

The process of dental surgeon's work in the Family Healthy Program: a contribution to the construction of SUS

O processo de trabalho do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família: uma contribuição à construção do SUS

Abstract | *Objective: It describes the process of dental surgeon's work in the Family Healthy Strategy (FHS) and the empirical evidences of possible changes in the odontological practice. In theoretical terms, it's based on studies of process of work and, more specifically, in the Merhy's theory about the micro-politic of work on health.*

Methodology: It's a qualitative and descriptive research the of the study case type whose scenery is the Aracruz's municipal district, in Espírito Santo, Brazil. The investigation focused the dental surgeon inserted in teams of FHS and, for the collection of the data, it used the semi-structured interview, the direct observation and the focal group.

The exam of the empirical material was based on analysis of Bardin's (2007) content. Results:

The results demonstrate the maintenance of the hegemonic model, with a technical work centered in the dental surgeon, privileging the clinical activity guided to the production of individualized acts and dependent of solid technologies. Conclusions: An important problem is the precariousness of the working relationships, with outsourced professional and without at least the due warranties of work. A positive point of the introduction of the teams of oral health in FHS went to amplification of the access dentals service to the communities without any attendance. During the research appeared several important subjects, that for his high complexity, it didn't be explored at the present work, therefore it need deeper studies.

Keywords | *Process of work; Dental surgeon; Family health strategy.*

RESUMO | *Objetivo: Descreve o processo de trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família (ESF) e as evidências empíricas de possíveis mudanças na prática odontológica. Em termos teóricos, fundamenta-se nos estudos do processo de trabalho e, mais especificamente, na teoria de Merhy sobre a micropolítica do trabalho em saúde. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, do tipo estudo de caso, cujo cenário é o município de Aracruz, no Espírito Santo, Brasil. A investigação focou os cirurgiões-dentistas inseridos em equipes de ESF e, para a coleta de dados, utilizou a entrevista semiestruturada, a observação direta e o grupo focal. O exame do material empírico baseou-se na análise de conteúdo de Bardin (2007). Resultados: Os resultados demonstram a manutenção do modelo hegemônico, com um trabalho tecnicista, centrado no cirurgião-dentista, privilegiando a atividade clínica, orientada para a produção de atos individualizados e dependentes de tecnologias duras. Conclusões: Um problema relevante é a precarização das relações de trabalho com profissionais terceirizados e sem as devidas garantias trabalhistas. Um ponto positivo da implantação das equipes de saúde bucal no ESF foi a ampliação do acesso a serviços odontológicos para comunidades sem nenhuma assistência. Durante a pesquisa, surgiram importantes questões que, devido à sua alta complexidade, não foram exploradas, indicando a necessidade de outros estudos.*

Palavras-chave | *Processo de trabalho; Cirurgião-dentista; Estratégia Saúde da Família.*

¹Mestre em Saúde Coletiva.

²Pós-Doutor em Saúde Pública ENSP/Fiocruz; professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGASC) – UFES.

Introdução |

O presente estudo partiu da necessidade em conhecer a essência do trabalho odontológico, norteador por uma visão crítica da prática do cirurgião-dentista no cotidiano dos serviços públicos. Isso se tornou mais premente com a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESBs) na Estratégia Saúde da Família (ESF), fato ocorrido, oficialmente, em dezembro de 2000, com a publicação da Portaria GM/MS N° 1.444.

A Saúde da Família é concebida como estratégia de reorientação do modelo assistencial, tendo como eixo estruturante a Atenção Primária em Saúde (APS), consolidando a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Espera-se que a ESF seja um instrumento de ruptura com o modelo hegemônico médico-biológico flexneriano. De fato, o grande desafio encontra-se na implementação de novas práticas do cuidado em saúde, que garantam a efetivação dos princípios fundamentais do SUS, proporcionando à população o acesso universal aos serviços de saúde com equidade, integralidade e participação comunitária ativa.

O trabalho odontológico é tratado, aqui, como processo de trabalho coletivo ou, melhor dizendo, um trabalho em processo, inserido em uma estrutura social, tal como se apresenta no dia a dia dos serviços. Desse modo, o processo de trabalho do cirurgião-dentista na ESF é parte de uma totalidade com múltiplas determinações, por isso a importância de situá-lo no contexto social em que se concretizam as práticas de saúde.

Considerando-se que a ESF propõe a construção de um novo modelo assistencial, pautado na assistência integral, contínua, com qualidade e resolubilidade, estruturado sobre um trabalho interdisciplinar e compartilhado entre os distintos profissionais e a comunidade, a questão central é: estão acontecendo ou não mudanças na prática odontológica?

Nesse sentido, a investigação realizada teve a intenção de apreender o processo de trabalho do cirurgião-dentista na ESF, levando em conta a realidade concreta dos serviços.

Fundamentação Teórica

O entendimento do processo de trabalho em saúde se dá à luz da concepção marxiana, como atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal entre o homem e a natu-

reza, condição natural eterna da vida humana⁵.

Marx⁵ define como elementos essenciais do processo de trabalho a atividade orientada a um fim ou o trabalho mesmo, seu objeto e seus meios. Todas as coisas preexistentes na natureza são objetos de trabalho, enquanto os meios de trabalho são coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho e que orientam a atividade de acordo com o seu objetivo.

Mendes Gonçalves⁶, analisando a tecnologia nas práticas de saúde, observa que, tanto no campo do conhecimento quanto no campo das práticas, a concepção do termo tem sido reduzida ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, ressaltando, exclusivamente, a sua função técnica nos processos produtivos. Esse autor concebe o seu significado para além dos meios materiais, apreendendo-o em sua dimensão social, nas relações entre os homens e os objetos sobre os quais trabalham. Portanto, tecnologia só se constitui dentro dos processos de trabalho, considerando-se tanto as suas características técnicas quanto as sociais.

Outrossim, para Merhy⁸, tecnologia não se resume a máquinas e equipamentos, mas refere-se também aos saberes constituídos para produzir produtos e para organizar os processos produtivos, bem como à dimensão inter-humana. O autor classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: leves (tecnologias de relações – acolhimento, vínculo, autonomização), leve-duras (saberes estruturados – clínica, epidemiologia, taylorismo, fayolismo) e duras (equipamentos tecnológicos – máquinas, normas, estruturas organizacionais). Na produção de um ato em saúde, coexistem essas três tecnologias. As leves devem ocupar lugar central.

A respeito da produção, consumo e necessidade, Merhy⁸ mostra que o trabalho em saúde possui uma característica peculiar que o distingue de outros processos produtivos: ele não é plenamente estruturado, é um processo de intervenção em ato, ou seja, a produção de bens e seu consumo ocorrem ao mesmo tempo. Há um encontro entre o agente produtor e o agente consumidor, quando interagem suas intencionalidades, conhecimentos e representações, configurando um processo de interseção partilhada, operando relações de encontro de subjetividades.

Na concepção teórica que vem sendo desenvolvida por Merhy^{7,8}, o sentido social do trabalho em saúde é a produção do cuidado, por meio do qual pode ser

alcançada a saúde. Logo, os processos de trabalho têm que ter a capacidade de intervir nos problemas referentes à saúde, modificando-os e produzindo um resultado com a satisfação de necessidades.

Todo profissional de saúde, cirurgião-dentista, médico, enfermeiro ou vigilante, independentemente do papel que desempenha na produção de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado. O correto seria que todos fossem capacitados para atuar no território das tecnologias leves, produzindo acolhimento, responsabilizações e vínculos, uma vez que é no espaço de interseção partilhada (domínio das tecnologias leves) que o cuidado é produzido. O desafio da mudança do modelo é produzir atos cuidadosos comprometidos com os resultados, cura, promoção e proteção. Quanto maior a caixa de ferramentas que os trabalhadores utilizam para a conformação do cuidado, maiores serão a compreensão dos problemas de doença e seu enfrentamento de modo adequado⁷.

Aspectos metodológicos

Nesta investigação utilizamos a abordagem da pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, descritivo, com o intuito de apreender o processo de trabalho do cirurgião-dentista na ESF, levando em conta a realidade concreta dos serviços.

A abordagem qualitativa possibilita a compreensão da realidade humana em seu contexto social, pois se preocupa com o universo de significados, motivos, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis⁹.

O estudo foi desenvolvido em Aracruz, município do Estado do Espírito Santo, no ano de 2005. O critério para a escolha de tal município foi o tempo de implantação das equipes de saúde bucal na ESF, contando, naquele momento, com sete anos de implantação. Outra particularidade é que Aracruz foi o primeiro município no Estado do Espírito Santo a incorporar profissionais da Odontologia à ESF.

O município de Aracruz fica situado no litoral norte do Estado do Espírito Santo, encontra-se a 83km da Capital e ocupa uma área de 1.419km². A população residente é de 72.281 habitantes, com 15,7% na zona rural.

No momento do estudo, o município estava habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde

e contava com uma rede de serviços estruturada em cinco unidades básicas de saúde, nove unidades de saúde da família, um laboratório de análises clínicas, uma policlínica, um centro de reabilitação e um hospital conveniado. Até a realização do estudo, a ESF foi efetivada por 13 equipes básicas e 9 equipes de saúde bucal, todas na Modalidade I, compostas por um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário. A investigação teve como foco seis cirurgiões-dentistas inseridos na ESF do município escolhido, com tempo mínimo de atividade de dois anos. Também foram investigados outros sujeitos que se mostraram importantes durante o processo de coleta de dados, como a coordenadora de Saúde Bucal do município e o representante do segmento usuário no Conselho Municipal de Saúde.

O trabalho de campo foi realizado lançando mão de três instrumentos de coleta de informações: a entrevista semiestruturada, a observação direta e o grupo focal. O material empírico coletado foi analisado à luz do método de análise de conteúdo, concebido por Bardin¹ como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens. Operacionalmente, a análise do material, fundamentada em Minayo¹⁰, constou dos seguintes passos: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em 5 de maio de 2004, em reunião ordinária.

Análise e discussão dos resultados |

Os profissionais observados apresentam características homogêneas em relação ao tempo de formado, tempo de atuação na ESF e ao vínculo empregatício, assim como ao processo de formação e capacitação. A grande maioria (cinco deles) é formada há menos de dez anos e somente um entrevistado é formado há mais de 30 anos, inclusive, já está aposentado. Em relação ao tempo de trabalho na ESF, apenas um profissional tem dois anos de atuação, enquanto os demais têm três e mais anos de trabalho.

Quanto à formação e capacitação, constatamos que todos os entrevistados fizeram o curso introdutório da ESF, ofertado pelo Polo de Capacitação em Saúde da Família da Secretaria de Estado da Saúde. Três deles são especialistas em Saúde da Família e dois estão concluindo Curso de Atualização em Saúde Coletiva.

Examinando as motivações dos profissionais para optar pelo trabalho na Saúde Pública e na ESF, embora a maioria relate ter muito apreço pelo serviço público e demonstre gostar de trabalhar na ESF, vê-se que o grande estímulo é a inserção no mercado de trabalho e a possibilidade de obter uma renda mensal fixa.

Podemos afirmar que a reestruturação produtiva no setor odontológico não se deve somente à passagem do trabalho artesanal para um trabalho mecanizado e ao advento de novas tecnologias. Deve-se, acima de tudo, à mudança do locus do trabalho, ou seja, à redução do espaço privado de exercício da prática liberal e à ascensão da esfera pública, especialmente com o advento do SUS e com a municipalização, momento em que os municípios começaram a implantar serviços odontológicos. Com isso, ocorre uma mudança na essência do trabalho, que deixa de se apoiar em uma prática isolada de consultório e passa a uma prática coletiva, em que é necessária a cooperação de outros trabalhadores e o compartilhamento do espaço institucional.

Todos os cirurgiões-dentistas iniciaram suas vidas profissionais buscando materializar um ideal de profissão, adquirido no período de formação e que não existe mais: uma prática tipicamente liberal. A maioria teve uma breve passagem por clínicas “populares” e, atualmente, participa do mercado de trabalho adotando uma rotina na qual coexistem o trabalho liberal, com a prática de consultório particular, e o trabalho assalariado de emprego público.

O excedente de força de trabalho odontológico no mercado é um fato que leva o profissional a se submeter, muitas vezes, a condições insatisfatórias de trabalho e baixa remuneração. Essa situação é compatível com o pensamento de Marx⁵, segundo o qual o trabalho é tratado como uma mercadoria: se a mercadoria é muito procurada, o preço é alto; se for muito ofertada, o preço é baixo. Além disso, o trabalhador não tem que lutar apenas por sua sobrevivência, ele tem de lutar, antes de tudo, pela aquisição de trabalho.

Na ESF, o objeto de trabalho é constituído pelas necessidades de saúde dos indivíduos, inseridos em um

contexto familiar e social. A primeira característica que podemos observar é que a identificação do objeto da prática odontológica é voltada, quase exclusivamente, para a abordagem individual, mesmo em sua dimensão preventiva. Ensinam-se hábitos de higiene bucal e orientam-se a dieta, mais especificamente o controle do consumo do açúcar, esperando mudança de comportamento. Essas atividades podem até ter um efeito coletivo, mas a organização tecnológica não é orientada para o coletivo, é sobre o indivíduo que recai toda a atenção, ficando clara a externalidade do objeto, totalmente descolado das condições de vida e dos determinantes sociais da saúde e da doença.

Na fala dos entrevistados, é evidente a responsabilização do usuário pela não adoção de medidas preventivas e pelo aparecimento das doenças bucais, assim como a impotência dos profissionais em alterar e transformar a realidade. Em relação a esse aspecto, captamos a angústia e a frustração dos cirurgiões-dentistas expressa na fala do Entrevistado nº 4:

É uma coisa que me revolta, aquelas mães que não cuidam como deveriam dos filhos... Tem horas que eu me sinto frustrada porque você vai, fala, às vezes você fala grego, chega aquela criança e a gente fala: ‘Tem que escovar’, ensina como é, na outra semana, essa criança volta do mesmo jeito, com a mesma higiene que você não consegue melhorar. Tem horas que você acha que não vai conseguir fazer nada, que vai ficar sempre do mesmo jeito.

Um outro aspecto relevante está relacionado com as necessidades de saúde bucal da população. Existe uma tensão entre a necessidade sentida pelo usuário e o que ele está buscando, quando procura um serviço de saúde, e a necessidade detectada pelo profissional e aquilo que ele acredita ser o melhor para o paciente. Essa disputa promove “ruídos no cotidiano dos serviços” e acontece no espaço de interseção (espaço de utilização das tecnologias leves), no encontro entre o usuário e o trabalhador, ou seja, no encontro entre duas visões de mundo diferentes, encontro entre valores e culturas diferentes⁷.

O cirurgião-dentista tem dificuldade de perceber a dimensão social dos problemas bucais, assumindo uma visão reducionista em que a doença é explicada exclusivamente como processo biológico. A percepção do corpo dos indivíduos é a do corpo fragmentado, um corpo sem alma, sem desejos, sem impulsos. Esse aspecto é entendido por Emmerich² como “autono-

mização” do trabalho odontológico, em que a boca é desvinculada tanto do corpo biológico quanto do corpo social.

Em relação à atividade, uma característica básica do trabalho do cirurgião-dentista é que ele se assenta em bases técnicas, porquanto historicamente a prática odontológica foi construída tendo na clínica o seu espaço privilegiado e é nesse espaço que o profissional se reconhece, se sente à vontade e se realiza. A clínica é fundada e dependente de “tecnologias duras”, mas, ao mesmo tempo, o fazer está associado a um saber (tecnologias leveduras⁸), é ação manual e intelectual direta sobre o seu objeto. Segundo a teoria de Mendes Gonçalves², os instrumentos de trabalho são compreendidos como um momento da operação do saber. Portanto, o trabalho odontológico, apesar das tecnologias duras, mantém características do trabalho artesanal. O profissional comanda a máquina combinando algumas fases com atividade essencialmente manual, a qual depende da habilidade do operador.

O trabalho clínico é intervenção sobre o corpo do paciente o tempo todo, e isso nos remete a uma dimensão do trabalho odontológico que o diferencia de outros trabalhos em saúde: o ritmo de produção do trabalho odontológico é lento, o que gera, na prática, alguns problemas, pois a demanda clínica é enorme e o acesso ao serviço é limitado. Aqui cabe uma consideração a respeito da relação entre a equipe de saúde bucal e a população adstrita. No caso estudado, um cirurgião-dentista é referência para duas equipes básicas de Saúde da Família, ou seja, aproximadamente sete mil pessoas, o que é considerado um número excessivo de usuários.

Outra característica fundamental é que o cirurgião-dentista tem controle quase absoluto do seu processo de trabalho. É ele quem planeja e executa suas atividades, decide quem atender, o que fazer e como fazer, sem precisar de autorização e sem interferência direta de outros profissionais.

Observamos nos relatos esse aspecto da prática odontológica: “Eu tenho autonomia, não vem nenhuma determinação do nível central, inclusive eu acho que não pode ter (E2); a nossa chefe lá abre espaço para a gente... ela me deu muita liberdade... eu tenho controle total... na verdade, eu nunca segui uma diretriz [...]”. (E6)

Concordamos com Campos³, para quem liberdade e autonomia não existem em absoluto e, para que os

sistemas de saúde funcionem, é preciso uma certa dose de controle institucional. Liberdade excessiva torna a instituição vulnerável, pois cada trabalhador desempenha suas atividades de acordo com sua visão de mundo, suas concepções a respeito do processo saúde-doença e o que considera mais eficaz.

O que se espera da ESF e é a sua finalidade primordial, e é isso que justifica a sua existência, é a produção do cuidado, orientada para a promoção, proteção e cura. Coadunamo-nos com o pensamento de Merhy⁷, para quem o processo de trabalho profissional centrado e restrito à produção de procedimentos é um fator limitante para que a dimensão cuidadora prevaleça. Não queremos com isso eliminar a dimensão produtiva dos atos clínicos odontológicos, pois estes, no encontro entre o cirurgião-dentista e o usuário, são dotados de elementos cuidadores (uso das tecnologias leves). O que defendemos é a ampliação dessa dimensão e que a produção do cuidado seja exercida plenamente.

Observamos também profissionais que fazem visita domiciliar e não sabem exatamente o que fazer: “Uma coisa que eu tenho uma certa dificuldade, ainda tenho, embora esteja fazendo há mais de dois anos, é a visita domiciliar”. (E2). Acabam, assim, por transferir a lógica da clínica para o espaço coletivo:

Quando a gente faz essa consulta, digo, essa visita domiciliar, eu estou com meus instrumentos: par de luvas, óculos e, junto com esse material, eu levo a minha agenda e aí podemos agendar e aí, geralmente no final de uma visita dessa, você vem com um monte de ficha agendada, de tratamento agendado para você atender, então só por isso vale a questão da visita domiciliar pelo dentista (E2).

O fato de realizar visitas domiciliares não significa que o cirurgião-dentista abandonou a sua prática centrada na clínica e em procedimentos. A visita domiciliar deve ser recomendada somente nos casos em que haja indicação clara e com objetivos bem definidos. A visita tem que ser direcionada para necessidades que exijam a presença do profissional e este tem que saber exatamente o que fazer no domicílio. Um outro aspecto a considerar é a intromissão no espaço privado e na vida das pessoas: deve-se evitar a visita feita apenas a título de cumprimento de uma programação, com exceção, é claro, da visita de rotina dos agentes comunitários de saúde⁴.

Consideramos meios de trabalho do cirurgião-dentista os instrumentos preconizados pela ESF, ou seja,

todos os recursos necessários para a produção do cuidado odontológico: epidemiologia, planejamento local, ações coletivas, trabalho em equipe, intersectorialidade, acolhimento, vínculo, avaliação, controle, insumos, equipamentos e demais tecnologias.

Constatamos que o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas não é orientado epidemiologicamente e a organização da atividade é guiada pela livre demanda. Percebemos que existe uma prática instituída, mas não existe registro que formalize as diretrizes da instituição, e as informações são transmitidas verbalmente.

Os planos de trabalho são construídos e ajustados apenas na cabeça do profissional. Ele vai fazendo, vai distribuindo um pouco do seu tempo de trabalho para cada população considerada prioritária, mas sempre com as pessoas que procuram o serviço. Única exceção são as crianças que estão em escolas: com essa população, o dentista tenta atender de um modo mais programado. Os entrevistados abordam essa questão: “Não existe planejamento, às vezes eu fico até assim... aí eu ponho mais um período de escola... sabe? Tentando me organizar pra abranger um pouco de cada coisa, tentar não deixar em falta [...]” (E3).

Constatamos a persistência do modelo de atenção à saúde bucal relacionado com a Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) chamado de “sespiano” que funcionou no Brasil em algumas regiões, principalmente Norte e Nordeste, em grande parte da segunda metade do século passado, de programação de atenção ao escolar (Sistema Incremental), só que de forma piorada: no modelo “sespiano”, havia, pelo menos, planejamento com enfoque epidemiológico e avaliação das ações. Isso fica bem explicitado no depoimento do Entrevistado nº 4 em que a tentativa de seguir o método incremental se torna contundente: “Escola, a gente começa com seis anos, mas eu nunca consigo chegar aos 12 anos, porque dá o final do ano e eu tô nos nove anos. Quando começa o outro ano, já muda tudo, então eu volto para os seis anos de novo” (E4).

As ações coletivas de educação em saúde e medidas preventivas são desenvolvidas quase exclusivamente com a população infantil, a partir dos seis anos, no espaço escolar. A restrição das ações coletivas às crianças escolarizadas acarreta um enorme prejuízo na busca da universalização dessas atividades, pois a atenção às crianças em idades mais precoces não se

realiza, porque elas se encontram em seus domicílios e não é feita nenhuma abordagem sobre a saúde bucal no espaço domiciliar.

Percebemos a dificuldade que o cirurgião-dentista tem em delegar a outros profissionais a execução dessas atividades: são eles que vão às escolas, fazem palestra, orientam higiene bucal e aplicam flúor. Os agentes comunitários de saúde não desenvolvem nenhuma atividade no domicílio ou em qualquer outro espaço social, assim como o atendente de consultório dentário tem apenas atuação na clínica.

Em relação ao trabalho em uma equipe multiprofissional, verificamos que existe uma restrita aproximação entre os profissionais – eles estão em contato, trocam ideias entre si –, mas também observamos que essas trocas acontecem tendo como referencial a informação técnica sobre os pacientes. Não constatamos nenhuma discussão de caráter mais abrangente em relação à comunidade e suas necessidades.

Outro aspecto importante é a dicotomia existente entre equipe básica e a equipe de saúde bucal. Mesmo nos locais em que a relação é de um para um, essa separação acontece. A equipe de saúde bucal funciona como referência odontológica para as equipes básicas. Não se percebe um exercício de prática conjunta, além dos momentos de realização de campanhas.

Os cirurgiões-dentistas pouco interagem com outros setores e equipamentos sociais presentes em suas comunidades; percebe-se a baixa mobilidade deles em seus territórios. A maioria dos entrevistados relata apenas uma discreta aproximação com as escolas, mas não se observa, contudo, uma parceria efetiva com programação compartilhada entre ambos. Na verdade, os cirurgiões-dentistas utilizam o espaço escolar para realizar atividades com os alunos, portanto são ações realizadas “na” escola e não “com” a escola.

Conclusão |

Reafirmamos que a conformação das práticas de saúde bucal coletiva ocorre no interior dos processos de trabalho em saúde, devendo se inserir no contexto da construção e legitimação do SUS e na perspectiva da atenção integral às necessidades de saúde da população.

Constatamos a reprodução da prática hegemônica, orientada pelo paradigma flexneriano, com um traba-

lho tecnicista, centrado no cirurgião-dentista, voltado para a produção de atos odontológicos individualizados e altamente tecnologizados, ou seja, dependentes de tecnologias duras.

Discutir a atividade clínica não significa minimizar a sua importância, o que se pretende aqui é ressignificar a clínica odontológica. Com certeza, os equipamentos são indispensáveis, contudo a operação do trabalho nessa dimensão deve incorporar outros elementos que valorizem a participação do usuário na construção de projetos cuidadores mais eficazes, que constituam espaços de escutas, de acolhimento, de construção de vínculo nos quais se exercite o princípio da alteridade, segundo o qual o outro existe não como um paciente, como um indivíduo passivo, mas como um sujeito portador de necessidades, de desejos, de receios, com uma visão de mundo própria e com uma experiência de vida que enriquece a relação com os serviços e atravessa a produção do trabalho em saúde.

Merhy⁸ nos chama a atenção para o fato de que a mudança no setor saúde reside na incorporação de tecnologias leves e não depende de equipamentos, nem de instrumentos, e – o que é importante – não tem custo, porque é intrínseca às pessoas, à mudança de postura dos profissionais em relação à população usuária dos serviços. Essa assertiva, mais do que em qualquer outro núcleo de atuação profissional, precisa ser radicalizada no núcleo de práticas odontológicas.

Desse modo, ao se tomar como desafio a reinvenção de um novo trabalhador da saúde bucal, é essencial direcionar esforços para a politização da classe odontológica, para a ampliação do grau de participação de seus profissionais e para que estes assumam, de fato, a postura de agentes sociais de mudança, ocupando os espaços de discussão política, mobilizando as comunidades e contribuindo para a construção da cidadania em toda a sua plenitude.

Um ponto positivo da implantação das equipes de saúde bucal na ESF foi a ampliação do acesso à assistência odontológica. Consideramos uma evolução a ampliação da rede assistencial do SUS, alcançando populações desassistidas.

Um problema relevante é a precarização das relações de trabalho, com profissionais terceirizados e sem as devidas garantias trabalhistas. Essa realidade compromete os objetivos da ESF no que tange à construção do vínculo entre os trabalhadores da saúde e a comunidade, assim como se constitui em um fator de

desmotivação e insegurança dos profissionais.

À guisa de conclusão, consideramos três dimensões na mudança do modelo de atenção em saúde bucal: a formação universitária; os modos como os processos de trabalho são organizados no espaço institucional; e o processo de educação permanente que deve acontecer no contexto dos serviços, inserido no interior dos processos de trabalho e voltado para a realidade concreta de cada local.

Enfim, não é fácil produzir mudança de modelos de atenção à saúde com práticas hegemônicas consolidadas e legitimadas pela sociedade. Nesta história, somos todos aprendizes, temos que empreender essa caminhada, todos juntos: academia, serviços, trabalhadores da saúde e sociedade civil. Teremos que conviver, por muito tempo ainda, com a tensão dialética entre o velho e o novo, entre o instituído e o instituinte, com construção e desconstrução, com avanços e retrocessos, com um passo no futuro e o retorno ao passado.

Referências |

- 1 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2007.
- 2 Emmerich A. A corporação odontológica e o seu imaginário. Vitória: Edufes; 2000.
- 3 Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(4):863-70.
- 4 Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy et al. O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.
- 5 Marx K. O capital. São Paulo: Nova Cultural; 1996. v. 1.
- 6 Mendes Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.
- 7 Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Ver-SUS: Caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 73-92.
- 8 Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo.

São Paulo: Hucitec; 2002.

9 Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1998.

10 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1998.