

TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO BAIANO E SUA IMPLICAÇÃO NA PRODUÇÃO DE SAÚDE

Work of Family Health Teams in a municipality of the semi-arid region of Bahia and its implication in the production of health

Artur Ramos Matos¹, Ana Áurea Rodrigues², Manuela Queiroz Oliveira³,
Márcio Campos Oliveira⁴, Poliana Cintia Oliveira Duarte⁵, Bruna Naiara Carvalho Mattos⁶,
Yasmin Oliveira Mascarenhas⁷, Rodolfo Macêdo Cruz Pimenta⁸, Hiolanda Gabriela Batista Silva⁹

RESUMO

No Brasil, a Atenção Básica à Saúde caracteriza-se, em sua essência, como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, propõe-se descentralizar os serviços, capilarizar a oferta e aproximar a população adstrita às suas respectivas unidades. Qualquer avanço, por menor que seja, no setor saúde, tendo como referência índices anteriores da mesma situação, pode ser considerado parte do processo de produção de saúde. Este trabalho surge com o intuito de compreender como o processo de trabalho e as práticas desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal, nas Unidades Básicas de Saúde, do município de Serrinha-BA, influem neste processo. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo. As entrevistas foram realizadas com 37 pessoas, entre profissionais e usuários de 05 unidades de Saúde da Família. Os resultados mostram que não existe organização do atendimento por linhas de cuidado ou oferta baseada na demanda. A oferta é insuficiente para suprir a demanda de todas as unidades. Os resultados mostram que a prática clínica não é suficiente para solucionar todos os problemas bucais nas áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família, sendo importante que os profissionais de saúde bucal tenham consciência desse fato e utilizem o tempo profissional em outras atividades preconizadas pelo Programa, tais como o desenvolvimento de ações preventivas e educação em saúde bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Bucal; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública; Trabalho.

ABSTRACT

In Brazil, Primary Health Care is characterized, in its essence, as the main gateway and communication center of the Health Care Network. Accordingly, it is proposed to decentralize the services, spread the supply, and bring the enrolled population to their respective units. Any progress, however small, in the healthcare sector, with reference to previous indexes on the same situation, can be considered part of the health production process. This paper appears in order to understand how the work process and the practices developed by the Oral Health Teams in Basic Health Units, in the municipality of Serrinha, BA, influence this process. This is a qualitative research study. Interviews were conducted with 37 people, including professionals and users at five Family Health units. The results show that there is no organization of assistance by lines of care or supply based on demand. The supply is insufficient to meet the demand of all units. The results show that the clinical practice is not sufficient to solve all the dental problems in the areas covered by the Family Health Program. It is important that oral health professionals are aware of this fact and use time for other professional activities recommended by the Program, such as the development of prevention actions and oral health education.

KEYWORDS: Oral Health; Primary Health Care; Public Health; Work.

¹ Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana - Bolsista do PET Odontologia.

² Professora Assistente B do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana - Bahia. E-mail: aleccio@terra.com.br.

³ Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana - Bolsista do PET Odontologia.

⁴ Professor do Curso de Odontologia - Departamento de Saúde. Universidade Estadual de Feira de Santana.

⁵ Cirurgiã-dentista pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Prefeitura Municipal de Bom Jesus da Lapa - Bahia.

⁶ Cirurgiã-dentista pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Residente em Saúde da Família na Empresa Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB.

⁷ Cirurgiã-dentista pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

⁸ Cirurgião-dentista pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Especialista em Saúde Pública pela Sociedade Hólton Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências. Mestrando em Saúde Coletiva - UEFS.

⁹ Cirurgiã-dentista pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Básica à Saúde caracteriza-se, em sua essência, como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, propõe-se descentralizar os serviços, capilarizar a oferta e aproximar a população adstrita às suas respectivas unidades, como também busca oferecer um acesso aos serviços, de caráter contínuo e resolutivo, tendo em vista a dinamicidade da população existente no território.¹

A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNABS) surge como resultado da militância política em prol da saúde, ao longo de décadas, da necessidade de se organizar a atenção básica, de forma a seguir os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade e a real necessidade da população.¹

Dessa forma, a Unidade Básica de Saúde (UBS), por estar incluída na PNABS, apresenta-se como uma ferramenta indispensável na consolidação das práticas do cuidado, de forma democrática, o que propicia uma maior participação da população na gestão dos serviços, ao mesmo tempo em que põe a equipe em contato direto com os usuários, seus anseios, necessidades e todo contexto psicossocial por trás deles.

Para garantir esse contato, procura-se estimular a participação social por parte dos usuários, sendo este um dos princípios abordados pela PNABS, na qual se busca desenvolver a autonomia do usuário frente à construção do cuidado à saúde, individual e coletivamente. Como meio de viabilizar essa proposta e tendo em vista a necessidade de vínculo para o desenvolvimento de ações mais efetivas, o Ministério da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), através da portaria nº 692 de março de 1994, com uma abordagem mais familiar ao invés de ser centrada apenas no indivíduo.²

Desse modo, o PSF, criado em 1994, promove a reorganização da atenção básica, favorecendo o reordenamento dos outros níveis de atenção, ao passo que reorienta as práticas em saúde a nível ambulatorial.³

Para ampliar as ações de saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) e com o intuito de melhorar os índices epidemiológicos em saúde bucal, foi implantada pelo Ministério da Saúde, em 2000, através da Portaria nº 1.444, a Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.⁴

Essa portaria foi regulamentada em 06 de Março de 2001, pela portaria nº 267, a qual assegura o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restaurador de saúde bucal.⁵ Essa portaria foi revogada pela portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, a qual adapta as regulamentações do programa à atual dimensão do mesmo.⁶

Considerando ainda que o princípio da integralidade da assistência à saúde e a pequena oferta de serviços odontológicos no PSF não eram suficientes para garantir acesso integral às ações de saúde bucal, foi lançada a portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, pelo Ministério da Saúde. Esta define a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas

(CEO), sendo os mesmos estabelecimentos de saúde com serviço especializado em Odontologia e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), com o propósito de realizar, no mínimo, o serviço de prótese dentária total e/ou prótese parcial removível.⁷ Com essas medidas, tenta-se ofertar um número maior de serviços, atendendo às necessidades de saúde da população, ao contemplar dois dos níveis de atenção à saúde, primário e secundário.

Contudo, não basta apenas conhecermos os programas desenvolvidos na rede pública para melhorar os índices de saúde bucal, é preciso compreender o panorama geral sobre a saúde bucal da população brasileira, para ampliar a efetividade das ações desenvolvidas. Isso pode ser feito por meio de uma análise dos resultados do projeto SB BRASIL 2010. As doenças bucais que mais acometem a população brasileira são, em ordem decrescente, a cárie dentária, doença periodontal, má-oclusões, fissuras lábio-palatais e o câncer bucal.⁸

Segundo resultados do SB BRASIL 2010, ainda há um alto índice de jovens no Brasil que nunca visitaram o dentista, índice este bem igualitário entre as regiões, com exceção da Região Sul, que se destacou por possuir um menor índice de crianças que nunca se consultaram com um dentista. Relata, ainda, que o serviço público foi o mais utilizado em todo o Brasil e que o maior motivo de busca ao serviço odontológico foi prevenção ou tratamento, mais especificamente, procedimentos restauradores e de aplicação tópica de flúor. Além disso, verifica-se que a incidência de cárie e dentes perdidos diminuiu significativamente na maioria das faixas etárias analisadas, sendo que o número de dentes obturados cresceu relativamente em relação aos outros índices.⁹

Entretanto, apesar da PNSB com suas diretrizes ter sido criada em uma tentativa de acabar com a prática de saúde bucal preconizada até então, pautada na atenção individual, voltada para a cura e, de forma predominante, na atuação do setor privado; em estudo realizado por Rodrigues, observou-se que, nas unidades de saúde da família, que contam com equipe de saúde bucal, ainda se reproduzia a mesma prática individual e curativista,¹⁰ o que é reforçado por Santos e Assis.¹¹

Qualquer avanço, por menor que seja, no setor saúde, tendo como referência índices anteriores da mesma situação, pode ser considerado parte do processo de produção de saúde, sendo que toda e qualquer ação engendrada dentro do ambiente micropolítico da UBS, que impacte nos índices relativos à saúde, será levada em consideração.¹¹ Este trabalho surge com o intuito de compreender como o processo de trabalho e as práticas desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas UBS, em município do semiárido baiano, influem neste processo.¹²

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma pesquisa de caráter qualitativo, e sua escolha se deve ao fato de se tratar de uma abordagem que possibilita apreender as dimensões e complexidades dos fenômenos para além dos dados estatísticos e permite aprofundar a compreensão sobre a realidade pesquisada.¹² Além disso, dá fundamentos para responder a questões sociais,

com a compreensão dos seres humanos e da natureza, e de suas relações intrassubjetivas e com a realidade social.¹³

O estudo foi realizado no município de Serrinha, situado na região do Território do Sisal, na Bahia, tomando como cenário as Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e população adstrita, considerando a dinâmica do processo de trabalho e dos serviços de saúde bucal.

A cidade é composta por uma população de 76.762 habitantes e possui uma área de 624,228 km². Seu bioma é caracterizado como caatinga. O Território do Sisal é uma das regiões mais pobres do Brasil, caracterizando-se por sua antiga base pecuária apoiada no latifúndio (pelo sisal) e pela agricultura de subsistência.¹⁴

A escolha das Unidades de Saúde da Família e dos sujeitos do estudo foi intencional, baseado nas justificativas que seguem:

- **Grupo I:** cirurgiões-dentistas (CD), Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e Técnico de Saúde Bucal (TSB), que atuam ou atuaram no PSF do município estudado - grupo representativo dos sujeitos que exercem a prática em saúde bucal, dentro da equipe do PSF.

- **Grupo II:** outros trabalhadores de saúde que atuam ou atuaram no PSF (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares em enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes administrativos) - grupo que faz a interface com as equipes de saúde bucal.

- **Grupo III:** usuários do sistema - representam o centro do processo de ação da saúde e, assim, podem definir suas impressões sobre o vínculo, acolhimento, autonomia, resolutividade e a responsabilidade das práticas de saúde bucal.

- **Grupo IV:** informantes-chave (prefeito, coordenador do PACS/PSF, coordenador de saúde bucal, representante do conselho municipal de saúde, responsáveis pelo serviço de referência, atuantes no período histórico do estudo) - com intuito de possibilitar informações complementares e fundamentais ao desenvolvimento das análises das condições das práticas de saúde bucal.

A coleta de dados se deu, a partir de uma entrevista semiestruturada, com roteiro orientador para todos os grupos, por se tratar de um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais, oferecendo a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, tem a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.^{15,16}

As entrevistas foram realizadas com os profissionais e usuários de 05 unidades de Saúde da Família. Ao total foram 37 entrevistados, dos quais 07 pessoas foram do grupo I, 23 do grupo II, 05 do grupo III e 03 do grupo IV. A seleção da amostra foi baseada no princípio da saturação em pesquisas qualitativas de Fontanella, a qual consiste na determinação da amostra no

momento em que as falas dos entrevistados se repetem, e não acrescentam informações novas, ou o número de entrevistados se esgota.¹⁷

A análise do material coletado, para o melhor entendimento das questões deste estudo, utilizou a proposta de análise hermenêutica dialética, proposta por Minayo^{15,16} e retraduzida por Assis,¹⁸ buscando, na especificidade de um contexto histórico-social, explicar e interpretar conflitos, relações e práticas sentidas, percebidas e experimentadas no cotidiano da prática da saúde bucal. A hermenêutica, segundo Minayo^{15,16} pressupõe o ser humano marcado pelo tempo e espaço em que vive e percebe sua linguagem como reflexo do seu momento histórico. A dialética, por sua vez, toma a argumentação dialogada nos cenários de conflito para a compreensão das relações e das práticas sociais. A união da hermenêutica com a dialética leva o intérprete a entender o texto, a fala, o depoimento, como resultado de um processo social e de conhecimento, ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico. Nesse sentido, a análise dos dados seguiu alguns passos que foram: ordenação dos dados, classificação e análise final dos mesmos.

A ordenação dos dados refere-se ao primeiro contato com o material empírico coletado. Esse momento envolveu a transcrição de fitas-cassetes, leitura geral do material transcrito, organização dos diferentes dados contemplados nas entrevistas. Já os dados empíricos foram classificados, a partir dos objetivos e pressupostos teóricos desta pesquisa. Essa fase desenvolveu-se em duas etapas:

Etapa I - Leitura exaustiva do material coletado nas entrevistas, observações e documentos, na busca de estabelecer núcleos de sentido baseados nos seguintes objetivos propostos: acolhimento; vínculo; autonomia; responsabilização; resolutividade e organização da prática. Em cada entrevista, foram recortadas as falas correspondentes aos núcleos de sentido e, em seguida, foi feita uma síntese. Ao final, se montou um quadro para cada grupo de entrevistados, no qual os núcleos de sentido de cada texto foram confrontados entre si. Posteriormente, foi realizada a análise da síntese de cada núcleo entre os diferentes grupos. Então, como resultado do confronto das sínteses horizontais entre os diferentes grupos foram construídas as categorias empíricas do estudo.

Etapa II - Leitura transversal de cada corpo de comunicação, estruturado a partir das categorias empíricas. Nessa etapa, houve a busca pelo confronto entre os diferentes grupos do estudo, através das convergências, divergências, diferenças e complementaridades, a fim de, após esse processo analítico, construirmos/reconstruirmos as categorias empíricas do estudo.

Após essa etapa, as falas foram classificadas conforme as categorias a seguir: Oferta, Demanda, Responsabilização, Integralidade, Vínculo, Educação em Saúde e Trabalho em Equipe. Por fim, foi realizada a discussão dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Oferta x Demanda

Sabe-se que como principal porta de entrada do SUS, a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família desempenham papel fundamental na garantia de que o princípio da universalidade do acesso seja respeitado. Contudo, é importante salientar que a fragmentação da rede de atenção, comum em alguns municípios, diminui a resolutividade dos serviços, o que sobrecarrega e “emperra” a porta de entrada do sistema.¹⁹

Na análise das falas obtidas através das entrevistas, foi possível observar que há uma discordância entre os grupos I, II e III, no que tange à forma como a demanda é organizada. Segundo os grupos I e II, a demanda é organizada através de agendamentos quinzenais, tendo como ordem de atendimento a ordem de chegada à unidade, o que acarreta as longas filas formadas desde a madrugada.

ACS 01 - *É uma demanda organizada. O atendimento é organizado porque tem a quantidade limitada, ‘né?’ Chegou, a pessoa vem chegando, ‘né’, se observar que já completou as quinze pessoas, o certo é voltar e vir na próxima data. Porque aqui no caso é agendado de quinze em quinze, ‘né?’ Mas, algumas pessoas, elas não fazem esse agendamento e outras insistem em esperar pra saber se consegue alguma coisa.*

Nesses casos, a demanda sobrepõe a oferta, desencadeando problemas no que tange à garantia do direito à saúde e da satisfação de suas necessidades físicas, psíquicas e sociais.²⁰ Contudo, há discordância com o grupo III, que relata não haver agendamento quinzenal e que a marcação do atendimento é realizada no momento em que o usuário se apresenta na unidade.

Usuário 02 - *Depende. Porque, assim, é por ordem de chegada, aí elas dão uma ficha, a gente fica esperando, mas tem dia que tem muita gente, aí demora um pouco.*

Além disso, nas falas do grupo I, notadamente, não existe organização do atendimento por linhas de cuidado ou oferta baseada na demanda. O conceito do trabalho baseado em linhas de cuidado abrange o direito que todo cidadão brasileiro tem de ser cuidado por uma equipe multiprofissional, com ações, de acordo com a demanda do grupo em específico. Essa estratégia facilita a produção do cuidado, ao passo que garante equidade nos serviços e agilidade na resolução de problemas de saúde, tendo em vista que o desenrolar de ações se dá de forma direcionada.¹⁹

Segundo a grande maioria do grupo III, esta oferta é insuficiente para suprir a demanda de todas as unidades das quais os usuários foram entrevistados; porém, há uma discordância do usuário 03, o qual diz a oferta ser suficiente, o que põe em cheque a fala desse usuário, uma vez que é o único a discordar de todo o grupo de usuários, levando a crer que este pode se tratar de um parente de algum funcionário da unidade em questão.

Usuário 03 - *Olha... Pra mim posso lhe dizer que sou atendida muito bem, que recentemente eu tratei todos os dentes que tinha pra tratar agora, concluí o tratamento semana passada, acho que tem uns oito dias... Eu me senti muito bem mesmo, tratada pelos*

profissionais, pela dentista. Eu estou satisfeita.

Neste sentido, é possível inferir que o sujeito principal, no que tange à oferta de serviços de saúde, é o usuário, tendo em vista que sua ida às unidades gera a demanda relativa e aciona os mecanismos iniciadores do sistema, como o agendamento de consultas. Seu comportamento determina, inicialmente, como se dá esse contato. Determinantes como informações a respeito dos seus direitos, a percepção de seu estado de saúde e a forma como lidam com as desigualdades, as quais sofrem constantemente nas unidades de saúde, influem diretamente no processo de produção de saúde para esses indivíduos.²⁰

O grupo IV revela grande preocupação com a cobertura dos serviços na zona rural e com a prevenção, a qual é relatada como deficiente na maioria das unidades de saúde.

Informante-chave 01 - *Bem, como foi início de uma mudança de gestão, apesar de eu não ter assumido a atenção básica desde o início, mas, vivenciei enquanto trabalhadora na ponta. Eu tive certas dificuldades, ‘né?’ Atualmente a gente não conseguiu resolver isso, mas a cobertura é muito baixa, apenas 44% de cobertura tem no município, ‘né?’ Principalmente na zona rural, então isso de certa forma não dá à atenção básica uma boa resolutividade e a maior dificuldade que a gente tem é na questão da média complexidade.*

A baixa cobertura aumenta, proporcionalmente, a população adstrita à unidade, uma vez que os profissionais têm de dar conta de uma carga de trabalho maior devido à demanda espontânea desencadeada por este processo, o que pode, também, diminuir a qualidade da atenção e dos serviços prestados por estes profissionais.

Vínculo

O vínculo na prática de saúde da atenção básica deve ser compreendido como elemento-chave no que diz respeito ao processo de produção de saúde. Seu caráter “aproximador”, por assim dizer, transmite uma mensagem de segurança e conforto ao passo que traduz, de forma perceptível, os conhecimentos técnicos e as tecnologias leves e leves-duras para o contexto sociocultural no qual o usuário está inserido.²¹

O grupo III, em sua grande maioria, tendo discordância do usuário 3, o qual relata ter uma boa relação com a equipe, demonstra que o vínculo com os profissionais não existe, haja vista que alguns dos usuários entrevistados revelaram sequer conhecer o Cirurgião-Dentista da unidade a qual estão vinculados.

Usuário 02 - *A recepcionista. A dentista se passar por mim eu nem conheço, ‘num’ vou mentir.*

De certa forma, o vínculo proporciona ao sujeito autonomia sobre sua situação de saúde, ao passo que fornece ferramentas para o desenvolvimento de práticas saudáveis. Contudo, para que essa autonomia se desenvolva plenamente, é necessário que uma relação de confiança e seguridade seja estabelecida

entre a equipe de saúde e o usuário.²²

ACS 01 - *Realmente, elas confiam em mim. Tem coisas que a gente fica até surpreso, que o pai não sabe, que a mãe não sabe, 'né'? Uma pessoa, um jovem, um adolescente, eles tem confiança de chegar em mim e dizer: [...] 'tô' te falando isso e isso, mas ninguém sabe, nem meu pai nem minha mãe.*

O grupo II traz informações mais concernentes às dificuldades encontradas na criação do vínculo entre a Equipe de Saúde da Família e o usuário, como problemas de ordem física, a geografia irregular e longas distâncias presentes entre algumas residências e a unidade de saúde. Questões como essa levam à inferência a respeito de como o acesso ao serviço influi na criação de vínculos entre os profissionais e usuário do sistema, e em como o processo de criação de vínculos é complexo e repleto de pormenores.

ACS 03 - *[...] hoje mesmo a gente teve uns que teve problema, o pessoal veio do entroncamento que é longe, chegou aqui o aparelho quebrou, voltou.*

Além do que foi exposto na fala anterior, como revela a ACS 03, a Cirurgiã-Dentista de sua unidade não realiza visitas domiciliares, o que dificulta ainda mais a criação de vínculo entre esse profissional e o usuário; além, é claro, de limitar a cobertura do atendimento apenas a pacientes que possam se locomover à unidade de saúde, restringindo o acesso de pacientes acamados e/ou com dificuldade de locomoção.

ACS 03 - *Tem, a gente faz, tanto faz aqui no posto, na sede, tanto nas microáreas, porque como você sabe, o dentista não, mas o médico ele se desloca daqui pra atender nas microáreas pela questão da distância e aí a gente faz lá nas nossas microáreas porque além desse posto, tem um em TQ, no RT, só ET que não tem, aí o atendimento faz no prédio, na escola e aí a gente faz sala de espera, é ótimo, a gente tá fazendo.*

Outro ponto importante no que diz respeito ao vínculo, são os impactos na implementação da qualidade dos serviços de saúde ofertados na atenção básica, tendo em vista que o vínculo pode ser considerado, também, como uma relação bilateral de confiança na qual os lados trocam experiências, estreitando, cada vez mais, os laços existentes entre si. Esse estreitamento de laços aumenta consideravelmente a adesão do paciente ao tratamento, tendo em vista que a segurança passada, através de um profissional com que se tem um maior contato, transforma a maneira como o usuário enxerga o tratamento.^{21, 22}

O grupo IV revela em suas falas que a alta rotatividade de profissionais é outro fator determinante nas relações dentro das unidades de saúde.

Informante-chave 01 - *Infelizmente a gente ainda tem muitos profissionais que não trabalham sabendo qual é o real significado da ESF. Infelizmente alguns profissionais, médicos, utilizam a saúde da família como um 'pit-stop' para fazer depois*

uma residência, então a gente não acaba criando vínculo, há uma rotatividade de médicos.

Quanto à origem de alguns problemas nas relações entre profissionais e usuários, há concordância entre os grupos II e III, definindo deficiências na organização do serviço e volume de recursos humanos insuficientes para suprir as demandas dos usuários como pontos-chave desses problemas.

ACS 01 - *Por exemplo, teve sempre aqui, tem que ser atendido com as fichas do paciente, com as fichas clínicas, 'né'? Então, a doutora ela sempre sugere a gente, desde a enfermeira que a gente sempre arrume. Nós sempre viemos arrumando esse fichário, mas, ao passo que os fichários são muito usados, então agora 'tá' tendo aquele problema: vocês estão arrumando, mas está desarrumado! E às vezes é preciso suspender até atendimento por causa dessas fichas.*

Usuário 04 - *Aqui é gente boa sabe... Mas, 'tá' ficando, sei lá... nem remédio a gente 'tá' achando... vim pra qui pra cá' a semana todinha e 'num' achei médico, fui pro estadual, chego lá o doutor discursa vinte minutos...*

Trabalho em Equipe

Dentre muitos dos elementos do processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, pode-se observar o grande envolvimento de variados profissionais na resolução de problemas de saúde, para os quais o trabalho em equipe é essencial, tanto na compreensão dos aspectos que levaram ao surgimento daquele problema, como no que diz respeito à sua resolução.²⁴

Embora pouco se tenha na literatura acerca da importância da coesão, dentro do ambiente de trabalho, a qual consiste na interação harmônica entre os membros de uma equipe, Merhy¹² surge com uma análise dos processos micropolíticos, que envolvem o trabalho em saúde e postula que de nada adiantam os esforços para reformar as diretrizes organizacionais "macro" do sistema, caso as equipes não se empenhem pessoalmente na mudança dos paradigmas "micro", tendo em vista, que há uma ligação ímpar e íntima entre esses processos.¹²

Nas falas referentes ao trabalho em equipe, nas unidades de saúde pesquisadas, foi possível observar uma discordância dentro dos grupos I, II e IV. Alguns profissionais do grupo II, mais especificamente de enfermagem, juntamente com o grupo IV, referem-se ao trabalho em equipe como reuniões administrativas semanais e/ou mensais; contudo, eles não relatam haver reuniões específicas para discussão de abordagem em diferentes cenários da saúde daquela localidade.

Enfermeira 04 - *Bom, todo mês a gente faz uma reunião mensal na equipe 'né', a gente discute toda essa questão do agendamento, como que a gente vai 'tá' fazendo o agendamento pra 'tá' melhor acolhendo esse paciente é... sempre a gente faz é... a secretaria de saúde disponibiliza cursos sobre acolhimento pra gente poder... como é que a gente vai 'tá' acolhendo esse paciente pra pra gente poder 'tá' dando, 'né', uma resolutividade maior*

nos problemas e com relação aos atendimentos é aquela questão mesmo que eu lhe falei, quando tem programas a... do ministério... do ministério da saúde, a gente pega a... a programação dos programas mesmo.

Vale salientar que a característica fundamental do trabalho em equipe não é o uso das atribuições e habilidade de cada profissional de forma individualizada, porém, unida, na busca da resolução de um problema, com a reconstrução constante das práticas de cada um, renovando e modificando o pensar clínico, ao passo que garante olhares mais integrals, no que diz respeito ao cuidar.^{24, 25}

Vê-se, de forma generalizada, que os profissionais não complementam as suas práticas de saúde através do contato com outros profissionais. A coesão da equipe também é de crucial importância, haja vista que a abordagem se dá, teoricamente, de forma mais integral e completa.²⁵

Contudo, um dos maiores entraves na implementação de um trabalho em equipe mais completo é a falta de recursos humanos adequados à realidade do trabalho na atenção básica,^{23, 24, 25} o qual demanda atenção contínua e preparação com bases epidemiológicas e filosóficas muito além do conhecimento técnico básico. O saber técnico por si só não garante qualidade do serviço, e ter a prática guiada por diretrizes unicamente técnicas “desumaniza” o trabalho, quebrando com o conceito de atenção multidisciplinar. Essa prática modifica consideravelmente as relações interpessoais dos profissionais, além de hierarquizar a atenção ao usuário, elevando ainda mais as tensões entre os membros da equipe.²⁵

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS critica essa postura, relatando que, enquanto a organização dos serviços de saúde for baseada no saber das profissões e das categorias e não nos objetivos em comum, a complementação nas práticas entre os trabalhadores não ocorrerá, nem as ações em saúde serão eficazes, no sentido de oferecer um atendimento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.²⁶

Responsabilização

Para alcançar mérito no serviço odontológico e uma boa comunicação, é preciso maior compromisso e responsabilidade por parte dos profissionais, os quais devem entender o paciente na sua integralidade, com personalidade específica, problemas e anseios particulares. Dessa forma, cria-se uma relação sujeito-sujeito, substituindo a relação sujeito-objeto não preconizada quando se trata em produzir saúde.²⁷

Um dos fatores que influenciam o alcance dessa meta é a presença do profissional de saúde na comunidade, onde está inserido, durante sua jornada de trabalho, cumprindo, assim, o seu dever enquanto cidadão apto a ocupar aquela vaga. Porém, ao analisar as falas, foi possível observar uma notável dissonância entre os grupos.

Os grupos I e II relatam a realização de Referência formal e acompanhamento de Contra Referência, o que diverge da fala do grupo III, o qual revela não haver Referência formal para

órgãos públicos nem acompanhamento de Contra Referência.

Observa-se, ainda, que há uma preocupação do profissional com o saber e a conduta que conduzirá a cura da doença, levando-o a negar o aspecto emocional apresentado pelo usuário, não observando, entretanto, que ali existe uma pessoa doente que precisa ser cuidada e compreendida.²⁸

Nesse ponto, a questão da definição do projeto terapêutico é crucial e questionável do ponto de vista bioético, no qual o princípio da autonomia é violado. O usuário não tem o direito, em alguns casos, de dar uma opinião pessoal, com base no seu estado; em outros é o único a determinar o que há de ser feito, o que é justificado pelo profissional, como deficiência quanto aos materiais de trabalho, limitando suas escolhas terapêuticas.

Cirurgião-Dentista 04 - *Assim, quem define o que vai fazer na verdade sou eu, 'né'? Eu que assim... Na verdade, você sabe que aqui a gente não pode fazer todos os procedimentos, 'né'? Porque não tem o suporte adequado pra uma extração de terceiro molar, pra uma cirurgia oral menor, essas coisas... Mas, quando é algum tratamento que pode ser feito aqui, eu mesma quem decido... Eu faço sempre o que é melhor para o paciente, 'né'?*

No entanto, em fala do grupo II, um dos entrevistados relata, durante sua fala, que realiza levantamento dos problemas da comunidade e a equipe se reúne para ver formas de resolvê-los.

Enf 4 - *A equipe como um todo né, então a gente faz o levantamento dos problemas, aí a equipe se reuni e a gente vê diante daquele levantamento o que que a gente pode tá fazendo para minimizar ou sanar esses... esses problemas.*

Além disso, foi constatado, durante as entrevistas, que o município possui um déficit no que se refere a locais de referência, para o encaminhamento de pacientes, quando sua demanda não é atendida em unidades de saúde da família. Este fato, compilado a outros, gera atrasos no que tange à resolução de casos mais urgentes, bem como a realização de exames complementares essenciais em procedimentos de baixa complexidade, dos quais o município não dispõe, como radiografias odontológicas. Dessa forma, todos os encaminhamentos são realizados de maneira informal e para serviços privados.

Usuário 03 - *Ó, quando o problema não pode ser tratado aqui, ela encaminha. Eu te falo isso porque tive um neto que ele levou uma queda, e por essa queda houve um problema no dente dele. Só que aqui não dispunha como... aí ela ó aqui não tem material disponível para ver como é que tá o dente dele. Ela explicou tudo direitinho pra mim. Aí encaminhou para que eu procurasse um outro serviço, uma outra unidade aonde pudesse é... fazer esse exame, tirar o raio-x e depois trazer pra ela. Lá funcionou, só que lá era particular, no caso não foi porque infelizmente não tinha esse serviço, entendeu? Pra oferecer, foi particular. Mas, pelo menos ela encaminhou.*

Cirurgião-Dentista 01 - *Radiografia não[...]Manda fazer em outro lugar, tem que pagar.*

Usuário 02 - *Depois de 3 ou 4 horas de espera. Eu mesma, tava passando mal, com infecção urinária, eles me encaminharam lá pro municipal, depois de 3 horas aqui em pé e eu passando mal ficando toda, sei lá, toda estranha, eu fui pro municipal, no municipal lá foi rapidinho, mas mesmo assim pediram para eu fazer uns exames lá em Feira, aqui não resolve, não sei para que tem prefeito.*

Educação em Saúde

Fica nítido, nas falas do grupo III, que a forma como as ações de educação em saúde são planejadas não são compatíveis com a população, havendo palestras e atividades genéricas, sem o cuidado de direcionar a atenção às linhas de cuidado, o que pode acarretar em maior demanda da atenção secundária, posteriormente, e gera a superlotação dessas unidades.

Usuário 03 - *Até assim, dia de sexta eles têm essa escovação aí, educativa que melhora muito principalmente as crianças. Então, assim, o incentivo deles para estar incentivando as pessoas a vir procurar o tratamento pra melhorar a condição da boca.*

Outro ponto observado nas falas do grupo III é a incompatibilidade de horário dos Agentes Comunitários de Saúde com os horários de trabalho dos membros da comunidade.

Usuário 02 - *Não, aqueles que passam de casa em casa, tem mais ou menos uns três mês que ela não vai. Quando é que eu estava saindo pra trabalhar rápido agora queria que eu parasse pra dar informação a ela, eu não posso porque quando estou disponível vocês nunca passam. Aqui mesmo em Serrinha está horrível.*

Por outro lado, o grupo II relata que a inquietação dos usuários dificulta a realização eficiente de tais atividades.

ACS 01 - *Aqui é feito palestra, alguns panfletos 'né', quando tem, 'tá' entendendo? Quando dá 'né', pra fazer palestra aqui é... na sala de espera, porque às vezes a aglomeração é muita e as pessoas até ficam irritadas, 'né'.*

É preciso observar que para a potencialização nos índices em saúde bucal, tanto a conduta clínica quanto a educação em saúde precisam andar juntas, e o usuário precisa ser responsável pelo enfrentamento dos fatores associados ao processo saúde-doença. Além disso, a interação multidisciplinar, por parte dos profissionais de saúde amplia o conhecimento e a abordagem ao paciente, não se restringindo ao campo biológico ou técnico-odontológico.²⁹

Ao se perguntar ao grupo IV sobre quais eram as ações de promoção e prevenção, realizadas no município, observou-se que são realizadas feiras de saúde nos PSF, nas quais o dentista explana mais sobre cárie e doença periodontal, abordando, também, a criação de um dia voltado para a prevenção do câncer bucal, o que não é observado nas falas dos outros grupos, o que determina uma discordância.

Informante-chave 02 - *Em relação a isso, existe feira de saúde no próprio PSF, eles planejam essa feira e tudo, tem enfermeira, médico, vão aferir pressão, dentista. Hoje o dentista, ele explora essa questão de prevenção de cárie e doença periodontal principalmente, não é uma coisa voltada para a prevenção do câncer não é, mas é voltada para a parte de escovação, palestras educativas sobre higiene bucal[...] tem essa atuação aí de prevenção, e dentro das unidades de saúde eles tem obrigação de fazer prevenção de saúde bucal, é uma exigência.*

Devido a essa discordância, fica evidente a deficiência no planejamento organizacional dessas atividades, dado ao fato de não haver uma agenda fixa para a realização dessas atividades, priorizando, assim, o atendimento clínico pelo CD e quebrando parte da relevância da educação em saúde perante o usuário.

ACS 3 - *Isso agora não teve não, ainda não teve pela questão do tempo, mas a gente já teve dentistas aqui que já fez essa educação, já foi nas escolas, já fez a palestra, distribuiu material, que é os kits né? Então já teve, agora no momento ainda não teve porque ela tá chegando.*

Observa-se, também, que o ACS se constitui em um membro da equipe de saúde bucal e se destaca no seu processo de trabalho, atuando como sujeito, influenciando as ações internas e externas da USF, tornando-se determinante para a articulação das equipes com a comunidade, sendo, ao mesmo tempo, um agente institucional e comunitário.³⁰

Os ACS devem cumprir o papel de agentes modificadores da sociedade, capazes de gerar a consciência da população da importância da prevenção e promoção da saúde, e capazes de conseguir trabalhar questões referentes à saúde bucal.³¹

Entretanto, em uma das falas do grupo II, um ACS refere que não possui treinamento específico para identificação de problemas bucais ou o protocolo a ser seguido em casos de identificação. Também não fazem educação em saúde, destacando que falta material que os ajude nessas atividades.

ACS 03 - *Quando eles nos relatam: Ah, que eu 'tô' sentindo isso... A gente pede pra 'vê', é mais fácil de que a gente 'tá' fazendo essa investigação como, aí eu digo é muito complicado isso, na verdade acho que a gente bem faz isso. Aí como eu tava falando a ela da capacitação que teve, foi bom? Foi, mas a gente quer material, porque a gente faz no PSF (referindo-se à unidade de saúde da família) a sala de espera e é um tema muito bom pra gente 'tá' fazendo.*

Assim, para se trabalhar em prol da produção de saúde, há a necessidade de uma nova postura enquanto cidadãos, professores e/ou membros da equipe de saúde; requer compromisso orgânico, envolvendo-se e deixando-se envolver pela dinâmica do cuidado em saúde.²¹

CONCLUSÃO

Ao se analisar os dados coletados, percebeu-se, inicialmente,

que a organização da demanda não se dá de forma eficiente, levando a uma quebra do equilíbrio Oferta x Demanda e gerando problemas organizacionais graves, como longas filas de espera e um atendimento sem diferenciação por linhas de cuidado.

Outro ponto observado, e considerado de extrema importância para o bom funcionamento do trabalho em saúde é o que se refere ao trabalho em equipe, de certa forma, inadequado no município pelo fato de seu conceito ainda não ter sido incorporado de maneira íntima entre os profissionais. A impressão que se tem é de que trabalhar em equipe é exercer sua função profissional no mesmo ambiente que outros profissionais, o que desmerece, de forma significativa, toda a importância desse elemento na produção de saúde.

Um fato analisado no município em questão e que entra em consonância com a literatura é o de que a alta rotatividade e o pouco tempo do profissional, dentro da unidade de saúde da família, dificultam a criação de vínculos e perde-se muito de seus benefícios. Como vimos, o vínculo é fator determinante na adesão dos usuários, tanto ao tratamento ambulatorial como nas ações de promoção de saúde.

A responsabilização relaciona-se com o vínculo, pois se complementam. Caso não haja vínculo, a responsabilização, de certo modo, não aparece completamente nítida. Contudo, o maior problema quanto à responsabilização que foi observado, reside no fato de o município não dispor de redes de atenção especializada e nem de aparelhos radiográficos intraorais. Muitos dos entraves presentes em alguns dos tratamentos individuais, como observado, relacionam-se ao encaminhamento não formal a instituições privadas para continuação do tratamento bem como, a falta do uso das fichas de Referência e Contra Referência no encaminhamento a instituições públicas.

Quanto à educação em saúde, observou-se que poucos dos profissionais o fazem, assim como as visitas domiciliares, e quando essas visitas são feitas, acontecem de forma genérica, sem um direcionamento específico para o público em questão, como o das linhas de cuidado. Esse fato revela, também, uma falta de responsabilização dos mesmos com os usuários e seus hábitos. Dessa forma, pode se observar que o município ainda não despertou para a importância que possui a educação em saúde para a melhoria da saúde bucal da população, tornando-a corresponsável pela sua saúde, e conseqüentemente, influenciando nos índices epidemiológicos.

É utopia achar que podemos solucionar todos os problemas bucais com prática clínica nas áreas do PSF, sendo importante que os profissionais de saúde bucal tenham consciência desse fato e utilizem seu tempo de trabalho em outras atividades preconizadas pelo Programa, desenvolvendo ações preventivas e de educação em saúde bucal, com o intuito de reforçar a promoção de saúde para a comunidade na qual estão inseridos.

Problemas como esses têm a possibilidade de serem contornados com a simples atitude da gestão em propor normas norteadoras para o cumprimento de metas relacionadas à qualidade da atenção, de forma que permita ao profissional exercer sua função e implementá-la, a partir de conceitos bastante estruturados e claros; bem como manter um acompanhamento e avaliação conjunta constante, verificando o cumprimento dessas normas.

O estímulo de ações que incentivem a educação permanente e a compreensão mais profunda da prática do cuidado também faz parte deste processo, compondo uma estrutura projetada para a sustentabilidade da rede, por meio de seus agentes.

Ações como essa, proporcionam benefícios para toda a rede de atenção, com enfoque na promoção de saúde para a população adstrita à unidade básica de saúde, na qual esses profissionais estão inseridos e na acoplagem de experiência na saúde da família para esses profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Brasil. Portaria nº 692/GM, de 25 de março de 1994. Regulamenta atividades executadas por agente comunitário de saúde sob a responsabilidade das secretarias estaduais ou municipais de saúde, conveniadas com o programa de agentes comunitários de saúde da Fundação Nacional de Saúde/MS. Diário Oficial da União. Brasília (DF), 1994 mar. 26.
3. Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A representação social do cuidado no programa de saúde da família na cidade de natal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(1):71-82.
4. Brasil. Portaria nº 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União. Brasília (DF), 2000 dez. 29.
5. Brasil. Portaria nº 267/GM, de 6 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na Atenção Básica. Portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. Diário Oficial da União. Brasília (DF), 2001 mar. 7.
6. Brasil. Portaria nº 648/GM, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes. Diário Oficial da União. Brasília (DF), 2006 mar. 29.
7. Brasil. Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Define a implantação de especialidades odontológicas (CEOs) e de laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União. Brasília (DF), 2006 mar. 24.
8. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília(DF); 2011.
9. Rodrigues AAAO. Construção de sujeitos, saberes e práticas na saúde bucal de Alagoinhas - Bahia: o trabalho cotidiano no programa de saúde da família como protagonista da mudança

- [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, Mestrado em Saúde Coletiva; 2005.
10. Merhy EE, Franco TB et al. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. *Aco-lher Chapecó*; 2004.
 11. Santos AM, Assis MM. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, Ba. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(1):53-61.
 12. Minayo MCS (organizadora). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994.
 13. Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MMA. A prática odontológica em unidades básicas de saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(2):599-609.
 14. CODES Sisal – Conselho de Desenvolvimento Rural Sustentável da Região Sisaleira do Estado da Bahia. *Território do sisal estado da Bahia - plano territorial de desenvolvimento rural sustentável*. Dez. 2008.
 15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1999.
 16. Minayo MC, Deslandes SF. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MC, organizador. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2002:83-107.
 17. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008;17-27.
 18. Assis MMA. *Método de análise em pesquisa qualitativa em saúde: teoria e prática*. Universidade Estadual de Feira de Santana: Feira de Santana – BA; 2003.
 19. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia saúde da família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da unidade de saúde de resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(4):2145-54.
 20. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na estratégia de saúde da família. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*; 2010.
 21. Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no programa saúde da família. *Saúde Pública*. 2008; 42(3):464-70.
 22. Brunello MEF, Ponce MAS, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paul Enfermagem*. 2010; 23(1):131-5.
 23. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do programa saúde da família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23(1):75-85.
 24. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):455-64.
 25. Oliveira EM, Spiri WC. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. *Saúde Pública*. 2006; 40(4):727-33.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. *Gestão participativa e cogestão. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
 27. Amorim AG, Souza ECF. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(3):869-78.
 28. Farias MR, Sampaio JJC. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. *RGO – Ver Gaúcha Odontol*. 2011 jan./mar.; 59(1):109-15.
 29. Barros CMS. *Manual técnico de educação em saúde bucal*. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007.
 30. Barbosa AAA, Brito EWG, Costa ICC. Saúde bucal do psf, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. *Cienc Odontol Bras*. 2007 jul./set.; 10(3):53-60.
 31. Vasconcelos M, Cardoso AVL, Abreu MHNG. Os desafios dos agentes comunitários de saúde em relação à saúde bucal em município de pequeno porte. *Arq. Odontol*. 2010; 46(2):98-104.

Submissão: outubro/2014

Aprovação: dezembro/2014
