

Três olhares sobre a reorganização da atenção primária: percepção sobre o novo modelo de saúde bucal em um município do estado do Rio Grande do Sul

Three perspectives on the reorganization of the primary care: the perception on the new model of oral health in a city of the State of Rio Grande do Sul

Aline Krüger Batista¹, Beatriz Unfer²

¹ Mestre em Ciências Odontológicas pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFSM-UFRGS).
alinekrbatista@gmail.com

² Doutora em Odontologia Preventiva e Social; Professora do Curso de Odontologia da UFSM; Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da UFSM-UFRGS.
unfer@terra.com.br

RESUMO O objetivo é captar a percepção de diferentes atores sociais (cirurgiões-dentistas, usuários e gestores) sobre a introdução da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município do Rio Grande do Sul (RS). Trata-se de um estudo de hermenêutica-dialética sob abordagem qualitativa. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para a coleta de dados. Os resultados mostram que as mudanças mais visíveis são a melhora da estrutura física e o aumento de atendimentos. Percebe-se a compreensão limitada sobre a ESF por parte dos usuários. Este estudo sugere que o modelo tradicional, voltado essencialmente para ações curativas, não foi superado com a implantação da ESF.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Serviços de saúde; Saúde bucal; Saúde da família; Percepção social.

ABSTRACT The objective of the study is to capture the perception of different social actors (dentists, users and managers) on the introduction of oral health team in a Family Health Strategy (FHS) in a city of Rio Grande do Sul (RS). It is a hermeneutic-dialectic study with qualitative approach. It was used a semi-structured interview for data collection. The results show that the most noticeable changes are the improvement of the physical structure and the increased provision of clinical care. The users seem not to understand the FHS. This study suggests that the traditional model, which aims primarily at curative, was not overcome with the implementation of FHS.

KEYWORDS: Primary health care; Health services; Oral health; Family health; Social perception.

Introdução

Um sistema de saúde busca estabelecer duas metas: a otimização da saúde da população e a minimização das disparidades entre subgrupos populacionais. Essas metas têm como objetivo facilitar o acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil, o modelo de atenção adotado desde 1994 é o Programa de Saúde da Família (PSF) como instrumento de reorganização da atenção primária em saúde, que estava focado no modelo tradicional de assistência e centralizado na ação de profissionais especialistas. O PSF visa respeitar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), porém atendendo prioritariamente aos grupos mais vulneráveis da comunidade (BRASIL, 1994).

Atualmente, o Programa de Saúde da Família é definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), visto que o termo 'programa' aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A mudança ocorreu por meio da Portaria nº 648 (2006), com o propósito de se consolidar como uma estratégia sem previsão de tempo para conclusão.

No ano 2000, ocorreu a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) (cirurgião-dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de saúde bucal – ASB) à ESF, motivada pela necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas. Buscou-se ampliar o acesso às ações de promoção, proteção e recuperação, impulsionando a decisão de reorientar as práticas de intervenção (BRASIL, 2002).

Existem estudos na literatura que mostram que o dentista da ESF não está conseguindo mudar as formas de atuação já estabelecidas e criar um outro modo de produzir saúde (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006), que relate a percepção do usuário sobre a dificuldade de solução de seus problemas bucais (ANDRADE; FERREIRA, 2006; TRAD *et al.*, 2002), e que os gestores apresentam percepção da escassa possibilidade de acesso à atenção odontológica nos serviços públicos (LEAL; TOMITA, 2006). Outros utilizam questionários estruturados (LOURENÇO *et al.*, 2009), entrevista estruturada, observação estruturada e pesquisa

documental (SOUZA; RONCALLI, 2007) ou indicadores de cobertura, de indício de mudança no modelo e de impacto (HENRIQUE; CALVO, 2008).

Em vista dessas deferências, passa a ser relevante investigar a percepção dos três grupos de atores (cirurgiões-dentistas, usuários e gestores) que participam do processo da implantação da ESB na ESF. Diante dessas considerações, emergiu a questão problema: como são percebidas as mudanças de modelo de atenção em saúde bucal na perspectiva de cirurgiões-dentistas, usuários e gestores? Este estudo partiu do pressuposto de que a introdução da ESF foi capaz de provocar uma reflexão sobre a mudança das práticas realizadas no modelo de atenção em saúde bucal no município.

Essa compreensão é importante para que se possa dimensionar a implantação, consolidação e expansão da estratégia no município pesquisado e contribuir para a avaliação da ESF no País.

Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo captar a percepção de diferentes atores sociais (cirurgiões-dentistas, usuários e gestores) quanto à introdução da saúde bucal na ESF em um município do Rio Grande do Sul (RS).

Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, cuja coleta de dados foi realizada entre janeiro e maio de 2009.

População de estudo

A população do estudo foi composta por cirurgiões-dentistas (CD), usuários, gerentes e secretário de saúde (SMS).

O município conta com 16 CDs, distribuídos em Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF), oito, e Unidade Básica de Saúde Tradicional (UBST), três. Foram incluídos todos os CDs (onze), tendo em vista a ocorrência de heterogeneidade nos depoimentos. O depoimento de um CD de UESF foi excluído em virtude de problemas de gravação e um CD de UBST recusou-se a participar do estudo alegando falta de disponibilidade de tempo. Isso limitou a nove o número de CDs entrevistados.

Os usuários que se encontravam na sala de espera da Unidade Básica de Saúde (UBS) no momento da visita do pesquisador foram convidados a participar da pesquisa. Na UESF, o critério de inclusão foi ter sido usuário do modelo anterior à implantação da ESF e há mais de cinco anos, e na UBST foi o usuário que estivesse usando o serviço há mais de cinco anos. Fizeram parte do estudo seis usuários de UESF e cinco usuários de UBST, tendo sido utilizado critério de saturação dos dados para limitar o número de entrevistas.

Foram entrevistados os dois gerentes de UBST do município. Nas UESF, foi utilizado o critério de saturação dos dados, que delimitou o número de entrevistas para quatro gerentes. O SMS foi incluído por ter participado do processo de transição do modelo de atenção quando houve a inclusão da ESF no município.

Local de estudo

A cidade escolhida está situada na região noroeste do estado do RS e pertence à 17ª Coordenadoria Regional de Saúde. Possui 38.794 habitantes e apresenta 68% de área coberta por oito equipes de ESF (IBGE, 2008).

O local de estudo para os CDs, usuários e gerentes foi a UBS em sala privativa. Essa opção foi escolhida pela praticidade e pelo fato de que nesse ambiente as pessoas poderiam se sentir mais integradas ao tema da pesquisa. O SMS foi entrevistado em seu local de trabalho na prefeitura.

Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com roteiro predefinido, mas flexível, para que o entrevistado discorresse livremente sobre o tema proposto (MINAYO, 1999).

As questões que nortearam as entrevistas aos CDs foram relativas à caracterização do trabalho realizado na UBS. Aos CDs das UESFs foram acrescentadas questões relativas ao trabalho em equipe, ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças, acolhimento e vínculo, visita domiciliar, planejamento estratégico situacional e levantamento epidemiológico de necessidades. Essas características do modelo de atenção em saúde bucal da ESF foram identificadas nos documentos oficiais sobre ESF (CADERNO 17, 2008).

Os usuários foram questionados acerca de suas percepções sobre as ações e serviços de saúde bucal prestados pela Unidade. Aos usuários de UESF foram questionadas também as suas percepções de mudanças do modelo de atenção.

Os gerentes foram questionados sobre sua percepção a respeito das ações e serviços de saúde bucal prestados nas UBSs. O SMS foi questionado sobre a forma como ocorreu a implantação e a transição para a ESF, a consolidação do modelo e as perspectivas e desafios que se apresentam na conjuntura atual.

Antes da coleta de dados, foi realizado o pré-teste do instrumento de pesquisa em cidade diferente da pesquisada com um profissional de UBS e duas estagiárias, como forma de familiarizar o pesquisador com o processo da entrevista e com a transcrição e análise dos depoimentos.

Um dos pesquisadores realizou a coleta dos dados. Ele é originário do município, não possui vínculo profissional com o serviço público e não atua profissionalmente na cidade.

Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas integralmente. O processo de análise foi conduzido pela hermenêutica-dialética (MINAYO, 2006). Os dados foram codificados tendo como base a literatura sobre o assunto e os tópicos do roteiro de entrevista. A leitura das transcrições permitiu também a identificação de códigos abertos que foram incluídos na análise. O processo de codificação foi realizado manualmente e consistiu na identificação de palavras repetidas, frases, temas ou conceitos para que padrões básicos pudessem ser identificados e analisados. Isso envolveu a leitura intensa das transcrições, fazendo comparações e conexões até que mais nenhum código fosse identificado e os dados fossem considerados saturados. A codificação permitiu a categorização analítica em quatro temas principais, um dos quais gerou duas subcategorias. A codificação e a categorização foram realizadas pelo entrevistador e verificadas por um segundo avaliador. As diferenças de opinião foram resolvidas por discussão de consenso (GIBBS, 2009). Cada entrevista foi rotulada conforme a situação profissional ou de usuário do entrevistado e de acordo com o tipo de UBS ao qual pertencia: UBST ou UESF.

Validade e confiabilidade

A validade e a confiabilidade desta análise foram obtidas por meio do rigor em todos os procedimentos realizados ao longo da pesquisa e por meio de triangulação.

A triangulação foi obtida mediante a comparação de resultados entre as três fontes de dados (entrevistas com membros de diferentes grupos de interesse) (POPE, 2005; TURATO, 2003). A análise dos dados foi validada externamente pela supervisão de outro pesquisador (GIBBS, 2009; TURATO, 2003).

Questões éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria por meio do protocolo nº 23081.011211/2008-86. Após explicação do objetivo do trabalho, os sujeitos foram convidados a participar do estudo, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

A análise do material revelou duas categorias analíticas principais (estrutura e condições materiais, e processo de trabalho) e duas subcategorias (ações de saúde e organização da demanda). Alguns depoimentos são inseridos no texto para destacar a manifestação do entrevistado. Os resultados são apresentados por agrupamento de sujeitos e por indivíduos. Quando pertinente, são destacadas as diferenças entre as percepções dos sujeitos (CDs, usuários e gerentes), segundo o tipo de UBS a que pertencem.

Caracterização dos participantes do estudo

A faixa etária dos CDs esteve entre 27 e 61 anos. A maioria realizou sua formação em universidade federal, ingressou no serviço público odontológico em UBSTs antes de integrar uma ESF e possui consultório particular (dez). Predominou o sexo feminino entre os profissionais (sete). Entre os usuários, predominou o sexo feminino (nove), e a faixa etária esteve entre 30 e 70 anos. Os gerentes de UBS eram do sexo feminino, com idades entre 27 e 47 anos. O SMS, de 72 anos, era também o prefeito do município, em sua terceira gestão.

Estrutura e condições materiais

Do ponto de vista dos sujeitos dos três grupos e do SMS, a introdução da ESF no município trouxe recursos financeiros que proporcionaram a reestruturação física dos prédios onde se localizam as UBSs e a aquisição de equipamentos para o trabalho odontológico.

Processo de trabalho

Ações de saúde

Cirurgião-dentista

Alguns CDs de UBST manifestaram sua percepção sobre a diferença entre a ESF e o modelo tradicional pela existência da visita domiciliar e do trabalho com escolares no novo modelo. Para os CDs de UBSF, o modelo anterior privilegiava o tratamento restaurador, enquanto neste são 'permitidas' ações coletivas como o trabalho em escolas e interação com ACS. Todavia, percebem a incompreensão dos usuários sobre as atividades de educação e prevenção em saúde bucal:

[...] os pacientes [...] querem atendimento quase que imediato [...] se tu parares para explicar alguma coisa [dizem]: 'ah, a dentista está perdendo tempo'. [...] vêem o trabalho curativo como trabalho, a prevenção é encarada mais como uma enrolação (CD-ESF).

Este grupo mostrou um entendimento limitado sobre a promoção de saúde, pois foca as ações dessa natureza na execução de medidas preventivas e educativas de saúde bucal prioritariamente em escolas. Alguns CDs demonstraram compreender melhor o significado da promoção de saúde ao se referirem à necessidade de voltar-se para os problemas de ordem geral das pessoas e mencionarem que a legislação utilizada na promoção de saúde beneficiaria a saúde bucal de escolares. Sujeitos dos dois modelos enfatizaram a necessidade do heterocontrole de flúor na água de abastecimento, e os CDs da ESF afirmaram ser necessária a atuação na prevenção do câncer bucal.

Os CDs manifestaram que se sentem deixados de lado no processo de planejamento das ações de saúde, sendo informados apenas sobre as metas e as pactuações. Afirmaram que a lógica da produtividade clínica ainda é predominante, em detrimento de ações preventivas e

de qualidade. Além disso, não há uma política de saúde bucal no município. Embora os CDs das ESF não sejam cobrados para realizar alterações, outros CDs das UBSTs acreditam que a Secretaria de Saúde não está aberta a mudanças. Relataram ainda que algumas iniciativas, como o projeto em escolas, foram impostas pela gestão, sem que houvesse envolvimento maior do que o simples agendamento das visitas às instituições de ensino. A interferência do SMS nas ações de saúde se dá de diversas maneiras. Por um lado, o CD queixa-se da interferência nas suas decisões com o paciente:

[...] o cara veio para [o] dentista, [mas] não tinha mais vaga para ele [...], aí ele foi à secretaria fazer queixa. E o que eles fizeram? Ao invés [de] [...] conversar com ele, [...] botam o paciente na frente e te ligam [...] (CD-ESF).

Por outro lado, percebem que, em algumas ocasiões, o SMS não demonstra exercer seu papel como gestor, conforme o depoimento:

[...] teve outro [profissional] que disse: 'não dou palestra, não me dou bem com isso e não vou fazer e pronto', e [...] o gestor não tem pulso firme, ninguém quer tomar briga com funcionário [...] e fica por isso (CD-ESF).

Sobre a postura do gestor relacionada às ações de saúde coletiva, eles mencionaram que:

ele [prefeito] gosta muito do curativo e não tanto do preventivo [...] se tu disseses que fez uma palestra para tantas crianças, ele diz: [imitando o gestor]: 'Não estava no posto por quê?' 'Tava fazendo palestra'. 'Ah, não foi trabalhar!' (CD-ESF).

E sobre as reuniões de equipe, destacaram a opinião: "o gestor pergunta: 'Quer fechar [a unidade] para quê, para conversar fiado?'" (CD-ESF).

Na situação relatada acima, fica evidente que nas ações que implicam trabalho clínico com registro de produtividade as exigências e cobranças parecem ser mais firmes do que quando implicam atividades coletivas de educação e prevenção.

Usuários

Alguns usuários não souberam explicar o que é a ESF. Existe um sentimento de indagação e perplexidade quanto a algumas ações inerentes à estratégia, como o cadastro das famílias, conforme é manifestado:

Não sei o que é PSF. Nem sei o que é isso. [A agente de saúde perguntou]: 'quantas pessoas moravam na casa, e de quem era a casa, e quantas peças tinha na casa.' Ah, isso precisa? Tem fundamento para alguma coisa? Não tem fundamento nenhum (U-ESF).

Para o grupo da ESF, a implantação do novo modelo trouxe uma mudança significativa, que é a visita domiciliar: "Ah, mudou bastante agora (...) [porque] visitam nas casas." (U-ESF). O grupo da UBST manifestou que ESF significa médico o dia inteiro e visita domiciliar para quem não pode se locomover.

As falas reveladoras do grupo da UBST mostraram que um CD parece sempre repetir a forma de trabalhar de outros CDs, indicando indiferença quanto à possibilidade de mudar sua prática. Na sua avaliação, o serviço de saúde bucal é bom, porque trata das suas necessidades e durante o atendimento o CD orienta higiene em modelos.

Para os usuários de ESF, o CD avalia na primeira consulta os problemas da boca e informa o que deve ser feito, realiza orientação de higiene no consultório e esclarece sobre a importância da prevenção e de manter os dentes. Percebem o CD fora do consultório quando participa algumas vezes de grupos de hipertensos e diabéticos, e realiza ações em creches e escolas.

Gerentes

Os gerentes percebem que o CD da ESF consegue realizar mais atendimentos que o de UBST, executa atividades fora do consultório, principalmente em escolas, e permanece mais tempo na unidade, o que diferencia esse modelo do anterior. Porém, participa pouco de grupos, pois percebem que para alguns falta comprometimento para planejar e realizar ações coletivas.

Esse grupo revelou que houve divulgação para a população sobre o novo modelo de atenção. Eles afirmaram que a ESF constitui um modelo ideal de atenção à saúde, mas enfatizaram que, para sua implantação ser

bem-sucedida, a população deve compreender seus fundamentos, além de participar e se envolver com as ações desenvolvidas, buscando a melhoria da implantação da ESF. Nesse ponto, acreditam que isso se torna mais fácil para quem tem um nível de escolaridade melhor.

Sobre a atuação do CD em ESF, percebe-se uma das mudanças importantes que o novo modelo traz:

[...] na unidade [em] que eu trabalhava o dentista vinha atender as cinco fichinhas [...]. E aqui não [...]. Tem que conhecer o usuário, tem que conhecer a família dele, entender o problema [...] (G-ESF).

Essa também foi a percepção dos gerentes de UBST, pois acreditam que na ESF os CDs vão passar a conhecer melhor os usuários, pois vão permanecer mais tempo nas unidades.

Secretário municipal de saúde

Para o SMS, o desafio na ESF é fazer com que o CD saia do consultório e realize ações de prevenção e educação em saúde. O secretário acredita que há resistência do CD em sair do consultório e que ele se sente como apêndice da ESF porque integrou a equipe depois. Em vista disso, o SMS pensa em colocar o ASB para realizar as ações de prevenção e educação na comunidade:

[...] é uma resistência histórica. O dentista não sai de perto do equipo. Ah, mas eu não posso. O que eu vou fazer lá sem o meu equipo? A saúde preventiva ainda não é assunto para a odontologia (SMS).

Organização da demanda

Cirurgião-dentista

Na opinião dos CDs de ambos os modelos, o comportamento da população com relação à utilização dos serviços odontológicos é restrito a problemas de urgência e à melhoria da estética. Eles afirmaram que os usuários não têm comportamento voltado para o autocuidado e não se comprometem com a manutenção da saúde. O desabafo a seguir mostra a incompreensão com o problema: “Fico chateado com isso [...] a gente tá aqui, tapando buraco e [...] sempre aparece mais, [...] os mesmos pacientes” (CD-ESF).

Para esse grupo, o agendamento é reconhecido como uma ferramenta de trabalho útil e característica da ESF, mas os usuários têm restrições a essa modalidade de acesso ao serviço. Por isso, ocorrem muitas faltas às consultas marcadas. Nas UBSFs, os CDs buscaram alternativas para contornar o problema, fazendo o agendamento dos usuários que comparecem às reuniões de grupos.

No aspecto relacional, verificou-se que o vínculo não parece ser bem entendido pela maioria dos CDs das ESFs. Seus depoimentos refletiram o pensamento de que o vínculo se estabelece naturalmente em consequência de um tratamento odontológico prolongado e a aceitação deste pelo paciente, assim como pelo tempo de serviço do CD na UBS e por demonstrar que gosta do trabalho que realiza. Os CDs afirmaram que criar vínculo com a população é difícil devido ao sistema de livre demanda no serviço.

Usuários

Entre os usuários das UBSFs, o aumento do número de atendimentos foi relatado como um dos pontos mais visíveis do novo modelo, percebido pela ampliação do horário de trabalho dos profissionais e maior agilidade nos atendimentos. O depoimento a seguir parece resumir a percepção: “[...] depois que passou a ser PSF [...] abriu, digamos, escancarou a saúde, o SUS, as portas. Justamente pela equipe maior” (U-ESF).

Os usuários manifestaram que o sistema de fichas é melhor, porque entendem que agendamento significaria saber antecipadamente que vão precisar de atendimento. Afirmaram que não é possível antecipar o aparecimento de uma necessidade por meio de um agendamento, ou seja, desejam resolver seus problemas somente se e no momento em que aparecerem: “[...] eles não sabem quando vão ficar doentes [...]” (U-UBST).

Os usuários afirmaram que têm um bom relacionamento com a equipe, porque usam o serviço frequentemente. Quando questionados sobre a existência de acolhimento, dizem que não ocorre, pois são encaminhados aos atendimentos por ordem de chegada. A fala a seguir revela a forma como são recebidos no serviço: “[Imitando a enfermeira:] ‘qual é o próximo?’ E assim vai (...)” (U-UBST).

Gerentes

A ampliação do número de atendimentos é destacada também por esse grupo como um dos elementos que diferencia os dois modelos de atenção. Percebem que os usuários preferem o sistema de filas e a distribuição de fichas. Para o grupo de gerentes da UBSF, “[...] parece que o povo adora fila e adora ficha [...]”. (G-ESF).

Os gerentes percebem uma grande necessidade da população em procurar o serviço apenas para conversar, como uma necessidade: “[...] a gente acaba sendo [...] como [...] um depósito [...] psicológico, [...] bastante gente procura para conversar [...]”. (G-UBST). Porém, confirmaram que não realizam o acolhimento por falta de tempo e excesso de demanda de trabalho nas unidades.

Secretário municipal de saúde

O SMS salientou que a ampliação do número de atendimentos em UBSFs foi um dos destaques mais significativos do novo modelo. Afirmou também que, quando a atenção secundária do município passou a oferecer próteses, a fila de pedidos por dentaduras na prefeitura deixou de existir:

O pessoal ia lá [na prefeitura]: ‘Seu [Fulano], [...] eu consultei um dentista [particular], [...] preciso de uma dentadura, está aqui o orçamento’. [...] Era assim que funcionava, e a gente autorizava. (SMS).

Discussão

Na análise empreendida neste estudo, foi possível reunir informações que permitem identificar quais mudanças do modelo de atenção em saúde bucal foram percebidas por diferentes atores do processo após a implantação da ESF em um município de pequeno porte.

A concordância encontrada entre os sujeitos sobre o significado mais visível da introdução da ESF no município foi relacionada ao aporte de recursos financeiros, que permitiu reestruturar fisicamente as Unidades Básicas de Saúde. Essa constatação parece indicar uma concepção histórica da valorização de tecnologias duras como o indicador mais visível da assistência em saúde (SOUZA; RONCALLI, 2007).

A ampliação do número de atendimentos como consequência do aumento da carga horária dos profissionais foi o segundo significado mais importante na percepção para a maioria dos sujeitos pesquisados. Esse fato se torna aceitável, pois a enorme demanda é uma resposta à expansão da oferta de procedimentos cirúrgico-restauradores; o que não é razoável é o fato de essa expansão ocorrer por livre demanda.

O acolhimento é uma solução para organizar a demanda de forma que ocorra a ruptura de todo aparato que signifique dificuldade de acesso dos usuários (SHEIHAM, 2000). Alguns gerentes não perceberam que fazem o acolhimento quando escutam os usuários que os procuram para apenas conversar. O acolhimento produz relações de escutas e responsabilizações as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção em busca do controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde (FRANCO *et al.*, 1999). Os CDs deste estudo não realizam o acolhimento, mas acreditam que possuem vínculo com os pacientes, porque para eles a produção de vínculo está relacionada com o desenvolvimento continuado de atividades clínicas, o que pode ser comprovado também em estudo com enfermeiros (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Para alguns dentistas, a visita domiciliar, que é uma ferramenta utilizada a partir de prioridade predefinida e que contribui para uma abordagem com direcionamento familiar na organização das ações assistenciais (CADERNO 17, 2008), parece ter sua concepção voltada somente para atividades de educação e prevenção, o que torna compreensível a reação do usuário quando gostaria de ver o CD realizando atendimentos clínicos na UBS.

No aspecto da compreensão das características operacionais das ações de saúde bucal na ESF, a promoção de saúde é entendida pelos CDs como atividades de prevenção e educação de forma individual. O conceito de promoção de saúde implica a incorporação da dimensão política e social como aspectos essenciais, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva (SHEIHAM, 2000).

A rotina de trabalho do CD em uma ESF deve relacionar os procedimentos clínicos com ações coletivas à equipe multiprofissional. Os profissionais, de

acordo com seus conhecimentos e com os recursos disponíveis, buscam a melhor solução que cada problema exige. No trabalho em equipe, ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica, porém a abordagem dos problemas é que assume uma nova dimensão. Conhecer, compreender, tratar e controlar passam a ser uma responsabilidade compartilhada. (CADERNO 17, 2008).

O município estudado mostra que o modelo assistencial não se assemelha com a rotina de trabalho em equipe idealizada pela ESF. Os CDs na ESF estão frente a uma nova realidade e também a um grande desafio, pois até agora sua formação foi direcionada basicamente para o trabalho com indivíduos e não com comunidades, com doenças e não com saúde, isolado em consultórios e não como integrante de uma equipe de trabalho (TRISTÃO, 2002).

Para a legitimidade e efetividade das ações de saúde, é imprescindível contar com os diferentes sujeitos que constituem o campo da saúde: usuários, trabalhadores e gestores. No aspecto da compreensão sobre a ESF, os usuários a reconhecem basicamente pela materialização da unidade e pelo aumento da equipe de saúde. Os gestores se eximem da culpa pela falta de informação da população sobre a ESF quando dizem que esclareceram os usuários em reuniões, mas se contradizem quando afirmam que um dos pontos frágeis na implantação do novo modelo é a falta de esclarecimento da população. Quanto mais informada a população estiver, mais capacitada estará para avaliar as ações e participar do processo de cuidado. Porém, seu nível de entendimento vai depender também da sua escolaridade e da efetividade das estratégias de comunicação e informação em saúde utilizadas tanto no âmbito da ESF quanto do Sistema Municipal de Saúde (TRAD *et al.*, 2002).

Desde o início da implantação do SUS, vários problemas se colocaram para sua operacionalização. Entre eles, está a resistência do antigo modelo assistencial (baseado na doença e em ações curativas individuais) a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais. Entretanto, a convivência de dois modelos pode ser salutar em um momento de transição. Porém, como apontam os atuais documentos da estratégia, no futuro deverá ocorrer uma adoção mais homogênea da ESF

pelos municípios brasileiros, tendo em vista o próprio sucesso de sua implantação, principalmente em áreas mais carentes (VIANA; POZ, 2005).

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se a possibilidade de que os CDs tenham aproveitado a oportunidade da entrevista para expressar suas angústias, o que pode ter aumentado o número e a intensidade de emoções negativas. Os usuários tiveram mais dificuldade de manifestar suas percepções, talvez por não exercitarem com frequência esse tipo de reflexão.

Percebe-se que, quando a experiência individual de cada sujeito na implantação do novo modelo de saúde bucal se resume a responder perguntas dicotômicas, a pesquisa não contempla o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, crenças, valores, hábitos e dinâmica das relações e fenômenos sociais (MINAYO, 2006). Por isso, a abordagem qualitativa foi adequada ao estudo, porque oferece maior valor explicativo aos aspectos subjetivos dos atores envolvidos.

Considerações finais

Os resultados mostram que a atenção em saúde bucal no município estudado não apresenta mudanças significativas que indiquem uma reorientação do modelo de atenção com base nas diretrizes da ESF. As mudanças mais visíveis são a melhora da estrutura física das UESF, o aumento do número de atendimentos e a presença mais frequente do profissional na unidade. O trabalho em ESF seria mais bem qualificado com profissionais formados na ótica da saúde coletiva, voltada para a responsabilização pela saúde da população, além do incentivo à educação permanente, prevista em lei. Também é necessária a ampla divulgação sobre os objetivos da ESF para a população, pois, dessa forma, se pode trabalhar com a corresponsabilidade do usuário.

Os resultados deste estudo podem ser semelhantes em vários municípios brasileiros considerando a complexidade da implantação da ESF no País. Diante da importância da reorientação da APS no Brasil, incluindo as Equipes de Saúde Bucal, mais estudos sobre avaliações do modelo de atenção devem ser feitos para verificar a efetividade, a eficiência e o impacto das ações realizadas. ■

Referências

- ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, mar. 2006, p. 123-130.
- ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, mar 2006, p. 219-227.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do programa Saúde da Família. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cguia_psf1.pdf>. Acesso em: 15 jun 2008.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 16 jun 2008.
- _____. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA Nº 17. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/saude_bucal.html>. Acesso em: 11 jun 2008.
- FRANCOT.B; BUENOW.S; MERHY E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, abr. 1999, p. 345-353.
- GIBBS, G. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- HENRIQUE, F.; CALVO, M.C.M. Avaliação do Programa de Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.4, abr. 2008, p. 809-819.
- IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em 16 jun 2008.
- LEAL, R.B.; TOMITA, N.E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, mar. 2006, p. 155-160.
- LOURENÇO, E.C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, out. 2009, p. 1367-1377.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- _____. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.
- POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- SCHIMITH, M.D; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.6, dez. 2004, p. 1487-1494.
- SHEIHAM, A; MOYSÉS, S.J. O papel dos profissionais de Saúde Bucal na Promoção de Saúde. In: BUISCHI, Y.P. *Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas – EAP-APCD, 2000.
- SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.11, nov. 2007, p. 2727-2739.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- TRAD, L.A.B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.3, 2002, p. 581-589.
- TRISTÃO, S.K. Perfil dos cirurgiões-dentistas da atenção básica interessados pelo Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/perfilcirurgiao.doc>>. Acesso em: 23 set 2008.
- TURATO, E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
- _____.
Recebido para publicação em Dezembro/2010
Versão definitiva em Março/2011
Conflito de interesses: Inexistente
Suporte financeiro: CAPES