, mestre em enfermagem na área de saúde comunitária, docente do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana

Financiamento: Universidade Estadual de Feira de Santana e Fundação de Amparo a Pesquisa da Bahia

INTRODUÇÃO

Na prática de Saúde da Família, constatam-se múltiplas tensões na organização do trabalho. Apesar de as atividades com o coletivo, com as famílias, nas casas, locais de trabalho e convivência serem uma atribuição do conjunto da equipe, elas são assumidas principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), seguidos pelos profissionais da enfermagem. A demanda por assistência através das consultas clínicas é extremamente pesada e ocupa grande parte da agenda dos médicos.

Em relação à prática de saúde bucal, observa-se uma supervalorização dos procedimentos em detrimento de ações voltadas para a integralidade da atenção.^{1,2}

Os programas efetivamente produzem certo ordenamento das práticas de saúde, ao tempo que criam um número grande de procedimentos obrigatórios. Ou seja, as necessidades de saúde definidas tecnicamente por meio da epidemiologia e as práticas estabelecidas por meio da Programação em Saúde definem e, ao mesmo tempo, limitam o repertório de ação dos trabalhadores, pois desconsideram as singularidades e oferecem poucas tecnologias para os aspectos subjetivos envolvidos no processo de viver e adoecer.^{3,4,96}

Sem novas tecnologias, o cuidado clínico ou fica restrito ou reproduz o modelo hegemônico, individual e biológico. Além disso, as equipes, em especial a de saúde bucal, enfrentam muitas dificuldades para lidar com a demanda espontânea e a atenção a elas quase sempre se conforma no esquema queixa conduta, queixa procedimento.³

As políticas ou iniciativas ainda não são efetivas para reconfigurar as práticas de saúde bucal, que, em muitos casos, continuam efetivamente operando na lógica hegemônica, individualista, curativista e biologizante. De acordo com Moysés e Kriger^{4,246}, “de nada adianta o esforço da reorganização da atenção quando a prática centraliza as ações na perspectiva individualista e biológica do humano”. Na prática, então, não se construíram os meios para haver um diálogo entre a atenção básica e os serviços de saúde bucal. São dois mundos supostamente articulados, mas operando com lógicas distintas. E, nesse enfrentamento, a atenção básica se funde com a lógica da saúde bucal, com valorização das práticas simplificadas, da medicina de pobre para pobres, sempre culpabilizada por sua ineficiência e desqualificação.

Diante das observações acima, este artigo tem como objetivo analisar as práticas em saúde bucal na perspectiva da integralidade no Programa Saúde da Família (PSF) de Feira de Santana-BA, tendo em vista a busca de um novo

sentido para a produção de saberes e práticas no cotidiano dos serviços de saúde bucal tomando como espaço institucional a Unidade de Saúde da Família (USF).

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa que teve como recorte espacial 05 USF do Município de Feira de Santana-BA, englobando zona rural e urbana.

Para a coleta de dados foram utilizadas entrevista semiestruturada e observação sistemática da prática. Os sujeitos do estudo foram distribuídos em três grupos de representação: grupo I (cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal - 06); grupo II (outros trabalhadores de saúde - 09); grupo III (usuários - 06). As entrevistas e observações foram orientadas por roteiro contendo questões acerca do vínculo, do acolhimento, da responsabilização e da resoluibilidade no sistema de saúde estudado. Os dados foram coletados entre julho e novembro de 2009.

A análise do material empírico aproximou-se do método de explicação da realidade, denominado por Minayo de hermenêutica-dialética^{5,6}, sistematizado em três etapas básicas: ordenação, classificação e análise final dos dados.

No momento da ordenação, foi organizado o material por meio da transcrição e leitura inicial do conteúdo, para se ter as primeiras orientações e impressões em relação às mensagens representadas nas entrevistas. O segundo momento constitui-se no conjunto de dados empíricos, envolvendo a leitura das observações para complementar as análises.

A etapa de classificação dos dados permitiu o cruzamento dos dados empíricos, que toma como base as concepções teóricas que sustentam a pesquisa e o objetivo do estudo, desenvolvida em três momentos:

1º momento: leitura exaustiva e flutuante dos textos contidos nas entrevistas, recortando e realizando uma síntese geral de cada unidade de análise (uma a uma). Possibilita-se a visualização das ideias centrais sobre o tema em foco, representado em núcleos de sentido (o que dá sentido as representações das falas ou outras formas de expressão, relacionadas ao objeto de estudo).

Este momento possibilitou a montagem de esquemas de análise dos grupos entrevistados, relacionando-se a síntese de cada unidade de análise aos núcleos de sentido. Estabeleceram-se as sínteses horizontais - permitindo mostrar os temas e as ideias comuns entre os sujeitos entrevistados por unidade de análise (em blocos convergentes e divergentes) que podem ser evidenciados na apresentação e discussão dos resultados. Destacam-se nesse momento, as “estruturas

de relevância”, que significa segundo Minayo^{5,6} a apreensão das ideias centrais do texto e/ou fala e a transmissão dos momentos-chave de sua existência sobre o tema em foco.

2º momento: leitura transversal de cada corpo ou corpus de comunicações, estruturados a partir dos núcleos de sentido, percebidos nos diferentes grupos que compõem a análise, fazendo-se a filtragem das unidades de análise mais relevantes relacionadas ao objeto em discussão.

A etapa de análise final dos dados enfatiza o encontro teórico da especificidade do objeto de estudo com a realidade empírica, representada pelas falas e observações, revelando a totalidade parcial das relações sociais por meio da descrição e análise interpretativa, apresentadas no item seguinte.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP-UEFS), conforme parecer nº 033/2009 emitido no dia 08 de julho de 2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tentativa de conceituar integralidade, nos deparamos com diversas descrições. No entanto, somos de opinião que se trata de um vocábulo polissêmico e de difícil conceituação. Seleccionamos uma definição feita por Cecílio e Merhy⁷ por julgar que mais se aproxima da nossa abordagem. Segundo eles, a integralidade seria uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por um certo período de sua vida, precisasse de cuidados.

A integralidade é composta por um conjunto de agenciadores de mudanças e, traçando uma analogia com a física, poderíamos concebê-la como um feixe de luz - forma de energia que se propaga pelos espaços - que, ao atravessar um prisma, se decompõe em diferentes cores. Cada cor - chamada de dispositivo - separada apresenta diferentes graus de força e, resumidas, restaura o feixe original, ou seja, tem potencialidade de iluminar - criar novas perspectivas.^{1:23}

A integralidade é movimento e luta política, luta pela integralidade da vida que envolve sujeitos no cotidiano de suas existências. Esta perspectiva se acha presente, igualmente, no cotidiano dos serviços de saúde⁸, na organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a da vinculação e acolhimento da clientela e onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado. A resolubilidade na rede básica está ligada não só aos instrumentais e

ao conhecimento técnico e teórico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde.⁹

Nessa perspectiva e dentro do que se acredita ser a interdisciplinaridade, além de os profissionais trocarem informações entre si, é de responsabilidade também da Equipes de Saúde da Família (ESF) ser um corpo integrado, de modo que possa encaminhar e orientar o paciente de maneira ideal. Foi verificado que a maioria dos profissionais da ESF confunde a relação pessoal com a interação profissional que deve existir na busca da discussão dos problemas e na tentativa de solucioná-los. Isso se comprova através do seguinte discurso: *“o nosso relacionamento é muito ê[...] vamos dizer assim[...] todos nós somos unidos, uma equipe muito unida, graças a Deus que a gente não tem problema é uma com a outra”* (Ent.13/grupo 2).

No entanto, a fala a seguir diverge do discurso apresentado, visto que demonstra a forma individualizada adotada na prática de algumas USF: *“A enfermeira fala a parte dela e eu falo a minha, a médica fala a parte dela, entendem?”* (Ent.03/grupo I).

Em relação à participação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) dentro da ESF, é importante que não haja separação para que o trabalho possa ser realizado de forma adequada. A ESB deve ser e se sentir parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção.¹⁰ De acordo com o que foi comentado nas entrevistas, verificou-se que essa relação pode estar relacionada à maneira como a ESB se articula com o restante dos profissionais, pois alguns cirurgiões dentistas acabam por se “excluírem” da ESF, muitas vezes, devido a sua formação acadêmica que não preparou para uma atuação adequada no serviço público, promovendo assim, a desarticulação no andamento das ações que devem ter caráter integral.

[...] às vezes nós somos rotulados, dizendo que dentista é excluído. Só que assim, a gente não pode colocar só a culpa no outro. A gente também tem que assumir a nossa culpa. Eu acho assim [...] muito dos nossos [...] eu acho também, assim vem da formação acadêmica. E a nossa formação acadêmica acaba sendo, aquela coisa assim de consultório particular, então assim [...] é aquela coisa, você e o paciente, então, além disso, também na cabeça da equipe, né? acaba achando que o que? Já que você tá lá, você se exclui e acaba não me colocando. Só que a gente tem que se fazer presente, e mudar essa situação, né?”(Ent. 09/grupo I).

O princípio da integralidade é exercido por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no

próprio contexto de cada encontro. Dessa reflexão, emerge uma compreensão que perpassa os diversos sentidos da integralidade que se referem aos encontros entre equipe de saúde e as pessoas. Defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos.^{11:1414}

As práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica. Isso confere às práticas de saúde um caráter de prática de conversação, na qual profissionais de saúde utilizam conhecimentos para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada sujeito com o qual se relacionam, para reconhecer amplamente os conjuntos de ações que podem por em prática (incluindo ações como o aconselhamento e as chamadas práticas de educação em saúde) para responder às necessidades que identificadas. Mais do que isso, defender a integralidade nas práticas é defender que a oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro.¹²

Dessa forma, faz-se necessário o estabelecimento de uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuário.¹³ Para tanto, pressupõe-se que o acolhimento consiste em uma ferramenta que permite o acesso universal aos serviços, tornando-os humanizados, integrais, com resolubilidade e qualidade fazendo com que os problemas de saúde dos usuários se tornem responsabilidade dos profissionais.¹⁴

É necessário, no entanto, que o acolhimento seja capturado em suas várias nuances, sem que ocorra a desvirtuação do seu sentido original. As soluções práticas conhecidas ultimamente para a questão do acolhimento na atenção primária, principalmente em USF, tendem a concebê-la como uma atividade particularizada, que realizaria a combinação de alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde (recepção, triagem, acesso). Em muitos casos, tende a sofrer deslocamentos (acesso, porta-de-entrada, pronto-atendimento), que vão até o limite de esvaziá-la de significado próprio, sendo apenas um nome novo para uma velha atividade.¹⁵

Foi notório que a maioria dos profissionais entrevistados desconhece o autêntico sentido do “acolher”, associando-o restritamente ao tratamento hospitalar direcionado aos usuários, relegando seus aspectos na totalidade. Essa afirmativa é passível de constatação a partir da observação dos seguintes discursos:

“Nós temos uma auxiliar administrativa né? Que é o primeiro contato da comunidade com a unidade de saúde, elas fazem o

acolhimento do pessoal” (Ent. 03/grupo I). *“Bem, a porta de entrada aqui da unidade é a recepção. Eles fazem a triagem, e são recepcionados lá. A gente tenta da melhor maneira fazer um acolhimento fazer sala de espera, até na pra da uma qualidade no atendimento, eles não ficam muito tempo lá, com o tempo ocioso esperando”* (Ent. 05/grupo II).

Essa questão pode ser comprovada por meio da observação sistemática da prática nas unidades, em que não visualizamos o emprego do acolhimento em todos os seus aspectos. Percebemos, de maneira uniforme, que há aglomeração de usuários nos balcões das recepções, pouco esclarecimento por parte dos recepcionistas aos usuários com relação ao funcionamento do serviço e desconforto na sala de espera.

Em contrapartida, os usuários dizem sentir-se “bem recebidos” pela unidade: *“Tem gente que reclama, mas tem uns que reclama mesmo porque gosta de reclamar, mas em caso disso aqui eu sou bem atendida”* (Ent 01/grupo III).

No entanto, isso conduz à discussão a cerca da concepção que essas pessoas possuem sobre as relações com os serviços de saúde. Os próprios usuários ainda se julgam numa posição inferiorizada quando comparados aos que ofertam esses serviços. Isso retrata resquícios das características do modelo médico-centrado e faz com que eles enxerguem o Sistema Único de Saúde como um prestador de favores a uma população marginalizada e impedida de utilizar o serviço privado. Devido a isso, eles acabam aceitando passivamente as condições inadequadas impostas, como a inexistência do acolhimento.

Em outros casos, os usuários encontram-se atentos para essa questão e admitem não existir acolhimento nem no seu sentido mais restrito nos serviços que são prestados pelas unidades que os assiste: *“Tem vezes aqui que a gente não é bem atendido não, viu? Que eu vou te dizer. Demora. Tem outros dias que até melhorzinho. Não é tudo de tudo ruim”* (Ent. 01/grupo III).

Alguns profissionais admitem a existência da falta de acolhimento nas unidades:

“Com relação ao acolhimento, eu acho que precisa melhorar mais o acolhimento da recepção, das técnicas [...] Bem estressadas, então, acabam não tendo aquele acolhimento como a gente quer” (Ent 04/grupo I).

Na concepção de Campos e Carvalho¹⁶, acolhimento é um arranjo tecnológico que busca fornecer acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário.

Um nó crítico constatado neste estudo foi o encaminhamento dos usuários aos serviços de média complexidade através de referência e a manutenção do usuário no sistema por meio da contra referência. Os profissionais relataram que o encaminhamento dos pacientes era realizado sempre que necessário, no entanto, em muitos casos, o atendimento não é alcançado e os usuários se veem desorientados, obrigados a recorrer a outros meios para conseguir o tratamento pelo o qual buscam.

Há ocasiões, frequentes inclusive, em que o usuário acaba por se desligar do sistema, não retornando ao serviço de atenção primária. Há casos, ainda, em que ocorre o desvio desses usuários, visto que são encaminhados, por profissionais do SUS, para cursos de pós-graduação. Os discursos a seguir exemplificam esse impasse:

“Geralmente a gente faz a referência, mas às vezes, a contrarreferência é meio difícil, porque esse retorno que seria o certo, a contrarreferência, aqui é meio difícil, geralmente a gente faz a referência, mas é difícil a gente receber o retorno” (Ent 06/grupo I). *“A gente só faz referenciar, a volta, a contrarreferência não tem [...] muitas vezes a gente referencia um paciente e o paciente se perde e a gente não sabe o que aconteceu com ele”* (Ent 01/grupo II). *“Assim, tem alguns cursos e nesses cursos eu penso assim, a taxa eu peço pra cair as taxas e tentar encaminhar esses pacientes pra pros cursos, né? Pra fazer. E até nos cursos que tem taxas, alguns casos, conseguem liberar a taxa, pra fazer de graça, porque ir pro CEO a fila é muito grande, tento viabilizar de outra forma”* (Ent 05/grupo II).

Ao observar, junto aos profissionais das USF, a resolubilidade quando há necessidade da utilização de outros serviços e unidades de rede, como por exemplo, exames complementares, a maioria dos usuários tem dificuldades quanto ao retorno às unidades com esses exames, sendo que muitas vezes, precisam recorrer ao serviço particular.

“As pessoas saem daqui com referencial de marcação de clínica, etc. passa pela secretaria de saúde, mas existe a demora desses exames, então tem exames que chega com seis meses, um ano.[...] tem alguns que não fazem, desistem, outras quando tem um poder aquisitivo melhor vai e paga e faz, né? E aqueles que não têm ficam sem fazer.” (Ent. 06/grupo II).

Enfocamos que o acolhimento, enquanto diretriz operacional propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde, de modo que este seja organizado de forma usuário-centrado. Para tal fim, é necessário atender a todas

as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, acolhendo, escutando e dando uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.^{17:347}

Os processos de trabalho em saúde devem ser organizados mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção, resultante da combinação das ações de promoção da saúde¹⁸, incluindo a atuação na comunidade, levantamentos epidemiológicos, ações preventivas e de educação em saúde e serviços para grupos com necessidades diferenciadas.¹⁹

Pensar em integralidade como forma de organizar a demanda implica em refletir sobre modificações na forma de se produzir saúde, quer na relação com os usuários, quer na composição e no gerenciamento das equipes. Uma forma de começar a mudança pode residir em mudar para um modelo de gestão mais participativo, que preveja momentos instituídos de escuta entre os envolvidos no processo de produção.^{20:10}

Sabendo que o artigo 196 da Constituição da República define saúde em um conceito mais amplo, dizendo não ser esta apenas o estado contrário ao estado de doença, os serviços de saúde devem evoluir de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde.⁷

Ao abordar as diferenças entre serviços de saúde pública e serviços assistenciais, as equipes de saúde se defrontaram com novas questões, como os conflitos entre a demanda espontânea por consultas e a criação, pelos serviços de saúde, de uma demanda organizada para responder às necessidades não tão claramente sentidas pelos usuários.²¹

Nesse contexto, segundo Mattos²², a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser realizada sem que se assumam uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda organizada deste serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional.

Nas USF de Feira de Santana, a demanda não se encontra organizada, pois não há conhecimento das necessidades locais, dificultando dessa maneira o processo de trabalho

das ESF. Dessa maneira, os pacientes passam por agendamento prévio ao atendimento, conforme explicitado a seguir: *“As consultas são agendadas e distribuídas pelos agentes de saúde. A demanda é organizada.”* (Ent 01/grupo II).

Notamos, entretanto que se excluíram as antigas “filas reais” e passaram a existir as “filas em listas”. Além disso, vários pacientes são marcados para o mesmo horário e o sistema acaba funcionando pela ordem de chegada.

“[...] nós temos uma demanda organizada entendeu? Nós trabalhamos com sistema de marcação de consulta, entendeu? Então nós marcamos a consulta previamente e o paciente neste dia marcado vem no seu turno matutino ou turno vespertino pra realizar seu atendimento. A gente marca por turno, eles vêm e a gente atende quem chegou primeiro e assim sucessivamente [...] tem pacientes que faltam muito, né? Então é... esse paciente, por exemplo, que marca com hora marcada e não comparece, a gente fica esperando aqui, né? E perdendo tempo. Então... eu prefiro ainda o outro sistema até o pessoal se educar mais e tal pra depois implantar posteriormente” (Ent. 03/grupo I).

Outro dificultador do trabalho foi a desproporção entre o número de famílias assistidas e a capacidade da unidade em prestar atenção e assistência a todas elas. Vale salientar que a relação de uma ESB para duas ESF ainda é vigente em algumas das unidades estudadas. Assim, a maioria dos profissionais relatou que há ineficiência no desenvolvimento de trabalho devido a isso. *“A demanda é muito grande, então a gente tá tentando organizar. Existe muitas pessoas pra ser atendida”* (Ent. 06/grupo II).

Visto que os indivíduos do território buscam a assistência em diferentes condições: doentes, sadios ou com urgência de atendimento, e que prioridade deve ser dada aos casos de urgência, garantindo todos os cuidados e o retorno ao serviço⁷, vale lembrar a importância dos atendimentos à livre demanda, em associação aos atendimentos à demanda organizada. Constatamos nas práticas de saúde bucal no PSF de Feira de Santana que os casos de demanda espontânea, em caso de urgência, são atendidos, como pode ser notado abaixo: *“Eu acho que urgência e emergência é prioridade. A gente não pode recusar o atendimento então chegou aí, é emergência ou urgência a gente atende, entendeu? [...] A gente tem que resolver a urgência do paciente”* (Ent. 03, grupo I).

O vínculo pode ser uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo, o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde.²¹

Para entender o estabelecimento do vínculo, torna-se necessária a visualização do perfil profissional dos trabalhadores do serviço de saúde. Nas USF de Feira de Santana, a maioria dos Cirurgiões Dentistas possui mais de dez anos de formação e, grande parte, foi diplomada por universidades estaduais e federais. Além disso, mais de 50% destes profissionais trabalham no PSF há quatro anos, na mesma unidade. Muitos profissionais são contratados para atuarem nas USF sem a realização prévia de uma seleção, e através de “conhecidos” conseguem uma indicação. Essa forma de contratação se reflete no despreparo por parte de alguns membros da equipe que desconhecem, em alguns aspectos, as diretrizes e a forma de funcionamento do PSF e do SUS.

Verificamos que o estabelecimento do vínculo entre os profissionais e a comunidade se depara com percalços como a não permanência dos profissionais nas unidades por período de tempo suficiente para que essa realidade exista: *“A dentista é nova”* (Ent. 02/grupo II). *“[...] aqui mesmo não fica médico, ninguém sabe qual é o problema, não fica médico de jeito nenhuma aqui”* (Ent 05/grupo III).

O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.¹⁸

Uma peça indispensável para a construção do vínculo é a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS). O agente é o maior promotor do elo, portanto o vínculo entre o PSF e a comunidade, justamente por ser morador do mesmo local das famílias, fazendo parte de uma rede de relações, com atributos de solidariedade e liderança e conhecimento da realidade social - requisitos para sua seleção¹⁸. Corroborando essa assertiva o discurso a seguir: *“às vezes tem uma afinidade com as pessoas, porque quando você é da comunidade você cria um vínculo de amizade, de carinho. Você já se sente da família”* (Ent 06/ grupo II).

Outra dimensão da integralidade, na prática, expressa-se na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa às ações ou procedimentos preventivos. Para os profissionais, isso significa incluir, no seu cotidiano de trabalho, rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual do sofrimento¹⁰. Dessa maneira, a epidemiologia e as informações sobre o território deverão ser utilizadas para subsidiar o planejamento das ações. Devem-se buscar

ações que sejam planejadas com base em um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde.⁹

Assim, as ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada local, visando construir uma prática efetivamente resolutive. É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades.⁹

Entretanto, verificamos que, na prática das USF, existe dificuldade em realizar levantamentos para reconhecer as necessidades da população adstrita à sua unidade de saúde, visto que o projeto terapêutico é baseado na queixa conduta, como pode ser verificado na fala: *“a gente verifica as necessidades do paciente na entrevista, na conversa na hora da consulta”* (Ent. 05/grupo II).

Dessa maneira, muitos profissionais trabalham com a ideia errônea do que seria levantamento epidemiológico. Ocorre uma identificação da quantidade de pessoas que reside na área, mas falta a informação de suas condições de saúde. E os dados existentes, resultantes de levantamentos realizados a nível nacional ou municipal, realizados há bastante tempo, não têm ajudado a conduzir as ações nas unidades de saúde. *“A gente tem reuniões pra discutir justamente os dados da unidade, o número de atendimentos, determinados tipos de doença, aí é feita as estratégias pra estudar, pra... a gente ter um, pra saber lidar com a situação, é isso”* (Ent. 05/grupo III).

Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população, a partir de experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção. As ações de saúde bucal no PSF devem apresentar caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde, estimulando as ações de promoção de saúde.¹⁰

Foi unânime nas falas dos profissionais de Saúde da Família de Feira de Santana que as atividades de promoção de saúde são imprescindíveis para a efetividade das ações de saúde. A maioria relatou realizar atividades de educação em saúde, principalmente utilizando o recurso “sala de espera” e atividades informativas dirigidas a grupos, como convergem os discursos abaixo:

“tem as atividades de escovação de educação que a gente faz com as crianças na escola” (Ent. 06/grupo II). *“É fazer*

reunião, sala de espera, palestra, pra orientar o pessoal [...] Então todo dia de trabalho no PSF é a prevenção, escovação, sala de espera, tem que tentar abrir a cabeça dos pacientes” (Ent. 03/grupo II).

Alguns usuários afirmaram nunca ter presenciado momentos de realização de procedimentos educativos nas unidades: *“Nunca vi isso não. Pra falar de doença não”* (Ent. 04/grupo III).

Ainda imputando para a realização dos procedimentos educativos na sala de espera, as observações sistemáticas do funcionamento das unidades evidenciaram, na maioria dos casos, a inexistência de tais atividades.

Na perspectiva da integralidade, não se pode deixar de levar em conta o significado que nossas recomendações de cunho preventivo podem ter no modo de andar a vida dos sujeitos. Ou seja, os projetos terapêuticos individualizados levam em conta também as ações voltadas para a prevenção. A responsabilização é a soma dos demais agenciadores diante dos desafios do processo saúde/doença, é a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um; é, portanto, ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários.¹

Para Rodrigues e Assis¹, a compreensão do processo saúde-doença tem orientado o tipo de intervenção a ser adotado nas ações de saúde bucal. De acordo com os dados do maior levantamento epidemiológico já realizado para demonstrar a situação de saúde bucal no Brasil, o SB Brasil 2003, foi verificado que diferenças regionais são marcantes no uso e na necessidade de prótese dentária, caracterizando dessa maneira o edentulismo. Os adolescentes das Regiões Norte e Nordeste possuem as percentagens maiores de uso de algum tipo de prótese dentária. Para adultos e idosos, um maior uso foi constatado na região Sul. As regiões Norte e Nordeste possuem uma maior necessidade de algum tipo de prótese dentária. Estas regiões também apresentavam uma maior percentagem de pessoas com necessidade de próteses totais.²³

Dessa maneira, elimina-se um sintoma da doença, pela extração, restaura a condição de normalidade (não sentir dor), mas instaura a anormalidade (não ter dentes), que pode ser reconduzida à sua normalidade por meio de uma prótese dentária e, assim, o que é “anormal” passa a ser aceito como “normal”, social e mesmo profissionalmente.¹

A forma como se organizam as práticas em saúde bucal conduz a uma discussão polêmica - fazer ou não o “tratamento completado”, ou seja, concluir todas as necessidades que cada usuário apresenta, pelo menos em

relação aos procedimentos básicos, ou resolver apenas os problemas demandados em cada consulta. O “tratamento não completado” gera, de um lado, uma maior rotatividade de usuários que utilizam os serviços, mas, por sua vez, cria um círculo vicioso, no qual a baixa resolubilidade acaba por gerar a permanência dos usuários por muito tempo no serviço, sem a garantia de que concluirão o tratamento ou conseguirão resolver os seus problemas.¹ Apesar de os discursos dos profissionais das ESB afirmarem que realizam o tratamento completado, as observações sistemáticas da prática evidenciaram que eles não ocorrem, contribuindo para a baixa resolubilidade.

Eles querem logo fazer a resina, mas eu até brinco com eles assim “não dá pra arrumar a casa sem antes varrer” [...] então assim, eles são atendidos até terminarem o tratamento, depois de concluído o tratamento, eles voltam semestralmente pra fazerem a revisão, né?” (Ent. 04/grupo I).

O exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário, contribui para a baixa resolubilidade na rede básica.⁹ Isso pode ser percebido de acordo com a fala abaixo:

“Pra mim não foi boa consulta com esse médico daqui não[...] ai você tá com problema, pede a ele e ele não faz. Ele faz o que ele quer. Passa exame de fezes e urina, só que minha filha tem outro problema[...]Eu não gosto desse tipo de atendimento. Acho que como tá, tá ruim.” (Ent. 05/grupo 06).

A prática clínica defronta-se com uma restrição nos serviços de saúde bucal, a assistência de média e alta complexidade.¹ As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal reconhecem que a atenção em saúde bucal, nesses dois níveis, tem sido muito pequena, comprometendo a integralidade e a resolubilidade das ações.¹⁰ Ressalta-se, no entanto, que, só a partir de 2004, instituiu-se pela Portaria no 1571/GM, em 29 de julho de 2004, uma política nacional de financiamento para a atenção de média complexidade em saúde bucal.²⁴

CONCLUSÃO

O acolhimento pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orien-

tar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolubilidade. De acordo com muitos autores, muitas vezes a prática mostra que o acolhimento não ocorre na maioria das USF de Feira de Santana e, além disso, muitos usuários acabam por confundi-lo com “serviços de hotelaria”. Acreditamos que isso decorre do modelo de formação universitária em saúde vigente no país, que historicamente tem definido um perfil de profissional voltado para uma prática individualista, de visão fragmentada, centrada em procedimentos o que não é adequado à filosofia de trabalho baseada na Integralidade. Além disso, os cursos de graduação de odontologia não contêm, na grade curricular, o direcionamento para o trabalho em equipe multiprofissional - médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal - dificultando o estabelecimento das rotinas práticas nos serviços.

Como destacam os autores, o vínculo entre os usuários e determinados profissionais da ESF é dificultado, uma vez que ocorre a alta rotatividade desses profissionais, pois muitos ainda veem o PSF como “serviço temporário”, impedindo assim, a solidificação dessa relação profissional-usuário. Em oposição aos demais profissionais, os ACS apresentam-se efetivamente vinculados à comunidade. Acreditamos que essa peculiaridade é resultado da forma de seleção e da qualificação permanente a que essa categoria está sujeita.

A responsabilização através de ações de promoção que tem por objetivo a melhoria das condições de saúde bucal e geral da comunidade assistida acontece de forma heterogênea nas USF por grande parte dos profissionais. Dessa maneira, a resolubilidade é comprometida devido ao desconhecimento da realidade da população adstrita e a problemas no encaminhamento através das guias de referência e contrarreferência e atendimento completado.

É necessário incentivar a capacitação dos profissionais, que atuam no PSF de Feira de Santana, sensibilizando-os para importância de desenvolver uma prática baseada na integralidade. Além da ampliação na cobertura dos serviços de média complexidade, como aumento do número de Centros de Especialidades Odontológicas e a implantação de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, com vistas a tornar verdadeiro o processo de referência e contrarreferência nos serviços ofertados.

A realização de levantamentos epidemiológicos deve ser incentivada no intuito de identificar os agravos mais prevalentes e incidentes que acometam à comunidade, o

que promoveria um alicerce para a construção das ações em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues AAAO, Assis MMA. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: sujeitos, saberes e práticas. Vitória da Conquista: Edições UESB; 2009. 180p.
2. Santos AM. Da fragmentação à Integralidade: Construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família de Alagoinhas-BA [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2005. 234f.
3. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2005 set/dez; 9(18):489-506.
4. Moysés ST, Kriger L. Manejo de famílias por ciclo de vida. In: Moysés TST, Kriger L, Moysés SJ. Saúde bucal das famílias - trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008. 308p.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008. 407 p.
6. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.83-107.
7. Cecilio LCO, Merhy EE. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, Camargo Junior KR, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco; 2003. 228p.
8. Macau LMG. Saúde bucal coletiva: implementando ideias concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2008. 207p.
9. Franco TB, Magalhães HM. Integralidade na assistência à saúde: A organização das linhas do cuidado. In: Franco TB, Magalhães HM. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2004.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública.* 2004 set./out; 20(5):1411-6.
12. Teixeira R. O acolhimento num serviço de saúde como entendido como uma rede de conversação. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade. Cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco; 2003. p. 89-112.
13. Silva AGJ, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; 2004.
14. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. cap. 3, p.116-60.
15. Rizzotto MLF. As políticas de saúde e a humanização da assistência. *Rev Bras Enferm.* 2002 mar/abr; 55(2):196-9.
16. 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 abr/jun; 16(2):507-15.
17. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 1999 abr/jun; 2(15):345-53.
18. Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da Saúde. In: Mendes EV. Uma agenda para a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1996. cap.4, p. 233-300.
19. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de Saúde Bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(2):4-360-5.

20. Moraes, DR. Revisitando as concepções de integralidade. Rev APS. 2006 fev; 09(1):1-16.
21. Schimith M, Lima M. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2004 nov/dec; 20(6):1487-94.
22. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p.39-64.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1571 de 29 de julho de 2004. Portaria que estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO. [Citado em 2010 jul 20]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/1571re.htm>

Submissão: maio de 2010

Aprovação: setembro de 2010
