

DA HIGIEZ DE UM PROGRAMA AO AMÁLGAMA NECESSÁRIO: A INSERÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE NITERÓI NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

From the integrity of a program to the necessary amalgam: The introduction of the Oral Health Teams into the Family Health Strategy in the city of Niteroi in the state of Rio de Janeiro

Juliana Marin¹, Mônica Tereza Christa Machado²,
Mônica Villela Gouvêa³, Marcelo de Almeida Mayernyik⁴

RESUMO

A inserção de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família é uma medida política de âmbito nacional que assegura a integralização, equanimização e universalização do cuidado, considerando as reais necessidades e especificidades regionais. Em 2010, o país apresentava 735 municípios que ainda não haviam inserido a odontologia em suas equipes de saúde da família, nesse contexto encontrava-se Niterói no estado do Rio de Janeiro. O programa de saúde da família de Niterói foi implantado em 1992 com desenho metodológico próprio, antes da proposição nacional da Estratégia de Saúde da Família de 1994. Apesar do município ser considerado pioneiro nesse processo, a inserção de equipes de saúde bucal ocorreu apenas em 2010, aproximadamente 10 anos após os primeiros incentivos financeiros do Ministério da Saúde. Com objetivo de desvelar o contexto tardio dessa incorporação nesse município, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores, trabalhadores e representantes da população. O modelo do Programa Médico de Família, que outrora foi pioneiro e referência para mudança das práticas em saúde, resistiu ao avanço e desenvolvimento da política nacional, reflexo da institucionalidade histórico-moduladora, validada por diferentes atores no tempo e espaço da consolidação da oferta de serviços no município. Assim, por longos anos, apesar das fissuras que procuraram promover a adequação programática em conformidade com a estratégia nacional, o programa manteve-se intocável e imponderável. Essa experiência

ABSTRACT

The inclusion of oral health teams in the Family Health Strategy is a national political measure that assures the comprehensiveness, equity, and universality of care, considering real needs and regional specificities. In 2010, the country had 735 municipalities that had not yet introduced dentistry into their family health teams, including the city of Niteroi, in the state of Rio de Janeiro. The family health program of Niteroi was implemented in 1992 with its own methodological design, before the national proposition of the Family Health Strategy of 1994. Although the city is considered a pioneer in this process, the inclusion of oral health teams occurred only in 2010, nearly 10 years after the first financial incentives from the Ministry of Health. Aiming to reveal the delayed context of this incorporation in this municipality, semi-structured interviews were conducted with managers, workers, and representatives of the population. The model of the Family Doctor Program, which was once a pioneer and reference for changing the practices in health, resisted the advance and development of the national policy, reflective of the historical-modulator institutionality, validated by different actors in the time and space of the service provision consolidation in the municipality. Thus, for many years, despite the factions that sought to promote programmatic suitability in accordance with the national strategy, the program remained untouchable and imponderable. This experience of Niteroi shows the great challenge of breaking with the instituted, that supplants

¹ Juliana Marin, professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Salgado de Oliveira. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. E-mail: jubsmarin@yahoo.com.br

² Mônica Tereza Christa Machado, professora associada Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública I Fundação Oswaldo Cruz

³ Mônica Villela Gouvêa, professora adjunta do Departamento de Planejamento em Saúde da Universidade Federal Fluminense. Doutora em Odontologia Social pela Universidade Federal Fluminense

⁴ Marcelo de Almeida Mayernyik, pesquisador do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense

de Niterói evidencia o grande desafio em romper com o instituído que suplanta a força instituinte capaz de ressignificar a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe fundamental para a garantia da integralidade das ações e serviços de saúde. Hoje o cenário é de atraso na reestruturação do programa para a garantia do direito social integral à saúde e do exercício pleno da cidadania. Porém ressaltamos que a primeira inserção do amálgama que se faz necessário já foi iniciada.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Saúde Bucal.

INTRODUÇÃO

O processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve início em 1994 no território nacional e fixou-se como um dos pilares na substituição do modelo tradicional de assistência, flexneriano, e na mudança da organização dos serviços, inserindo o trabalho interdisciplinar voltado para as necessidades de saúde da população adscrita a um determinado território.¹

A indução de mudanças fundamentadas na incorporação de novos atores e ações de saúde promoveu a expansão da oferta de serviços, dentre os quais os odontológicos, com o planejamento participativo da comunidade.² Em fevereiro de 2002, 14 meses após a divulgação da Portaria Ministerial de incentivos para a ampliação das equipes de saúde da família, o número de municípios com Equipe de Saúde Bucal (ESB) havia aumentado substancialmente para 1.526 em todo o Brasil, em janeiro de 2006 esse número era de 4.285 municípios totalizando 15.086 ESB, em 2009 já havia 18.982 equipes para 4.717 municípios³ e em 2012 o total era de 22.139 equipes de saúde bucal implantadas em 4.907 municípios.⁴

Nesse sentido, cabe resgatar que a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com o crescente incremento da municipalização das ações, os modelos assistenciais passaram a ter uma importância maior.⁵ Antes da proposição do desenho nacional da ESF, alguns municípios vivenciaram configurações próprias condicionadas, entre outros fatores, pelas características de gestão e organização dos sistemas locais. Algumas dessas iniciativas foram pioneiras por desenvolverem modelos com base na organização da Atenção Primária à Saúde (APS), a saber: a) Medicina Geral e Comunitária em Porto Alegre no Rio Grande do Sul, baseada nos princípios da Medicina Familiar, b) Ação Programática em Saúde, desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e c) Programa

the instituting force able to resignify the interdisciplinary nature and teamwork essential to ensuring the integrity of health actions and services. Today the scenario is one of delay in restructuring the program to guarantee the integral social right to health and the full exercise of citizenship. But we emphasize that the first introduction of the amalgam that is needed has already been initiated.

KEYWORDS: Primary Health Care; Family Health; Oral Health.

de Médico de Família (PMF) de Niterói, estado do Rio de Janeiro.¹

No caso de Niterói, a gestão municipal de saúde entre os anos de 1977 a 1980 introduziu novos atores sociais na participação da gerência da saúde, alicerçando os saberes e a inteligibilidade para criação de um novo projeto a partir da perspectiva de processos de trabalho inovadores⁶ que rompessem com a lógica de assistência anterior, hospitalocêntrica e medicalizante. Dessa maneira, o município implantou um conjunto de propostas que possibilitaram novas práticas concernentes à área da saúde, reafirmando sua “[...] vanguarda no Movimento Municipalista, registra uma história de luta pela democratização do setor da saúde conjugada ao processo de redemocratização do país”.^{6,7} Corroborando seu pioneirismo o município implanta em 1992 um novo modelo de assistência à saúde, o Programa Médico de Família (PMF), pautado nos princípios e diretrizes que regem o SUS.

Com características próprias, o PMF constitui-se juntamente com a Unidade Básica de Saúde (UBS) a porta de entrada do usuário aos serviços de saúde no município.⁷ Inspirado no modelo cubano, a estratégia de saúde da família de Niterói busca organizar seu processo de trabalho através de um modelo de assistência voltado à humanização na relação entre usuários e profissionais, ao acesso à atenção e à resolutividade, com ênfase em ações que remetem à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, e, à articulação entre serviços de referência.⁷ Sua lógica de acesso e equidade é operacionalizada pela ampliação da porta de entrada ao sistema de saúde atingindo comunidades de baixa renda, que devem, inclusive, participar do processo de gestão do programa⁸, exercendo o controle social.

A operacionalização do programa ocorreu, primeiramente, pela divisão das comunidades em setores, de acordo com a área de moradia, sendo a equipe básica formada

por médico e auxiliar de enfermagem. Com características peculiares, o PMF iniciou sua abertura para a inserção de outros profissionais apenas em 2010.

Niterói é um município da região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro, com uma área territorial de 134 Km² e uma população de 487.562 habitantes.⁹

Destacou-se no cenário nacional por sua participação ativa nos processos de discussão em torno das inovações institucionais e das mudanças no modelo assistencial à saúde desde o final da década de 70.⁷

A organização do PMF é baseada em Grupos Básicos de Trabalho (GBT). Cada GBT segue a distribuição territorial de Policlínicas Regionais que atendem à divisão político-administrativa municipal de acordo com o fluxo viário, a cobertura dos serviços e o acesso dos usuários às unidades.¹⁰ Um GBT é composto por coordenador, equipe multiprofissional de supervisão (sanitarista, clínico geral, pediatra, gineco-obstetra, psiquiatra ou psicólogo, enfermeiro e assistente social) “que dão apoio técnico e metodológico à equipe básica, constituída de médicos generalistas e auxiliares de enfermagem”.^{8:183}

Em maio de 2009 foi proposta, ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) pela coordenação do programa de saúde bucal, a implantação do “dentista de família”. Inicialmente, dez ESB seriam progressivamente inseridas em módulos do PMF.¹¹

Sendo assim, este artigo adota como objeto de análise a implantação de ESB no PMF. O desafio aqui proposto consistiu em pesquisar esse processo na perspectiva de desvelar o contexto tardio dessa inserção a partir da diversidade de concepções e interesses dos atores sociais envolvidos.

MATERIAL E MÉTODOS

Para este trabalho foi realizada uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório-descritivo.

Para a escolha dos sujeitos participantes da pesquisa realizou-se uma investigação prévia onde foram identificados atores com importante acúmulo de reflexões sobre as dimensões do objeto de estudo. Deste modo, participaram 09 sujeitos, doravante denominados atores-chave, cujas identidades foram preservadas na análise, através de códigos alfanuméricos. Os participantes foram selecionados segundo os seguintes critérios de inclusão:

a) Indivíduos que fizeram parte da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) enquanto gestores responsáveis pela reorganização da rede de serviços de saúde de Niterói na década de 90 e nos anos 2000, e que se envolveram com as questões de

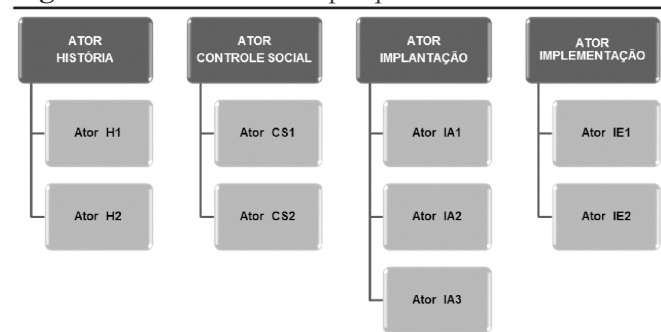
saúde bucal nas discussões da Reforma Sanitária. Nesse grupo foram incluídos dois atores-chave, identificados como ator-história (H1, H2).

b) Indivíduos que fizeram parte da SMS enquanto gestores responsáveis pela implantação de ESB no PMF em 2010, e que se envolveram com o processo desde a apresentação da proposta de inserção ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) até a aprovação do projeto na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Nesse grupo foram incluídos três atores-chave, identificados como ator-implantação (IA1, IA2 e IA3).

c) Indivíduos que participam do controle social como representantes de usuários em conselhos locais ou municipais de saúde, e que fizeram parte do processo de implantação e implementação das ESB no PMF. Esses indivíduos foram identificados como ator-controle social. Nesse grupo foram incluídos dois atores-chave, um conselheiro municipal de saúde e um presidente da associação de moradores de uma das comunidades cujo PMF teve a equipe de saúde bucal incorporada (CS1 e CS2).

d) Indivíduos (odontólogos) que atuam como profissionais das ESB nos módulos do PMF, desde sua implementação. Nesse grupo foram incluídos dois atores-chave, identificados como ator-implementação (IE1 e IE2).

Figura 1 - Atores-chave da pesquisa.



Fonte: dados da pesquisa.

Portanto, esse estudo está referenciado na perspectiva e percepções de 09 atores-chave do processo de implantação das ESB no PMF do município de Niterói. Esse resgate histórico fundamenta-se na reflexão de Jenkins:^{12:23}

A história constitui um dentre uma série de discursos a respeito do mundo. Embora esses discursos não criem o mundo [...] eles se apropriam do mun-

do e lhe dão todos os significados que tem [...] o mesmo objeto de investigação pode ser interpretado diferentemente por diferentes práticas discursivas, ao mesmo tempo em que, em cada uma dessas práticas, há diferentes leituras interpretativas no tempo e no espaço.

Para concretização da pesquisa, foram realizadas entrevistas com base em roteiro semiestruturado específico para cada grupo de ator-chave, com questões que possibilitaram a narrativa livre, sem se ater meramente à indagação levantada pelos pesquisadores. Para garantir a fidedignidade do registro, as entrevistas foram gravadas, mediante autorização dos interlocutores. A partir das falas dos atores-chave, documentos oficiais e estratégicos que abrangem o período estudado foram identificados e analisados.

Partindo dos dados coletados e acumulados no trabalho de campo, procedeu-se a análise das entrevistas transcritas e das fontes secundárias. Essa análise permitiu a compreensão das relações, representações, percepções, opiniões e atitudes dos entrevistados que são “[...] parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com os seus semelhantes”.^{13:21}

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, registrada sob o número 283/2010. Todos os entrevistados aceitaram participar voluntariamente deste estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADO E DISCUSSÃO

O histórico da implantação da Equipe de Saúde Bucal no Programa Médico de Família

A inserção da ESB foi precedida de discussões técnicas envolvendo a coordenação municipal da odontologia e do PMF. Considerando a visibilidade nacional do programa como uma experiência bem sucedida, a fala dos atores demonstra a preocupação em relação à maneira como seria conduzida essa implantação.

"O desafio era como pegar essa equipe e colocar dentro daquele modelo que a gente já tinha de PMF, que é um modelo legal. Naquela época, tinha certa visibilidade nacional o modelo de Niterói e o nosso medo era colocar saúde bucal sem planejamento prévio." (ator H2).

A primeira tentativa de incorporação de uma ESB no PMF data de 1997 e foi proposta pelo então coordenador de um dos grupos básicos de trabalho do programa. Na ocasião foram inseridos, em caráter experimental, dois dentistas e dois auxiliares de saúde bucal no módulo da comunidade do Morro do Preventório, primeira unidade PMF do município.¹⁴

Devido à falta de espaço físico nessa unidade, o consultório odontológico foi instalado em um Centro Integrado de Educação Pública (CIEP), vizinho ao módulo. Assim, o dentista e a auxiliar de saúde bucal trabalhavam em espaços físicos distintos do médico e do auxiliar de enfermagem, o que, segundo o ator H1, provocava o isolamento da ESB.

Essa desarticulação entre profissionais de saúde bucal e o restante da equipe de saúde da família era reforçada por diferenças no vínculo empregatício: médicos contratados pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), com carga horária semanal de 40 horas e dentistas estatutários com carga horária de 20 horas.

Desde o início, os médicos receberam diversos treinamentos com relação à metodologia do programa em discussões continuadas na Fundação Municipal de Saúde. Por sua vez, esses primeiros dentistas inseridos aportaram em uma lógica completamente diferente daquela em que estavam acostumados a trabalhar, além da diferença salarial considerável em relação aos médicos, fatores esses que, do ponto de vista dos atores-história, contribuíram para que esta experiência de incorporação não tenha tido bons resultados.

Outro fator que dificultou tanto as relações do trabalho em equipe quanto o próprio engajamento no programa foi o perfil profissional. O grupo responsável pela incorporação da ESB foi orientado a selecionar os profissionais que já integravam a rede SUS de Niterói. Tal tarefa se mostrou árdua, segundo os atores-história, em função do modelo cirúrgico restaurador de prática odontológica adotado na rede convencional.

"Não dá pra ser o que tem acontecido na maioria das vezes, eu pegar o dentista da rede e dar o nome a ele de dentista de família. O cara continua fazendo a mesma coisa." (ator H1).

Cabe lembrar como Casotti, Ribeiro e Gouvêa¹⁵ que a odontologia brasileira se sustentou por muitos anos em uma autorreferência de excelência técnica, supondo que esta bastaria para a superação do conjunto de problemas de saúde bucal que acomete a população brasileira. Questões ligadas à assistência recuperadora monopolizaram a produção de conhecimento, que, apenas tardiamente, pôde ser comparada à reflexão na área do ensino e da saúde.

de pública de outras profissões no campo da saúde como enfermagem ou medicina, ainda assim, guardando um grande descompasso qualitativo e quantitativo.

"Eu vejo dentista que não vai trabalhar porque o equipo quebrou, ele sem aquela caneta na mão ele não faz nada, entendeu? Que isso! Pode fazer tanta coisa, tanta ação interessante." (ator H1).

O trabalho com saúde da família exige suplantar a fragmentação dos saberes e envolver a perspectiva do trabalho interdisciplinar com foco nas necessidades do usuário. Essa realidade vem se transformando no compasso da expansão do campo teórico-prático da odontologia, possivelmente pressionado pelo grande número de profissionais, pela crise do mercado privado, pela expansão da atenção pública em saúde bucal e pela necessidade de gerar respostas mais resolutivas para a sociedade.

Percebe-se pelas falas dos atores-história que existia um discurso de preocupação com a qualidade da incorporação das ESB, em virtude do PMF ser reconhecido na época como uma experiência bem sucedida e com visibilidade nacional. No entanto, esses atores reconhecem que esta primeira tentativa ocorreu de forma desarticulada e que as iniciativas pensadas para superação das dificuldades iniciais, a considerar o treinamento e o apoio técnico de supervisão aos dentistas e auxiliares de saúde bucal, não se concretizaram.

"Eu avaliei como muito ruim essa experiência, é difícil mesmo o perfil [profissional], vínculo [empregatício] diferente, salários diferentes. Os dentistas eram estatutários, os médicos CLT. Enfim, não foi uma boa experiência." (ator H1).

Após essa experiência-piloto, no período de 1997 a 2006, não se constatou outra proposição concreta de inserção da saúde bucal nas equipes de PMF por parte da Fundação Municipal de Saúde. Nem mesmo a publicação da Portaria GM/MS nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000, que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio da ESF,¹⁶ e a publicação da Portaria GM/MS nº 267 de 06 de março de 2001 que aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na ESF,¹⁷ e nem mesmo em 2004 com o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal para reorganização da Atenção Básica em saúde bucal principalmente por meio da ESF,¹⁸ conseguiram desencadear uma nova tentativa de inclusão da ESB no PMF o que, segundo os atores-história provocou muitas críticas aos gestores municipais. A despeito de toda a movimentação nacional no sentido de inserir a saúde bucal

na Estratégia de Saúde da Família, em Niterói parecia não haver proatividade por parte dos gestores em superar as dificuldades e adequar o seu modelo à proposta do Ministério da Saúde.

Em 2006, a contratação de um dentista por Recibo de Pagamento a Autônomo (RPA) com carga horária de 20 horas semanais para atuação na comunidade do Morro do Céu, parece ter contribuído para reativar a intenção municipal da incorporação das ESB no PMF. Assim como na primeira experiência, a ESB ficava fisicamente isolada do módulo e do restante da equipe, porém com o passar do tempo, esse profissional desenvolveu um trabalho com a equipe e com a comunidade de grande relevância. Tal momento marca o surgimento do primeiro dentista de família do município.

Em paralelo a esta experiência, em 23 de maio de 2006, o projeto para inserção da saúde bucal no PMF foi oficialmente apresentado ao Conselho Municipal de Saúde (CMS). Porém, de acordo com o ator IA3, o processo foi interrompido em decorrência das exigências feitas pelos conselheiros que solicitaram que as contratações, fossem feitas da mesma maneira que com os médicos do PMF, ou seja, a partir de avaliação curricular e prova de admissão.

Entretanto, havia uma grande expectativa para essa concretização, tanto que, em 2007, durante a V Conferência Municipal de Saúde, um dos destaques foi a rediscussão da inclusão do dentista de família nas equipes do PMF, segundo a fala do ator H1.

Somente em 2009, com o início de uma nova gestão municipal, este processo foi retomado. Foi avaliado o trabalho que vinha sendo realizado pelo dentista e seu auxiliar no Morro do Céu e questionado o interesse dos dentistas da rede convencional na migração para o modelo de saúde da família de Niterói. Foram realizadas visitas a sete unidades do programa onde havia espaço físico para a alocação do consultório odontológico de forma a integrar o trabalho da ESB à metodologia do PMF. O projeto foi então reconstruído e reapresentado à Fundação Municipal de Saúde e, em 28 de abril de 2009, foi aprovado por unanimidade no CMS.

"Já existia muito clara essa demanda desse governo novo, que era a implantação do dentista na equipe do Médico de Família, até então uma equipe só centrado no médico, sendo que anteriormente essa discussão já vinha acontecendo em Niterói. Mas de fato assim, desejo de governo, que entrou com esse foco, foi nesse momento [...] dessa nova gestão. Essa já era uma direção dada pelo governo municipal." (ator IA1).

Segundo o ator IA3, o município recebeu a visita de técnicos da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Ja-

neiro (SES RJ) em 04 de novembro de 2009, e, em 25 de janeiro de 2010 o projeto foi aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB)¹⁹ sendo implantadas, no mesmo ano, sete equipes de saúde bucal.

Existe um novo projeto para a implantação de mais dez equipes, aguardando a liberação da Fundação Municipal de Saúde e da prefeitura para destarte dar continuidade ao fluxo de aprovação pelos órgãos decisórios (CMS, CIB e CIT). No entanto, uma das dificuldades apontadas pelo ator IE2 para a expansão da saúde bucal no município é a falta de estrutura física dos módulos existentes. Até o primeiro semestre de 2012 não houve mudança neste cenário.

Para o ator IA2, o PMF promoveu uma expansão da cobertura muito importante, entretanto a saúde bucal não acompanhou esse aumento o que torna explícita a necessidade de investimentos nesse setor. A cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família do município foi de 5,0% em 2011.³

"Tá faltando mais profissional para dentro das comunidades, porque têm certos módulos [PMF] que não tem [ESB]." (ator CS2).

A implantação da ESB no PMF - perfil das práticas

Somente 13 anos após a primeira tentativa de incorporação da odontologia no PMF, em 2010, o município implantou sete ESB em seis módulos PMF, com dentista e auxiliar de saúde bucal atuando com carga horária de 40 horas semanais. Os contratos dos profissionais são regidos pela CLT, assegurando o direito paritário a cada membro da equipe, com carteira de trabalho assinada pelo presidente da associação de moradores da área adscrita à unidade. Há também profissionais oriundos da rede que são estatutários com a mesma carga horária. O recrutamento dos profissionais das equipes ocorreu no próprio município, os processos seletivos foram simplificados para os quais a entrevista transformou-se no principal instrumento de avaliação.

A tentativa de equiparar o salário do dentista com o do médico não foi contemplada. Vale dizer, inclusive, que se trata de um problema que abrange toda a Atenção Primária à Saúde no país. A diferença salarial existente entre os profissionais da APS é muitas vezes aviltante, principalmente quando comparados os salários dos profissionais de nível superior ao dos profissionais de nível médio e fundamental.

Antes de iniciar o trabalho nas unidades, os profissionais de saúde bucal participaram de um curso introdutório para compreensão da metodologia do PMF e conheci-

mento do território e do perfil populacional.

A escala semanal de trabalho foi organizada em dez períodos, de segunda a sexta, manhã e tarde. Da mesma forma que os médicos e auxiliares de enfermagem, um turno fixo é destinado à educação permanente (tardes de quartas-feiras), quando os módulos são fechados e todos os profissionais do PMF se reúnem para a qualificação junto à supervisão do programa.

Cinco períodos foram destinados para atendimento em consultório odontológico, com agendamento programado de oito pacientes por período, além da demanda de emergência e urgência. Quatro períodos foram destinados ao trabalho em campo, aproximando o profissional da comunidade. No entanto os atores relatam que, exceto o turno da educação permanente, essa divisão entre consultório e campo não ficou engessada, uma vez que os profissionais têm autonomia para adequar o horário à necessidade da população.

"Há casos em que a demanda é tão grande que o dentista é obrigado a abdicar de um dia de campo pra fazer mais um dia de consultório." (ator IE2)

Nos horários de campo, os profissionais conduzem ou participam de atividades com grupos específicos (tabagismo, gestantes, adolescentes, idosos, entre outros), realizam visitas domiciliares, reuniões de setor e reuniões com a equipe o que contribui para a integração com os médicos e auxiliares de enfermagem, que trabalham com questões relacionadas à realidade do território e da comunidade contemplada. Os profissionais também conduzem atividades em escolas, creches, e outras instituições da comunidade, em atenção às diretrizes do PMF que enfatizam a prevenção de doenças, promoção da saúde e a articulação intersetorial.

"A gente está fazendo [...] uma série de sábados com oficinas: oficina de grafite, oficina de música, oficina de edição de vídeo, de literatura, e aí depois vamos fazer um festival de talentos com o tema relacionado à comunidade [...]. Isso não dá pra fazer trabalhando só na unidade." (ator IE1)

Cada setor compreende cerca de mil e quatrocentos a duas mil pessoas adscritas a um médico e a um auxiliar de enfermagem. Entretanto, não há um dentista e um auxiliar de saúde bucal para cada setor. Com exceção de uma unidade que possui duas ESB, no PMF foi feita a incorporação de uma ESB por módulo e há casos em que um profissional de saúde bucal chega a ser responsável por até cinco setores, ainda que no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) esteja vinculado a apenas um setor.²⁰

Existe a tentativa de organizar a agenda de consultório odontológico, entretanto, se considerarmos que cada ESB responde por todos os setores da unidade, teremos uma relação populacional capaz de estrangular a rotina de trabalho da equipe.

"Se eu fosse atender na cadeira, assim, todo mundo, eu ia ter que marcar uma consulta de quatro em quatro anos. São seis mil pessoas cadastradas no programa, no Médico de Família, nos setores que tem [nesse módulo]." (ator IE1)

Fica evidente que o modelo do Programa Médico de Família, que outrora foi pioneiro e referencia para mudança das práticas em saúde, resistiu ao avanço e desenvolvimento da política nacional, reflexo da institucionalidade histórico-moduladora, validada por diferentes atores no tempo e espaço da consolidação da oferta de serviços no município de Niterói. Assim, por longos anos, apesar das fissuras que procuraram promover a adequação programática em conformidade com a estratégia nacional, o programa manteve-se intocável e imponderável.

Essa experiência de Niterói evidencia o grande desafio em romper com o instituído que suplanta a força instituinte capaz de ressignificar a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe fundamental para a garantia da integralidade das ações e serviços de saúde. Hoje o cenário é de atraso na reestruturação do programa para a garantia direito social integral à saúde e do exercício pleno da cidadania. Porém ressaltamos que a primeira inserção do amálgama que se faz necessário já foi iniciada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe o reconhecimento e a convicção de todos os atores entrevistados quanto à importância do Sistema Único de Saúde como uma política pública que aponta para um modelo de Estado cuja função primordial é contribuir para uma sociedade justa e menos desigual.

Há um consenso de que o município foi precursor na implantação de um modelo que configurou práticas inovadoras baseadas na medicina comunitária. Nas falas, existe um apreço histórico-prático pela metodologia do Programa Médico de Família como uma estratégia importante e inovadora.

Apesar do PMF, em sua origem, ser considerado médico-centrado, observa-se, atualmente, no município, a abertura do seu modelo de estratégia de saúde da família para incorporação de um trabalho interdisciplinar, envolvendo, além das ESB, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, na perspectiva de melhoria das respostas às necessidades da população.

Não há dúvida do prestígio e da influência que o PMF exerceu no cenário nacional, entretanto a higidez, integridade, de um programa se mantém até o momento em que forças instituintes criam fissuras que evocam mudanças estruturais, diretivas e metodológicas que satisfaçam as necessidades de saúde dos usuários e que atendam as novas demandas. Desse modo, é fundamental que outros serviços sejam oferecidos como parte de uma política ampla de saúde. A partir do momento que isso não se estabelece, apesar de tantos incentivos do governo federal, é premente que sejam ressignificadas e revistas as configurações metodológicas do trabalho.

Tal como abordado, as primeiras tentativas de aproximação entre profissionais de saúde bucal e o PMF não aconteceram como parte de uma estratégia ampla, pois não aliou vontade política e capacidade técnica. Outra perspectiva foi de resistência tanto por parte de gestores quanto por parte de trabalhadores que não vislumbravam grandes transformações com a ampliação das equipes no modelo de atenção à saúde que outrora era instituinte no processo de mudança da Atenção Básica no Brasil.

Por mais de uma década, o município manteve a estrutura inicial do PMF, absorto da importância de amalgamar conhecimentos e práticas para a garantia de ações e serviços que contemplassem a saúde bucal em conformidade aos ideários do SUS. Até então, não havia espaço para instituir mudanças na lógica organizativa dos serviços.

Por fim, ainda que incida em dificuldades de diversas ordens para garantir uma estratégia de atenção ampla, espera-se que, com planejamento e orientação técnica e política, a inserção das ESB seja capaz de provocar a necessária discussão sobre a reorganização da rede de saúde bucal do município.

Deve-se ainda considerar que, apesar da abertura do programa ser tardia e incipiente para odontologia, as experiências e discussões abordadas pelos sujeitos da pesquisa, relativas à implantação das ESB, evidenciam o amadurecimento do processo, refletindo um acúmulo importante para que maiores passos possam ser dados.

REFERÊNCIAS

1. Campos EMS. A estratégia de saúde da família e sua proposta de (re) estruturação do modelo assistencial do SUS: a perspectiva de quem molda sua operacionalização [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007. 297f.
2. Barbosa AAA, Brito EWG, Costa ICC. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município.

Ciênc Odontol Bras. 2007; 10(3):53-60.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dados de Saúde Bucal referentes aos anos de 2002, 2006, 2009 e 2011. [Citado 2012 jan. 10]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/>>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Situação em Saúde em 2012. [Citado 2012 out. 27]. Disponível em: <URL: <http://189.28.128.178/sage//>>.
5. Roncalli AGCO, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. Ação Coletiva. 1999; 2(1):9-14.
6. CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Movimento Sanitário Brasileiro na Década de 70: a participação das universidades e dos municípios. Brasília: Ministério da Saúde/CONASEMS; 2007. 92p.
7. Mascarenhas MTM. Avaliando a implementação da atenção básica no município de Niterói (RJ) [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2003. 2003. 176f.
8. Moreira LCH, Franco TB. O Programa Médico de Família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. Physis. 2007; 17(1):173-91.
9. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recenseamento demográfico do ano de 2010. [Citado 2012 jan. 09]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>.
10. Niterói. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Fundação Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do exercício de 2010 a 2013. [Informação documental]. Niterói: RJ; 2009.
11. Niterói. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Fundação Municipal de Saúde. Niterói implantará o “dentista de família” na rede básica de saúde. [Citado 2011 maio 05]. Disponível em: <<http://www.niteroi.rj.gov.br/>>.
12. Jenkins K. A História repensada. 3ª ed. São Paulo: Contexto; 2009. 120p.
13. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 28ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2009. cap. 1, p.9-29.
14. Moreira LCH. A saúde bucal coletiva no contexto do Programa Médico de Família de Niterói - RJ. O dentista de família [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 1999. 155f.
15. Casotti E, Ribeiro VMB, Gouvêa MV. Educação em odontologia no Brasil: produção de conhecimento no período 1995-2006. Hist Ciênc Saúde-Manguinhos. 2009; 16(4):999-1010.
16. Brasil. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n.250, p.85, dez. 2000. Seção 1.
17. Brasil. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n.46, p.67, mar. 2001. Seção 1.
18. Brasil. Ministério da Saúde. 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; 2004. 16p.
19. CIB RJ - Comissão Intergestora Bipartite. Ata da 1ª Reunião Ordinária em 25 de janeiro de 2010. [Citado 2012 jan. 10]. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/>>.
20. CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Sistemas de Informações em Saúde. [Citado 2011 jun. 09]. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>.

Submissão: novembro/ 2012

Aprovação: junho/2013
