

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL**

Evelise Tarouco da Rocha

**Processos educacionais e a produção do cuidado em saúde bucal:
o agir em competência das equipes de saúde bucal na Atenção
Primária em Saúde**

Porto Alegre, 2014.

Evelise Tarouco da Rocha

**Processos educacionais e a produção do cuidado em saúde bucal:
o agir em competência das equipes de saúde bucal na Atenção
Primária em Saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Ensino na Saúde, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde: Mestrado Profissional.

Orientador: Cristine Maria Warmling

Porto Alegre, 2014.

CIP - Catalogação na Publicação

Tarouco da Rocha, Evelise

Processos educacionais e a produção do cuidado em saúde bucal: o agir em competência das equipes de saúde bucal na Atenção Primária em Saúde / Evelise Tarouco da Rocha. -- 2014.

115 f.

Orientador: Cristine Maria Warmling.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Saúde Bucal. 2. Produção do cuidado. 3. Processo de trabalho em saúde. 4. Ergologia. 5. Competências. I. Warmling, Cristine Maria, orient. II. Título.



ATA PARA ASSINATURA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Nível Mestrado Profissional
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Evelise Tarouco da Rocha, com ingresso em 31/08/2012
Título: **PROCESSOS EDUCACIONAIS E O AGIR EM COMPETÊNCIA EM SAÚDE BUCAL**
Orientador: Profª Drª Cristine Maria Warmling

Data: 29/08/2014
Horário: 18:30
Local: FAMED

<u>Banca Examinadora</u>	<u>Origem</u>
Dulce Maria Bedin	SMS
Aline Blaya Martins	UFRGS
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	UFRGS

Porto Alegre, 29 de agosto de 2014.

<u>Membros</u>	<u>Assinatura</u>	<u>Conceito</u>	<u>Indicação de Voto de Louvor</u>
Dulce Maria Bedin		Aprovado	
Aline Blaya Martins		Aprovado	
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi		Aprovado	

Conceito Geral da Banca: () Correções solicitadas: (X) Sim () Não
Indicação de Voto de Louvor: () Sim (X) Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Nível Mestrado Profissional
Av. Ramiro Barcelos,, 2400 2º andar - Bairro Santa Cecília - Telefone 51 33085599
Porto Alegre -

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu amor Gustavo Melz, pelo cuidado e pelas horas de lazer e sono dispensadas para permanecer ao meu lado em mais esta caminhada.

Aos meus amados pais Alba e Edevaldo e aos meus irmãos Lisiane e Everson, pelo amor e compreensão nos meus longos períodos de ausência.

À família Melz, em especial ao Reimundo, à Monica Kunz e à Graziela, por compreenderem a nossa ausência, minha e do Gustavo.

À minha família do coração, Willian Fernandes Luna e Adernanda de Rocco Guimarães, grandes incentivadores para eu iniciasse esta jornada.

Às minhas queridas amigas e companheiras Evelise Klein da Rosa e Sibila Persici, que toleraram minhas ausências com muita generosidade, e que me ensinam a cada dia o prazer de trabalhar em equipe.

Aos amigos e companheiros Cassiane Kerkhoff, Lucia Trajano e Fernando Ritter, pela inspiração, carinho e provocações, que sempre se transformaram em grandes aprendizados.

À minha querida e eterna preceptora Fabiana Tibolla Tentardini, pelo incentivo, confiança e carinho, que me acompanham desde os tempos da Residência Integrada em Saúde.

Às colegas da turma do mestrado, pela troca de experiências de vida, sempre com muita diversão e carinho.

À minha orientadora Cristine Warmling, pela disponibilidade em todas as horas, pelo incentivo, pelo aprendizado e pelo desafio de andar por outros caminhos.

Aos colegas da SMS de Porto Alegre que participaram, direta ou indiretamente, deste estudo e por compartilharem suas vivências e aprendizados.

RESUMO

Introdução Apesar da formulação de estratégias para a qualificação dos profissionais que atuam no SUS e as mudanças curriculares ocorridas nos cursos de graduação em Odontologia questiona-se efetivas transformações nas práticas das equipes de saúde bucal em direção a um modelo de atenção em saúde pautado na integralidade do cuidado. **Objetivos** Este estudo propõe-se a analisar como os processos educacionais vivenciados pelas equipes de saúde bucal que atuam na rede municipal de saúde de Porto Alegre possibilitam o agir em competência para a produção do cuidado em saúde bucal. **Metodologia** Trata-se de um estudo de caso com abordagem metodológica qualitativa. Os dados foram produzidos através da realização de grupos focais com quatro equipes de saúde bucal da rede de Atenção Primária do município de Porto Alegre. O estudo valeu-se da observação participante da pesquisadora nos encontros de educação permanente promovidos pela Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde, no ano de 2013. Os dados foram analisados com a ajuda do programa de análise qualitativa Nvivo. A base referencial teórica de análise do estudo encontra-se em Schwartz (2007) e nos fundamentos epistemológicos da Análise do Discurso. **Resultados e considerações finais** O estudo dos processos educacionais e de trabalho das equipes de saúde bucal do município de Porto Alegre possibilitou ampliar a compreensão sobre o agir em competência para a produção do cuidado em saúde bucal destacando-se três aspectos importantes: o uso do Protocolo da SMS está imbricado ao domínio da dimensão gestonária dos próprios processos de trabalho das equipes de saúde bucal em seus locais de atuação; o agir em competência depende da construção de significados a partir do reconhecimento da prática profissional e da realidade das situações de trabalho; e a educação permanente deve ser entendida como um debate de valores, sendo necessária a reestruturação de espaços que propiciem o debate entre trabalhadores, alunos, serviços, instituições de ensino, SMS, cidadãos, controle social e que consolidem a produção do cuidado em saúde como eixo condutor deste processo.

Palavras-chave: Saúde bucal. Produção do cuidado. Processo de trabalho em saúde. Ergologia. Competências.

ABSTRACT

Introduction: Despite the formulation of strategies to qualify professionals who work in the public health system and the curricular changes occurred in Odontology graduation courses, we question the effective transformations in the practice of oral health professionals, moving towards a health care model ruled by integral care. **Goals:** This study proposes an analysis of how the educational processes lived by the oral health teams that work in the public health system of Porto Alegre (Rio Grande do Sul, Brazil) allow the act in competence to the production of oral health care. **Methodology:** This is a case study with a qualitative approach. Data were acquired through focal groups with four oral health teams of Porto Alegre's public health system. The researcher participated in permanent education meetings promoted by the city's Health Department in 2013. Data were analyzed using a qualitative analysis software, Nvivo. The theoretical basis of the study can be found in Schwartz (2007) and in the foundation of the Discourse Analysis theory. **Results and final considerations:** The study of educational processes and of processes of team work in oral health in Porto Alegre allowed a broader comprehension of the act in competence involved in oral health care. Three aspects were highlighted: the use of the protocol of the Municipal Health Department is imbricated to the knowledge of the processes of team work of the oral health care professionals in their places of work; act in competence depends on building meanings from the recognition of professional practice and the reality of work situations; and permanent education should be understood as a debate of values, and it is necessary to create spaces where workers, students, services, teaching institutions, the Health Department and citizens can debate and consolidate health care as a conductor of this process.

Keywords: Oral Health. Healthcare. Health work process. Ergology. Competences.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária em Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

ATAPS – Área Técnica de Atenção Primária em Saúde

ATSB – Área Técnica de Saúde Bucal

CEO – Centros de Especialidades Odontológicas

CES – Câmara de Educação Superior

CNE – Conselho Nacional de Educação

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DCNAS – Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação da Área da Saúde

DCNO – Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Odontologia

ESB – Equipes de Saúde Bucal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESP – Escola de Saúde Pública

IES – Instituições de Ensino Superior

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

PECO – Programa de Educação Continuada em Odontologia

PMAQ – Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade

PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSE – Programa Saúde na Escola

RAP – Raspagem Alisamento e Polimento dentário

SES/RS – Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNA-SUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Objetivos	14
1.1.1	Objetivo Geral	14
1.1.2	Objetivos Específicos	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	O trabalho e a educação para o trabalho	16
2.2	A formação para o trabalho em saúde	19
2.3	O agir em competência	27
2.4	O agir em competência para a produção do cuidado em saúde bucal.....	35
3	DELINEAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO	40
3.1	Tipo de estudo.....	40
3.2	Cenário de estudo e participantes da pesquisa.....	40
3.3	Produção dos dados	41
3.4	Análise dos dados	43
3.5	Procedimentos éticos	43
4	RESULTADOS	45
4.1	O agir em competência de Jacarandá.....	45
4.2	O agir em competência de Extremosa	54
4.3	O agir em competência de Ipê	61
4.4	O agir em competência de Tipuana	71
5	DISCUSSÃO	82
5.1	O acolhimento sob o olhar da saúde bucal	82
5.2	Protocolos para a produção do cuidado.....	88
5.3	A renormalização conforme o conhecimento da realidade.....	93
5.4	Educação permanente como debate de valores	97
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICE A – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL	111

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	112
ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP.....	114

1 INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) permanece objeto de discussão e luta na sociedade brasileira. Esse Sistema fundamentalmente dinâmico é resultado da constante construção social, histórica e política do país. Reconhece os cidadãos como atores imprescindíveis para sua concretização enquanto política pública que impacte favoravelmente nas condições de saúde da população brasileira, trazendo a saúde bucal como parte integrante e indissociável desta (BRASIL, 1986). A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004a) é parte integrante do processo de consolidação do SUS e seu propósito principal é produzir maior qualidade na atenção à saúde da população.

A PNSB propõe uma série de diretrizes que visam modificar o modelo de atenção à saúde. Seu principal desafio é provocar a transformação de modelos de saúde essencialmente curativos e mutiladores em modelos de atenção integral, visando maior acesso ao cuidado em saúde e fortalecendo a autonomia dos usuários do SUS. Quando as diretrizes da PNSB referem-se ao cuidado e atenção em saúde bucal, consideram como essenciais à reorientação do modelo de atenção da saúde bucal na Atenção Básica (AB): o acesso, a continuidade e integralidade da atenção; a coordenação da atenção; a gestão participativa, o vínculo (BRASIL, 2004; STARFIELD, 2002).

No Brasil, com a ampliação da rede de atenção à saúde bucal pela inclusão das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), através do Programa Brasil Sorridente, houve um significativo aumento da oferta de serviços em todos os níveis da atenção, incluindo serviços hospitalares. Paralelamente à evolução da oferta de serviços públicos de saúde bucal no país, aumentou também a necessidade de mudanças na formação e nas práticas dos profissionais da saúde bucal que venham a corresponder às necessidades de saúde da população. Porém, alguns autores questionam se as diretrizes da PNSB têm sido suficientes para, além do aumento de oferta de serviços, efetivamente promover uma atenção em saúde pautada na integralidade do cuidado (BOTAZZO, 2008; SOUZA, 2008; MOYSÉS et al., 2008).

O direcionamento da PNSB para uma mudança no modelo de atenção em saúde bucal levou à formulação de estratégias de qualificação dos profissionais que atuam nestas equipes. Estes processos vêm ocorrendo, seja através das residências multiprofissionais em saúde, seja através dos cursos de especialização em saúde da família oferecidos pela Universidade Nacional Aberta do SUS (UNA-SUS) (BRASIL, 2010), seja pelas mudanças curriculares instituídas nos cursos de graduação em Odontologia (BRASIL, 2002).

A mudança no olhar e no agir do cirurgião-dentista exige uma formação profissional capaz de desenvolver competências profissionais para cuidar do outro. Schwartz (2007) sugere que a noção de competência leva à investigação acerca do que é requerido na execução de um determinado trabalho. Este autor apresenta em sua teoria o conceito do “agir em competência”, diante da dificuldade de articular as dimensões da experiência humana nas mais diversas situações de trabalho, que na opinião do autor, serão sempre singulares e inéditas.

Compreende-se que, para o cirurgião-dentista desenvolver o “agir em competência” no cuidado em saúde, diferentes elementos devem ser trabalhados e vivenciados durante a sua formação, de forma que posteriormente na atuação profissional consiga estruturar seu processo de trabalho e responda às demandas oriundas da sociedade, produzindo sentido à sua prática.

No município de Porto Alegre, diferentes processos de educação permanente foram instituídos ao longo dos anos, quase todos centrados em capacitações técnicas especialmente voltadas para profissionais de nível superior. Relatos de profissionais que atuam na rede de saúde bucal de Porto Alegre sugerem que nos últimos dez anos poucas iniciativas foram feitas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com o intuito de solidificar uma política de educação permanente para os profissionais da saúde bucal. Podem ser destacados dois processos em andamento nos últimos dois anos: um promovido e realizado pela Área Técnica de Saúde Bucal (ATSB) do município, e outro promovido por uma comissão de cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família do município Programa de Educação Continuada em Odontologia (PECO).

A partir do ano de 2013, a ATSB propôs a unificação destes dois processos que aconteciam, paralelamente, além da ampliação das atividades de educação permanente para todos os profissionais da saúde bucal - incluindo cirurgiões-

dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal -, independente de tipo de vínculo e modelo de atenção (unidade básica tradicional ou estratégia de saúde da família). Ainda, devido à grande ampliação das equipes de saúde bucal nos últimos dois anos, e à necessidade de aproximação da educação permanente com a realidade de cada território, estes encontros foram descentralizados. Cada gerência distrital, dispõe de um encontro mensal de quatro horas para reuniões administrativas e de educação permanente com as equipes de saúde bucal.

Surgiu então o desafio de estruturar uma proposta de educação permanente que contemplasse as diferentes necessidades dos profissionais da saúde bucal e que pudesse ressignificar as práticas destes profissionais sob a ótica do cuidado em saúde. Inserido neste contexto justifica-se este estudo que procura analisar como os processos educacionais vivenciados pelas equipes de saúde bucal que atuam na rede municipal de saúde de Porto Alegre possibilitam o agir em competência para a produção do cuidado em saúde bucal.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar como os processos educacionais vivenciados pelas equipes de saúde bucal que atuam na rede municipal de saúde de Porto Alegre possibilitam o agir em competência para a produção do cuidado em saúde bucal.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever os processos educacionais vivenciados pelas equipes de saúde bucal que atuam na rede municipal de saúde de Porto Alegre.
- Relacionar e compreender os processos educacionais e de trabalho vivenciados pelos cirurgiões-dentistas da rede municipal de saúde de Porto Alegre com o agir em competência dos profissionais.

- Contribuir na proposição de um plano de educação permanente baseado no agir em competência para o cuidado em saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O trabalho e a educação para o trabalho

Ramos (2007) considera o trabalho como uma atividade essencialmente humana para a satisfação de suas próprias necessidades, e pela qual o homem produz a sua própria existência. A autora defende que o processo de formação humana compreende um processo de conhecimento e realização individual, no qual o homem age e se modifica também a partir do próprio trabalho. Trabalho este que ultrapassa a necessidade elementar de subsistência, e que se relaciona intimamente com as relações econômicas e sociais estabelecidas nesta sociedade. Segundo a autora, é aí que se encontra a importância da relação trabalho-educação, uma vez que é a partir dela que se estabelece a formação humana, histórica e socialmente determinada. Considera-se a educação como uma instituição que opera através do humano, com intrínseca inter-relação entre cognição e subjetividade, que pode ser produzida, sujeitada, e essencialmente fabricada no contexto social em que vivemos (FRANCO, 2007). Compreender, portanto, o processo de formação humana, compreende entender de que forma esta relação trabalho-educação se constituiu na sociedade.

Com o nascimento do Estado Moderno ao longo do século XVIII, inicia-se um processo de institucionalização dos serviços públicos tais como saúde, transporte e educação, que vem a culminar na institucionalização da Escola, que passa a exercer um papel social na formação de cidadãos. Contudo, a educação moderna passa a exercer seu papel social conforme demandas e princípios liberais da emergente classe burguesa e de acordo com as necessidades da nova ordem capitalista e das novas relações de produção (RAMOS, 2011).

Neste momento histórico, a escola passa a atuar sobre a inatividade das fases iniciais do ciclo de vida, organizando-se assim o processo de formação para o trabalho, que antes se dava simultaneamente ao exercício do próprio trabalho. Ou seja, o processo de formação foca-se na formação de crianças e jovens para o ingresso no mercado de trabalho (POCHMANN, 2012). Desta forma, a escola, de

acordo com as exigências da sociedade capitalista, ocupou-se da educação da classe trabalhadora, não visando apenas o ato de discipliná-la, mas de conferir ao trabalhador o domínio de um ofício, quando a educação para o trabalho passou a ser sinônimo de formação profissional (RAMOS, 2011).

Para compreendermos a configuração atual do mundo do trabalho, em especial o trabalho no campo da saúde, torna-se necessária a contextualização histórica das transformações ocorridas na sociedade. A partir do final do século XX, o mercado de trabalho sofreu profundas transformações que refletiram diretamente nos sistemas de formação e qualificação profissional (POCHMANN, 2012).

Segundo Pochmann (2012), a partir do século XIX, com a transição de uma sociedade essencialmente agrária para uma sociedade urbana e industrial, surgiram novas modalidades de trabalho que o libertaram da sua condição inicial de atividade humana voltada exclusivamente para a subsistência. Na passagem do século XIX para o século XX, a transição de um capitalismo de pura acumulação de capital para um capitalismo concorrencial gerou a necessidade de se aumentar a produção em grande escala e da melhor forma possível, contribuindo para o surgimento da divisão social e técnica do trabalho. Esta divisão levou à necessidade de formar o trabalhador segundo a especialidade de cada ofício: a educação do trabalhador passa a ser subordinada à necessidade do capital de reproduzir a força de trabalho como mercadoria (RAMOS, 2011).

Com a evolução do modo de produção capitalista, cada vez mais se fragmentou o trabalho na tentativa de se obter um maior controle sobre todas as etapas da produção, consolidando-se o modelo taylorista-fordista. Segundo Schwartz e Durrive (2010), a divisão do trabalho surge como uma necessidade humana e social de normalizar, racionalizar, simplificar todas as leis e combinações que regem os movimentos dos corpos, potencializada pelas necessidades de produção e acumulação de capital do sistema capitalista. Ramos (2007) defende que é a partir desta necessidade que surge a educação profissional, voltada para as necessidades do mercado de trabalho, ao mesmo tempo especializando e limitando as funções do homem no mercado e na sociedade.

Na contramão da qualificação profissional para o domínio de determinadas técnicas, cada vez mais específicas conforme os postos de trabalho ocupados pelos trabalhadores, ocorre também um movimento de desqualificação do trabalhador, uma vez que cada vez mais diminui-se o seu poder sobre a produção e aumenta-se

a intensidade do seu trabalho. A qualificação profissional, nesse contexto, apóia-se em dois sistemas: as convenções coletivas que classificam e hierarquizam os postos de trabalho; e o ensino profissional que classifica e organiza os saberes em torno de diplomas. Ou seja, tanto os padrões de emprego e carreira profissional quanto o conceito de qualificação são derivados do modelo de produção taylorista-fordista (RAMOS, 2007).

Contudo, as mudanças tecnológicas passaram a requerer modelos flexíveis e diferenciados de formação, que viabilizassem o desenvolvimento de um novo perfil de trabalhador, com atitudes críticas e reflexivas em relação ao trabalho em geral. A partir desses novos modelos, o sujeito e o conhecimento por ele mobilizado nas relações de trabalho se tornaram o centro das pesquisas em relação à formação e qualificação profissional.

Quando se analisa o debate em torno do significado do conceito de qualificação ao longo do tempo, há entre diversos autores uma linha conceitual que engloba aspectos que vão desde a formação profissional (certificada através de diplomas) e o reconhecimento e valor social relacionados aos postos de trabalho (através de cargos, carreiras e salários), até os aspectos relacionados ao saber tácito do trabalhador. Porém, duas dimensões no conceito de qualificação merecem ser destacadas: a dimensão conceitual, relacionada à formação teórica e aos diplomas que validam essa formação; e a dimensão social, relacionada à regulação do mercado e dos postos de trabalho, através da classificação de cargos, carreiras e salários (RAMOS, 2011).

Há um consenso entre diversos autores de que as novas tecnologias valorizariam as qualificações tácitas e sociais dos trabalhadores, uma vez que nelas se encontrariam novos elementos que permitiriam a recuperação do saber e da produção pelos trabalhadores. É nesse contexto, que a noção de competências surge, não para substituir o conceito de qualificação, mas para negar algumas de suas dimensões e afirmar outras, em um momento histórico e político de instabilidade econômica nos países que viviam o pós-guerra, com a redução das intervenções do Estado na regulação entre a oferta e a demanda de emprego (RAMOS, 2007; 2011).

Quando o conceito de qualificação dá lugar à noção de competências, alguns aspectos passam a ser valorizados, principalmente aqueles relacionados ao saber-fazer articulando, além da formação do trabalhador, seus atributos pessoais, suas

potencialidades, desejos e valores, resgatando o sujeito como o elemento central para a compreensão do trabalho (RAMOS, 2011).

De acordo com os autores apresentados, pode-se dizer que, tendo o trabalho em saúde se constituído dentro da sociedade capitalista e acompanhado os processos de transformação do mundo, a formação para o trabalho em saúde compartilha desde suas origens o mesmo processo histórico. A estruturação dos processos educativos para formação de competências profissionais para as diversas profissões do campo da saúde acompanhou a evolução das necessidades do mercado de trabalho e da sociedade. As instituições formadoras tornaram-se responsáveis pela formação destes profissionais, de acordo com os preceitos macroeconômicos e sociais vigentes.

Contudo, o trabalho em saúde - compreendido como uma atividade que se destina a cuidar do outro, na qual a atenção se volta para as necessidades do ser humano -, apesar de se constituir dentro de uma sociedade capitalista, não é uma atividade cujo fim é o acúmulo de capital (RAMOS, 2007). Schwartz e Durrive (2010), quando se referem ao trabalho nas situações mercantis, alertam que apesar de ser uma atividade que se troca por dinheiro, ela transpõe o sentido mercantil; em qualquer que seja a situação de trabalho, sempre há uma negociação de valores. O ser humano sempre tenta recompor o trabalho em função do que ele é e do que gostaria que fosse o universo que o circunda. Neste sentido, o trabalho em saúde seria capaz de produzir, além de produtos concretos, produtos imateriais, como informações, ideias, relacionamentos, afetos - ou seja, produz subjetividades que podem transformar a realidade daqueles que necessitam de cuidado (HARDT, NEGRI, 2005).

2.2 A formação para o trabalho em saúde

Reconstituindo-se os conceitos que historicamente fundamentaram o desenvolvimento da medicina e das demais profissões de saúde, percebe-se que a forma de se produzir cuidado em saúde está diretamente relacionada às concepções que o binômio saúde-doença adquiriu ao longo dos anos. Do nascimento da medicina moderna no século XVIII, que possibilitou a organização do saber médico

baseado em uma linguagem racional e científica, até os dias atuais, ocorreram profundas modificações no modo de conceber, diagnosticar e tratar as doenças e males que acometem os homens (FOUCAULT, 2011).

A configuração da doença tal qual a concebemos hoje se deu a partir de uma construção e evolução histórica de saberes e racionalidades. No século XVIII, no período da então medicina classificatória, considerava-se que para se obter o sucesso da cura, era necessário o pleno domínio da doença, direcionando o olhar do médico a esta, e não àquele que sofre (FOUCAULT, 2011). Nessa perspectiva, tanto o profissional quanto o doente eram considerados como elementos confundidores, difíceis de evitar, e deveriam; portanto ser neutralizados, distanciados o máximo possível para que se conseguisse chegar à configuração ideal da doença e, assim, possibilitar a cura, configurando-se aí o distanciamento do profissional de saúde do ato de cuidar do outro.

Com o conhecimento científico adquirido sobre as doenças e a necessidade de distingui-las nas suas qualidades, o olhar do profissional volta-se então à percepção das suas singularidades, exigindo um olhar qualitativo para a relação entre o processo patológico e as reações encadeadas no organismo humano. Na medicina das espécies, a doença passa a ser compreendida na sua relação com o corpo humano e o seu contexto social, conferindo-lhe singularidades. Da articulação entre a medicina classificatória e a medicina das espécies, nasce um novo solo para a medicina, com a complexidade das relações entre o espaço social e a doença (FOUCAULT, 2011). Passa-se a considerar o contexto social no desenvolvimento da doença e a acreditar que a doença deveria ser tratada no ambiente natural do indivíduo, surgindo a medicina da percepção individual, da assistência familiar, dos cuidados em domicílio, que só poderia encontrar apoio em uma estrutura coletivamente controlada, possível então somente com a atuação do Estado (FOUCAULT, 2011).

Neste período, a escola passou a ser um local fundamental para o exercício da medicina social preventiva e o bom desenvolvimento do trabalho médico prescindia de possuir competências para abranger filosoficamente o conjunto das ciências relacionadas com a pedagogia. A medicina social preventiva passou a ser considerada inconcebível sem a educação, bem como a educação era inconcebível sem a incorporação dos avanços da ciência, representada pela medicina. Proliferou-se os discursos médicos sobre a inter-relação entre a medicina e a educação e não

somente a medicina estendeu seu conhecimento científico para o campo da educação, mas a educação também contribui significativamente para a constituição da prática e dos saberes médicos (STEPHANOU, 2006).

A partir do processo de institucionalização dos serviços públicos iniciado pelo Estado Moderno, a estruturação de Políticas Públicas torna-se necessária para atender às novas necessidades e demandas da sociedade, considerando todas as dimensões macro políticas e econômicas do final do século XX. Tratando-se das políticas de saúde brasileiras, tivemos como marco histórico a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS), através das leis orgânicas da saúde de nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990. No Brasil, a saúde passa a ser constitucionalmente afirmada como um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1990a; 1990b).

Embora tardiamente, apenas no ano de 2004 se consolidou também a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no Brasil, reafirmando o princípio de que a saúde bucal é parte integrante e indissociável da saúde dos indivíduos (BRASIL, 1986). Suas diretrizes, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), trouxeram princípios considerados essenciais à reorientação do modelo de atenção para um modelo cujo eixo principal seja o cuidado em saúde: acesso, continuidade e integralidade da atenção, coordenação da atenção, gestão participativa e vínculo (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; BRASIL, 2012; STARFIELD, 2002). Dessa forma, a PNSB tem como proposição a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal e traz também a necessidade de repensar a formação dos profissionais de saúde bucal no País, sob a perspectiva do cuidado.

Pinheiro e Mattos (2009) defendem a definição de cuidado como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como o direito de ser. Para esses autores, a ideia do cuidado como valor compreende a saúde como um bem comum, reconhecendo o modo como o homem organiza a sua vida, tanto na esfera privada quanto na comunidade, adquirindo um valor ético-político que nos exige uma responsabilidade coletiva com a afirmação da vida. Ainda, o pressuposto do cuidado com um valor significa dar-lhe sentido, reconhecendo o conjunto de escolhas e opções humanas que dão sentido à sua existência. Para Merhy (2013), como no mundo do trabalho em saúde a principal finalidade é a produção do cuidado, esta adquire configurações e significados distintos e em disputa entre indivíduos e coletivos sociais.

A constituição do SUS se deu com disputas e embates de diferentes interesses, muitas vezes conflitantes e permeados por influências políticas, subjetivas, econômicas e sociais, em uma sociedade capitalista. As consequências do modo de produção capitalista sobre o trabalho humano, através da divisão técnica e social do trabalho, acabaram comprometendo o caráter humanizador do trabalho (FARIA, ARAÚJO, 2010). Isto também impactou sobre o trabalho no campo da saúde e no SUS. Dentre os componentes do ato de produção do cuidado em saúde, Merhy (2013) destaca que prevaleceram as dimensões duras (no uso de máquinas, equipamentos, procedimentos e demais estruturas físicas onde o ato de cuidado se realiza) e leve-duras (os saberes clínicos, epidemiológicos, pedagógicos, entre outros), sobre as tecnologias leves/relacionais.

O campo da saúde e especialmente a clínica, sofreu as consequências da fragmentação do trabalho. Algumas profissões da saúde adquiriram caráter mais intelectual do que outras, e os trabalhadores não se apropriam de todas as etapas do processo de trabalho, neste caso, de todas as etapas necessárias para a produção do cuidado (RAMOS, 2007). Cunha (2010) observa ser bastante peculiar o rumo da saúde coletiva em direção à clínica no Brasil. Diferentemente de outros países, a discussão sobre a gestão do trabalho dos profissionais de saúde e o trabalho em equipe vem ganhando crescente importância. Contudo, segundo esse autor, apesar das mudanças de modelo de atenção com critérios de adstrição de clientela, da ênfase no trabalho em equipe e no foco da gestão mais para resultados do que procedimentos, nem sempre a transformação da clínica, sob a ótica do cuidado, tem acontecido. O trabalho em equipe, ao mesmo tempo necessário para a produção do cuidado, também se constitui um desafio à medida que a própria formação dos trabalhadores da saúde carece de vivências que extrapolem a interação das diversas categorias profissionais como uma infinita cadeia de produção de procedimentos isolados e desarticulados.

Para acompanhar as mudanças no mundo do trabalho e as novas necessidades do sistema de saúde brasileiro, a formação para a área da saúde deveria reestruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de acolher as necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM, FEUERWERKER, 2004). Desde que o SUS se constituiu como uma conquista social, a educação na saúde vem sendo defendida como uma prática corriqueira e legítima para a transformação do modelo de atenção. Porém,

embora se tenha investido em educação desde que se instituíram os princípios da reforma sanitária brasileira, tem sido frequente a constatação entre gestores e trabalhadores da área da saúde que seus impactos nos serviços não têm sido notados (FRANCO, 2007).

A homologação das Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde (DCNAS) pelo Ministério da Educação (MEC) a partir de 2001 incluiu a homologação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Odontologia (DCNO), através do Parecer nº CNE/CES 1300/01 e da Resolução CNE/CES nº 3 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2001; 2002). Nessas diretrizes, estabelecem-se uma série de competências e habilidades gerais e específicas cujo objetivo é que “a formação do cirurgião-dentista contemple o sistema de saúde vigente no País, a atenção integral da saúde [...] e o trabalho em equipe” (BRASIL, 2002).

Alguns autores destacam que a pedagogia das competências destaca-se como principal fundamento pedagógico nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais, assim como em outros documentos que tratam da formação dos profissionais de saúde, incluindo a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007). Apesar de se reconhecer aspectos importantes da pedagogia das competências para a democratização do ensino, esse fundamento pedagógico das DCNAS poderia reforçar a “racionalidade técnico-instrumental da formação em saúde, amplamente disseminada pelo discurso biomédico [...], em detrimento da atuação política dos trabalhadores (PEREIRA, LAGES, 2013, p.8)”.

Um estudo realizado por Mattos (2006) aponta que mesmo as novas DCNO reorientando a graduação em Odontologia para a formação de um profissional generalista, a atuação clínica no contexto das especialidades odontológicas ainda predomina como ideal de prática entre os docentes. Apesar de estabelecer que a formação do cirurgião-dentista contemple o direcionamento para o trabalho em equipe, permanece o risco das concepções das DCNO serem compreendidas como uma “mera ampliação do consultório odontológico para incorporar as diversas especialidades e com isso valorizar a Clínica Integrada” (MATTOS, 2006, p.73). Ao mesmo tempo em que as DCNO apontam para uma maior integração da Odontologia com o campo da saúde em geral, também restringem o papel do cirurgião-dentista à prática clínica e a um “eventual protagonista nos processos de trabalho em equipes de saúde” (MATTOS, 2006, p. 77). Dificuldades de

implementação das DCNO podem estar relacionadas à existência de uma cultura voltada para a especialização, supostamente reforçada pelos docentes e pela fragmentação existente entre as disciplinas dentro da própria universidade. As DCNAS ainda mantêm definições de conteúdos que recordam características do antigo Currículo Mínimo, que precedeu as DCN, o que poderia explicar, em parte, a circunscrição das competências gerais do cirurgião-dentista na equipe de saúde na atuação exclusivamente restrita ao seu âmbito profissional, centrada nas habilidades exclusivamente odontológicas (MATTOS, 2006). Um estudo realizado por Fadel e Baldani (2013) com formandos de um curso de graduação em odontologia de uma universidade estadual aponta para grande valorização pelos estudantes das disciplinas clínicas em relação às práticas de estágio no SUS, atividades de extensão e pesquisa.

Quanto à formação por competências, Lima (2005) destaca a existência de três relevantes abordagens do conceito de competências no campo da educação: do entendimento da competência como uma série de atributos pessoais, passando pela vinculação de seu conceito com a capacidade de executar determinadas atividades e tarefas, até a noção de competência dialógica, que articularia as duas primeiras abordagens. A abordagem dialógica reconhece a inter-relação da história das sociedades e da formação dos indivíduos com os interesses implicados nos processos educacionais de acordo com as transformações ocorridas no mundo do trabalho. As mudanças nas políticas nacionais de saúde e educação nos últimos anos, que culminaram nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), e na orientação dos currículos por competências, implicaram na necessidade, especialmente na área da saúde, de introduzir os estudantes na realidade dos serviços já nos primeiros semestres dos cursos de graduação.

A integração ensino-serviço torna-se primordial para o desenvolvimento de habilidades e de elementos considerados constitutivos de competências. No entanto, muitas dificuldades são encontradas nos processos de integração, como observou Mattos (2006) em seu estudo. Para alguns coordenadores e professores de Odontologia o SUS não se constitui como um bom cenário de aprendizado, funcionando muitas vezes como uma barreira ao aprendizado do aluno. São afirmações que não possuem argumentação teórica e “ficam diluídas em suposições baseadas em frágeis evidências empíricas” (MATTOS, 2006, p. 84), sugerindo um possível desconhecimento por parte de alguns docentes sobre o Sistema Único de

Saúde. Para docentes e coordenadores do curso a inserção do cirurgião-dentista na saúde pública é vislumbrada apenas como uma perspectiva de novos campos de trabalho e não como uma estratégia de desenvolvimento de competências desejáveis para as práticas em quaisquer cenários.

Segundo Emmerich e Castiel (2009, p.343), é nos estágios acadêmicos que “pode estar se constituindo o grau mais elementar da formação biotecnologista do cirurgião-dentista e do sentido da prática profissional na atualidade”. Esse sentido, segundo os autores, “nada mais é do que uma forma complexa de consciência: não existe em si, mas sempre possui um objeto de referência, é a consciência de que existe uma relação entre as experiências”. Presume-se que as experiências vivenciadas por este acadêmico se tornam objeto de referência e produzem um sentido à prática profissional. Demarca-se a importância da produção desse sentido já durante a formação do cirurgião-dentista. O exercício de uma clínica odontológica voltada para a integralidade do cuidado, baseada na necessidade social e epidemiológica da população, passa a ter sentido a partir da “consciência do indivíduo que se individualizou num corpo e se tornou pessoa por meio de processos sociais” (EMMERICH, CASTIEL, 2009, p.343).

O ensino no campo da saúde por muitos anos vem sendo estruturado sobre o conceito de que o aprender científico em saúde corresponde ao domínio de saberes acerca da biologia humana, da biologia das doenças, dos procedimentos diagnósticos e dos procedimentos terapêuticos ou de prevenção e educação em saúde. Salienta-se que nem as questões de saúde e nem a qualidade de vida dependem apenas dessas ciências, uma vez que estas questões devem ser debatidas na coletividade, tendo o ser humano como foco principal (CECCIM, 2012). Cunha (2010) atribui a centralidade do trabalho em saúde nos procedimentos, exames e medicalização excessiva à formação da maior parte dos profissionais de saúde centrada no ambiente hospitalar. Contudo, enfatiza o autor, essa centralização fica extremamente abalada quando esse profissional se insere na prática da Atenção Básica, dada a complexidade de articular as “intervenções terapêuticas com as ‘intervenções’ da vida (CUNHA, 2010, p.26)”.

Ceccim indica que apesar de existir desde 1940 uma tentativa de se desvincular o conceito de saúde do conceito de ausência de doença, a grande maioria dos estudantes da área da saúde “acreditam que a intervenção biocientífica individual será capaz de proporcionar solução ou alívio, em especial se o profissional

for bom e atencioso (CECCIM, 2012, p.269)”. Uma pesquisa realizada com cirurgiões-dentistas que atuavam na ESF de diferentes municípios do Rio Grande do Norte mostrou que o perfil de profissional “paciente e solidário” foi identificado como um dos fatores imprescindíveis ao trabalho na ESF, além da necessidade de um “conhecimento amplo e multidisciplinar, habilidade para atender diferentes tipos de demandas e gostar de trabalhar com comunidades pobres (ARAÚJO, DIMENSTEIN, 2006, p. 226.)”.

Porém, quando se trata de trabalho em saúde, algumas peculiaridades devem ser observadas, uma vez que se situa em um cotidiano de “encontros subjetivos e embates de interesses”, onde, “ao mesmo tempo que produz cuidado, produz também cuidadores” (FARIA, ARAÚJO, 2010, p. 433). Cunha (2010) defende que há inúmeros determinantes que constituem o profissional de saúde, internos e externos a ele, e que não há preponderância de um ou de outro, uma vez que reconhece a capacidade de cada indivíduo de produzir-se singularmente.

No imaginário das profissões de saúde no Brasil, especialmente nos cursos de medicina, odontologia e psicologia, permanece a ideia que “aprende-se com os pobres, oferta-se ambiência no consultório privado, adquire-se prestígio e mérito em serviços-escola e acumula-se nobreza técnica ao estabelecer atuação em ambientes de alta tecnicidade” (CECCIM et al., 2008, p. 1577). Para esse autor, o imaginário dessas profissões perpassa por um ideário liberal-privatista e, nos processos de ensino da saúde, desenvolvem-se raríssimas estratégias de se desestabilizá-lo.

A fragmentação do conhecimento reforçada pelos cursos de educação superior na área de conhecimento da saúde constitui-se em um dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento deste imaginário nos profissionais da área da saúde, território de profissões fortemente regulamentadas, de grande rivalidade pela reserva de mercado, de forte disputa no domínio privativo de competências profissionais e de concorrência pelo prestígio nas ocupações (CECCIM, 2012).

Ramos (2011) ressalta que a influência da psicologia construtivista sobre a educação profissional seguiu uma tendência de sobrevalorizar o desenvolvimento de atributos individuais sobre o social. Porém, sobre a formação para o trabalho em saúde, especialmente para o trabalho no Sistema Único de Saúde, Ceccim questiona: “se nos processos de formação não se configura uma alma orientada pelo efetivo compromisso com o acolhimento das pessoas e suas histórias de vida [...], como será possível antever implicação pública?” (CECCIM et al, 2008, p.8).

Entende-se que a saúde se beneficia dos processos educacionais à medida que aceita que a educação possa contribuir na produção de sujeitos, “entendidos como coletivos com capacidade de intervir na realidade com o objetivo de transformá-la (FRANCO, 2007, p. 430)”. Segundo esse autor, uma aposta que vem sendo considerada para a superação dos entraves relacionados à mudança do modelo de atenção, visando o cuidado integral, é de que a mudança passa, necessariamente, pela constituição de novos sujeitos e de novas subjetividades, a serem despertadas também no interior dos serviços de saúde, de forma que estes passem a se constituir como Unidades de Produção do Cuidado, sendo, portanto, ao mesmo tempo, Unidades de Produção Pedagógica.

2.3 O agir em competência

As modificações ocorridas no entendimento humano do que se considera trabalho se referem ao processo ocorrido, mais especificamente a partir de 1980, de desvinculação da figura do homem operário da relação com as máquinas, imagem até então associada a uma característica do período da revolução industrial. A partir do momento em que o próprio trabalho se modifica com o surgimento de outros setores na economia, modifica-se também o que é requerido do homem no trabalho, quando então se fortalece o conceito de competências. Para compreender a noção de competências é necessário, antes de tudo, aproximar-se do trabalho e do trabalhador para observar como cada indivíduo vive e tentar recriar sua situação de trabalho, minimizando-se o risco de interpretações e julgamentos nem sempre positivos (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

Ao mesmo tempo em que se ampliam novos setores na economia, surge um paradoxo onde é exigida do trabalhador maior capacidade de iniciativas e responsabilidades, e se aumenta também o desenvolvimento de prescrições, de restrições e de regulamentações das atividades a serem desenvolvidas. Portanto, devemos compreender essas mudanças entendendo que as situações de trabalho sempre estão situadas dentro de relações econômicas, em que as exigências e formas de regulação continuam a pesar (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

O trabalho compreendido enquanto atividade humana pressupõe que não há

nenhuma situação de trabalho que não seja transformadora ou de tentativa de transformação, uma vez que a ideia de atividade remete a um “fazer de outra forma”, ou seja, um “trabalhar de outra forma” (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p. 35). Toda situação de trabalho contém as questões da sociedade, com seu debate de valores, assim como cada trabalhador assume a sua posição perante essa sociedade e perante os seus próprios valores, através da sua maneira de trabalhar. E é aí que consiste o paradoxo, de que toda prescrição de atividades a serem desenvolvidas por um trabalhador nunca será suficiente para dizer exatamente o que cada indivíduo fará em seu posto de trabalho (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010). Lima (2005) vai ao encontro desta ideia ao afirmar que a competência não pode ser visualizada diretamente, mas pode-se analisá-la pelo desempenho na execução de determinadas tarefas. Esse autor defende que o conceito de competência profissional agrega um conjunto de desempenhos, ou de áreas de competências, segundo contextos e padrões pré-determinados.

Diante das questões apresentadas, Schwartz e Durrive (2010) propõem para análise da atividade de trabalho o conceito de agir em competência. Algumas proposições gerais são destacadas pelos autores, que as referem enquanto proposições especificamente ergológicas para delinear o entendimento sobre a atividade humana. A primeira proposição da ergologia é que em qualquer que seja a situação entre o trabalho a ser executado e a realidade deste trabalho, haverá sempre uma distância, o que se denomina de “a distância entre o prescrito e o real”. A segunda proposição afirma que essa distância é sempre parcialmente singular, ou seja, podemos levantar hipóteses e tendências sobre ela, mas sempre serão insuficientes para determinar qual realmente será essa distância. Como terceira proposição os autores remetem ao que denominam de “atividade do corpo-si”, onde defendem que existem no exercício de qualquer atividade, escolhas feitas pelo trabalhador que vão além das escolhas ao nível da consciência e que atravessam o intelectual, o cultural e o fisiológico, incluindo a mobilização do próprio corpo, física e neurologicamente. Por fim, a quarta proposição é o debate de valores, ou seja, as pessoas fazem suas escolhas, conscientes ou inconscientes, através do debate de valores consigo mesmas e com valores que são de ordem social.

Neste sentido, segundo Schwartz e Durrive (2010, p. 141): “no que concerne às competências, querer colocá-las em palavras, de forma exaustiva, é uma ilusão, mas não tentar fazê-lo seria impedir que estas fossem reconhecidas”. Para isso, os

autores apoiam-se nos fundamentos da ergologia, defendendo que é necessário analisar mais atentamente as situações reais de trabalho para melhor conhecê-lo e, assim, poder intervir sobre ele.

Schwartz (2007) afirma que a noção de competências engloba três elementos fundamentais: a apropriação de certo número de normas antecedentes, que estrutura toda a situação de trabalho; o domínio (relativo) daquilo que uma situação pode ter de inédito; e a capacidade de gerir o inédito, quando a pessoa é remetida a tomar decisões. São esses elementos que, segundo o autor, expressam a dificuldade de definirmos o conceito de competências, uma vez que se tenta definir competências não para o trabalho, mas sim para situações de trabalho. Dessa forma, o autor nos traz então o conceito do agir em competência, dada a dificuldade de articular todas as dimensões (heterogêneas) da experiência humana, que não são mensuráveis, em uma determinada (e imprevisível) situação de trabalho. Para melhor compreensão de todos os elementos envolvidos no agir em competência, o autor os define como uma série de ingredientes que se articulam entre si no agir em competência de cada indivíduo, em cada situação de trabalho.

Ingrediente 01: O uso de protocolos

O primeiro ingrediente de uma competência é o relativo domínio dos protocolos em uma situação de trabalho. Relativo, pois autor defende que não é possível dominar completamente todo o conhecimento científico, técnico, de ordem econômica, gestonária, jurídica, lingüística, ou seja, toda uma série de saberes que se enquadraria em uma determinada situação. Porém, é necessário certo domínio, um conhecimento técnico adquirido previamente, para que um profissional possa agir em competência em qualquer situação de trabalho apresentada (SCHWARTZ, 2007).

Quando Schwartz e Durrive (2010) refletem sobre a concepção de tecnologias para o trabalho, discordam da ideia difundida que as técnicas seriam neutras, e afirmam que estas são o “reflexo de escolhas sociopolíticas, e conseqüentemente exprimem de certo modo discriminações de toda natureza: sexuais, sociais e culturais” (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p. 62). Defendem que, para trabalhar, é

necessário que haja um prescrito, um conjunto de objetivos, regras e procedimentos que deem conta de atingir os resultados esperados e a maneira de obtê-los. Afirmam que é a sociedade quem os prescreve, o que indica que a atividade de trabalho permite a cada indivíduo se produzir como ser social, porém, este processo não resulta de uma simples aplicação do prescrito, uma vez que as situações reais são sempre diferentes daquilo que foi antecipado pela técnica.

Ingrediente 02: o conhecimento da realidade

Não é possível dominar uma técnica e sua história sem compreender como ela funciona em situações reais. Para o desenvolvimento dessa competência, é necessário um certo tempo, cuja duração depende de cada indivíduo e de cada situação. Essa competência é adquirida a partir da vivência do profissional em seu local de trabalho, que gera nele a impregnação de uma série de conhecimentos "não protocolares" que passam inclusive pelo seu corpo, pelas sensações que cada situação vivida lhe proporciona, ou seja: "é tudo aquilo que faz viver as técnicas" (SCHWARTZ, 2007; SCHWARTZ, DURRIVE, 2010). Cada um desses conhecimentos adquiridos irão interagir entre si para que o profissional execute determinada função ou tarefa com bom desempenho.

O segundo ingrediente de uma competência é a capacidade de se deixar impregnar pelo que tem de histórico em cada situação de trabalho. É o agir em competência a partir do conhecimento histórico de cada elemento envolvido em uma determinada situação de trabalho, a partir da contextualização de cada situação vivenciada, que passa por todas as sensações humanas e por tudo o que é registrado pelo corpo e pela memória do trabalhador. Para isto, é necessário que o trabalhador conheça de fato o seu trabalho e o trabalho do coletivo onde está inserido, uma vez que, além dos procedimentos formais prescritos, ele partilha com este coletivo as regras informais de funcionamento, que só podem ser construídos ao longo do tempo (SCHWARTZ, 2007; SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

O trabalho não é jamais feito sem a confrontação do trabalhador e o momento particular no qual ele tem que encontrar uma solução, com toda a sua história. Apesar disto, os efeitos dos conhecimentos adquiridos pelo trabalhador através do

tempo e da experiência de trabalho, são pouco aparentes porque não são visíveis, e frequentemente levam à ilusão de que se pode conduzir uma atividade única e exclusivamente através de protocolos bem delineados técnica e cientificamente. O que os autores defendem é que a articulação entre o relativo domínio dos protocolos e o conhecimento adquirido pelo trabalhador no exercício da atividade produz sempre modos diferentes de trabalhar, modos de inventividade humana, ligados a valores que mobilizam as pessoas a encontrar maneiras de gerir as variabilidades que as situações de trabalho apresentam (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

Ingrediente 03: a capacidade de articular o protocolo com a realidade

A técnica não é apenas a aplicação de uma ciência, ela sempre pretende transformar o meio em função de si. Compreender o uso de técnicas é compreendê-las ao mesmo tempo como protocolos a serem seguidos e como a necessidade de gerenciar uma situação que ninguém experienciou antes de você, exatamente nas mesmas condições: “utilizar uma técnica supõe por um lado, seguir operações predefinidas, e por outro, certa dose de reinvenção local (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p.87)”. Trabalhar é gerir variabilidades que são ao mesmo tempo técnicas e humanas (econômicas, jurídicas, políticas, subjetivas), o que se denomina como “dimensão gestonária do trabalho” (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p. 94).

Como terceiro ingrediente de uma competência, Schwartz (2007) propõe a capacidade de articular o que é protocolar com o que é singular em cada situação de trabalho. Trata-se da aplicação propriamente dita das técnicas e protocolos, permanentemente ajustadas ao que tem de singular em cada situação vivida: “a técnica é, sobretudo, uma escolha, uma inscrição em uma vivência” (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p. 116).

O desempenho técnico sem os homens que pensam, que fazem a sua gestão, não é possível, uma vez que para que todas as potencialidades da técnica sejam efetivadas, sempre é necessário abrir espaço para a atividade humana, para o conhecimento advindo da experiência (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010). Segundo esses autores, para cada técnica existem vários usos possíveis, e a sua utilização depende do modo como os trabalhadores irão se apropriar dela: “a renormatização é

um retrabalho permanente das normas antecedentes e uma produção de normas na própria atividade” (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p. 79). Constatar que os trabalhadores “se apropriam, mascaram, transgridem e reinventam novas normas”, significa constatar que há vida neste trabalho, que se manifesta através do uso de uma inteligência individual e coletiva, onde o trabalho é adaptado pelo trabalhador a si mesmo (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p.81).

Colocar em operação uma técnica é fazer escolhas, e mais do que isso, valorizar algumas escolhas em detrimento de outras, sem poder afirmar previamente quais os valores definitivos para essa tomada de decisão. É necessário ao trabalhador estabelecer um vínculo entre a técnica e os próprios valores, a fim de dominá-la e se apropriar dela para utilizá-la eficazmente em sua atividade de trabalho (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

Ingrediente 04: o uso de si por si

O uso de si por si é o uso que o homem faz de seu corpo, de sua inteligência, de sua história, de sua sensibilidade e de seus gestos. Esse uso do corpo pode ser aprendido através da capacidade do homem de formalizar a sua experiência e transmiti-la, podendo também ser de certa forma prescrita. Porém, também que há uma parte do uso do corpo que não é formalizável, transmissível, e que depende da maneira singular de fazer uso desse aprendizado (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010). Ou seja, para estes autores, é na efetivação de uma atividade de trabalho que se manifesta a dialética do uso de si por si, da maneira pela qual o homem faz uso dele próprio em função dele mesmo e daquilo que lhe demandam.

Da mesma forma Schwartz e Durrive (2010) afirmam que, no desenvolvimento de qualquer atividade, o corpo humano sempre está presente, mesmo quando imaginamos não utilizá-lo. Ou seja, estão envolvidos na atividade todo o tipo de sentimentos, circuitos fisiológicos, aprendizagens, lembranças, esquecimentos programados, tudo o que envolve a nossa memória corporal, emocional e intelectual. Quando os autores afirmam que utilizamos nosso corpo para toda e qualquer atividade, significa que utilizamos também nossa inteligência, nosso sistema nervoso, nossa história, que vão interferir diretamente na forma que enfrentamos as

mais diversas situações de trabalho, conscientemente ou não. Defendem que esse modo de olhar para a atividade humana pode transformar muitas coisas na situação de trabalho e para além das situações de trabalho, nas próprias situações de vida do trabalhador.

O agir em competência é profundamente determinado por aquilo que pode valer para uma pessoa como meio de trabalho, como um meio de trabalho que esteja relacionado com o seu projeto de vida, e que seja coerente com certo número de normas de vida. Ou seja, é um debate de normas onde é possível que esta pessoa transforme o seu meio de trabalho em parte do seu meio de vida. Isso implica aceitar que o trabalho não se reduz ao que é prescrito, técnico, protocolar, e que existe um trabalho real, que é muito singular de cada indivíduo e da forma como ele relaciona as normas instituídas pelo trabalho com as suas normas instituídas de vida, que envolvem o uso de si por si (SCHWARTZ, 2007).

Ingrediente 05. O debate de valores

É difícil colocar em palavras aquilo que os trabalhadores fazem, uma vez que há valores “que atravessam o micro da atividade, assim como atravessam toda a sociedade (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p. 71)”. Os valores que explicam o porquê uma pessoa realiza uma atividade de uma determinada maneira e não de outra são ao mesmo tempo pessoais e socializados. Schwartz (2007) também defende que toda situação de trabalho traz consigo um debate de valores, onde cada indivíduo coloca sua posição em relação às questões da sociedade em que vive em cada ato realizado. Ou seja, cada escolha de valores se confronta diretamente com as políticas: econômicas, de serviço público e de saúde. Para esse autor, a partir do momento em que o meio tem valor para o trabalhador, todos os demais ingredientes de uma competência poderão ser potencializados.

Portanto, esse ingrediente está intimamente relacionado com o ingrediente quatro, uma vez que se refere à relação com o saber e os desejos do trabalhador, o com o uso de si por si, que podem refletir na busca por aprendizagens e mais qualidade no trabalho (TRAJANO, CUNHA, 2012). Todo processo de formação supõe um projeto de vida como pano de fundo, e que não é possível iniciar-se na

técnica pela técnica, sem saber onde e em que condições vamos aplicá-la no futuro. Dessa forma, os autores defendem que a escolha de dominar um certo conhecimento está relacionada aos projetos que fazemos para a nossa vida, que sempre possui uma dimensão coletiva e social (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

Ingrediente 06: o trabalho em equipe

A sociedade é informacional, necessita da comunicação, onde toma importância o trabalho em equipe e o estabelecimento de todas as formas de comunicação possíveis entre os trabalhadores. Porém, a necessidade comunicacional remete à necessidade de sempre se reinventarem novas formas de atividades uma vez que os dispositivos técnicos nunca determinam por si só os circuitos e os modos de comunicação e troca entre os trabalhadores. Nos mais diversos ambientes de trabalho, a reinvenção local de uma técnica passa por coletivos que se desenham em função das atividades, o que ele denomina de “entidades coletivas relativamente pertinentes (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p.89)”. Essas entidades coletivas se desenham fora dos organogramas das instituições, através da criação de laços entre pessoas que compartilham valores, que se reorganizam de forma a manter a unicidade do coletivo e a permitir eficácia no desenvolvimento das atividades que lhe são requeridas pelas instituições. Existe uma dimensão coletiva de toda atividade individual de trabalho, é a forma como funciona o coletivo que autoriza e torna possíveis essas atividades de cada membro de uma equipe. Ou seja, cada um faz uso de si mesmo em função do coletivo, o que denominam de “dialética do uso de si pelos outros” (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p. 77).

Para estabelecer um trabalho de equipe é necessário trabalhar mais profundamente o conceito de atividade. Compreender seu meio de trabalho significa compreender não somente a atividade das pessoas que trabalham com você, mas também compreender a organização da instituição e como ela se governa, reconhecendo que em todos os níveis hierárquicos também se trabalha. Dessa forma, cada um redescobre o seu próprio trabalho e compreende como se insere na atividade dos outros, na vida em sociedade. Para isso, é necessário “reconhecer

nossos semelhantes no trabalho como seres vivos enigmáticos, não como meras máquinas de execução. A vida ultrapassa os conceitos, os procedimentos (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010, p.137)”. As entidades coletivas relativamente pertinentes se desenham através da criação de laços entre pessoas que compartilham valores, e é isso também que torna os conjuntos técnicos, ou os procedimentos e protocolos, eficazes. São relativamente pertinentes porque, se as pessoas mudam, não é evidente que se criem os mesmos laços e os mesmos conhecimentos, saberes e ajudas mútuas (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

2.4 O agir em competência para a produção do cuidado em saúde bucal

Historicamente não vem sendo exercitada no ambiente acadêmico da formação em Odontologia, apesar das novas DCNO, a prática do exercício profissional que englobe uma atuação interdisciplinar e multiprofissional (WARMLING; BOTAZZO; MARZOLA, 2012). Embora mudanças tenham sido propostas, a odontologia ainda não conseguiu vencer a barreira do paradigma preventivista, e as mudanças propostas na PNSB não encontram no cotidiano dos serviços uma nova forma de exercer o cuidado em saúde bucal. Quando se discute a integralidade no cuidado à saúde, omite-se a questão do por que e como os homens adoecem, dando-se ênfase a como poderiam ser mais bem tratados, ignorando-se, o fato de que o conhecer e o conhecer a si mesmo é também um meio terapêutico poderoso (BOTAZZO, 2008).

O referencial da bucalidade afirma que a saúde bucal não se esgota na sua forma clínica, “pois não dá conta de uma abrangência epistemológica de infinitas possibilidades no propósito de recuperar o homem por inteiro (EMMERICH, CASTIEL, 2013, p.51)”. Para estes autores, a ultrapassagem para um outro modo de se pensar a cavidade bucal, com uma outra teoria sobre o adoecimento com uma outra concepção de clínica odontológica, ampliada, onde o olhar e a mão do dentista passem a ser conduzidos pelas funções bucais (biológicas, sociais e psíquicas), seria o passo fundamental para cumprir uma das etapas da produção do cuidado integral em saúde (BOTAZZO, 2008).

Entender que estão presentes na relação terapêutica outras instituições

sociais assim como outras pessoas, que constituem a história afetiva dos sujeitos envolvidos, é compreender que “o sujeito que se apresenta para a clínica é ao mesmo tempo um indivíduo e vários coletivos” (CUNHA, 2010, p.45). Para este autor, o desafio é construir na Atenção Básica diferentes padrões e afetos, onde os profissionais possam se apaixonar mais pelos sujeitos e seus movimentos terapêuticos do que pela ilusão do diagnóstico. No entanto, a odontologia dominada historicamente pelas forças do mercado de trabalho, vem atuando sob a lógica dos “desejos e das vaidades”, muitas vezes protagonizando o estímulo ao culto do corpo, das aparências e da estética bucal, dando cada vez mais ênfase aos diagnósticos das necessidades bucais estéticas e reforçando a lógica de produção de procedimentos em detrimento da produção do cuidado em saúde (EMMERICH, CASTIEL, 2013, p. 72).

Filho (2008) destaca que os determinantes do processo saúde-doença bucal são constituídos por três grupos de fatores: biológicos, de condições de vida e de estilos de vida. Portanto, este autor entende que as dimensões que interferem nos determinantes saúde-doença bucal são de ordem coletiva e individual, e que é sobre esta diversidade de fatores que devem atuar as equipes de bucal. Desta forma, o cirurgião-dentista em seu campo de atuação deveria estar preparado para estruturar o seu processo de trabalho de forma a refletir e a responder às demandas oriundas da sociedade, produzindo sentido à sua prática.

Contudo, a consciência desse indivíduo social e das necessidades sociais e epidemiológicas da população está longe de passar da compreensão para objeto de intervenção, especialmente no campo odontológico, conforme demonstram estudos que analisam o processo de trabalho das equipes de saúde bucal que atuam no SUS. Muitos estudos apontam que o entendimento sobre a produção do cuidado em saúde bucal ainda está bastante centralizado nos aspectos biológicos e técnico-científicos, voltado para a produção de procedimentos restauradores, pouca ênfase nas atividades coletivas e os aspectos relacionados ao processo de trabalho e ao trabalho em equipe comumente aparecem em segundo plano (ARAÚJO, DIMENSTEIN, 2006; ALMEIDA, FERREIRA, 2008; SANTOS, 2009; FACCIN et al., 2010).

Costa e Araújo (2011), em um estudo sobre o perfil de competências em saúde coletiva de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público, encontraram como resultado diversas dificuldades apresentadas por estes profissionais no

exercício de suas atividades, algumas delas relacionadas a deficiências na formação profissional para atuação no SUS. Foram relatados a falta de compromisso dos gestores quanto à continuidade das ações, o próprio desinteresse do profissional para o trabalho, o despreparo para lidar com a burocracia existente nos serviços, a realização de atividades descoordenadas e sem continuidade, e a dificuldade de se trabalhar em equipe.

Moysés et al. (2008) destacam que os principais problemas da saúde bucal no SUS estão centrados em quatro pilares, segundo os autores, pilares desestruturantes de um modelo de atenção que vise a produção do cuidado: práticas pautadas quase que exclusivamente pelo atendimento às queixas auto referidas pelos usuários que buscam os serviços de saúde; modelo de atenção excludente com a priorização de determinados grupos populacionais em detrimento de outros; modelos de gestão pouco qualificados à complexidade da administração pública e o modelo formador de recursos humanos que não capacita os futuros profissionais para o enfrentamento de necessidades individuais e coletivas, atuando em equipes multiprofissionais e pautados por princípios éticos.

Santos e Assis (2006), em um estudo que analisa as práticas dos profissionais de saúde bucal na ESF, afirmam que mesmo a saúde bucal estando inserida dentro de um mesmo ambiente de trabalho que os demais profissionais de saúde, sua prática permanece centrada apenas no seu núcleo de conhecimento. Os resultados deste estudo apontam também que muitas equipes organizam encontros com a comunidade a partir das demandas da Secretaria de Saúde ou para cumprir as exigências da SMS em relação às atividades da ESF, e não a partir das demandas da população adstrita. Kell e Shimizu (2010) analisando o trabalho em equipe na estratégia de saúde da família, também apontam para uma fragmentação do processo de trabalho das equipes, onde cada profissional realiza as suas atividades de forma isolada e sem interação ou articulação com os demais trabalhadores. Assim como no estudo de Santos e Assis, também foi apontado que as ações a serem desenvolvidas pela equipe são planejadas pela Secretaria Municipal de Saúde, sobrando pouco espaço para o desenvolvimento de atividades conforme as necessidades reais da população.

Estudo realizado por Pimentel et al. (2012) demonstra haver uma integração entre a ESB e os demais componentes da equipe da ESF, porém afirma ser frágil o processo de organização do processo de trabalho em conjunto com a equipe, assim

como a articulação com a comunidade. Segundo este estudo, embora as equipes de saúde bucal manifestem a participação em grupos de educação em saúde diversos, a integração da equipe com a comunidade ainda está muito centralizada na escola.

Estudo realizado por Santos et al. (2008) observa que existe um debate de valores entre os profissionais da equipe de saúde bucal e a comunidade atendida, que reflete-se na prática clínica dos profissionais. Há um conflito gerado a partir da dificuldade de acesso à atenção odontológica, onde o cidadão muitas vezes demanda por um tratamento mutilador, considerado por ele resolutivo, enquanto o profissional tem dificuldades de negociar tratamentos mais conservadores. O estudo aponta que muitas vezes o trabalhador cede aos anseios da comunidade, mesmo que estes não se constituam em melhores práticas e não gerem melhores condições de saúde. Segundo os autores, esta prática pode ser considerada como uma não responsabilização frente aos desafios a serem enfrentados para as mudanças necessárias nas práticas de saúde bucal. Quanto às atividades coletivas, o estudo mostra que as equipes realizam atividades consideradas como atividades com potencial de estabelecimento de vínculo e construção de autonomia, porém, estas são realizadas com foco na discussão de patologias bucais e instrução de higiene.

A prática odontológica centrada em procedimentos constitui a boca como um órgão isolado, fragmentado do corpo, reforçada pelas características de uma prática privada e mercantilista, mesmo dentro do SUS, moldada desde a formação pela maioria dos cursos de graduação e pós-graduação (WARMLING; BOTAZZO; MARZOLA, 2012; PEZZATO; L'ABBATE; BOTAZZO, 2013). Contudo, Trajano e Cunha (2012) questionam esta lógica hegemônica de organização do processo de trabalho em saúde e suas finalidades, onde ainda predominam o saber científico e a lógica da produção de procedimentos, em detrimento da produção do cuidado. As autoras afirmam que a gestão da própria atividade, pelos trabalhadores de saúde, não pode estar separada do cuidado e também não deve ser restrita apenas às prescrições, decisões e organização do trabalho, mas deve constituir-se como um processo que se realiza e se renormaliza pelos sujeitos em atividade, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

O Pró-Saúde, como uma iniciativa conjunta entre o Ministério da Saúde e da Educação, é um programa de fomento e orientação criado para proporcionar sustentação estrutural às propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área de saúde, fortalecendo as mudanças na formação

acadêmica desses profissionais e possibilitando ao mesmo tempo intervenções nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2007b). Seu subsídio financeiro trouxe uma intensificação da aproximação das Instituições de Ensino Superior (IES) com o SUS. No entanto, segundo Silva (2013), as reformulações curriculares estimuladas pelo Pró-Saúde enfrentam alguns desafios:

“tradicionalismo do ensino ainda centrado no professor, inadequação da infraestrutura da rede de serviços para receber alunos, força da relação IES/serviço ainda incipiente, dificuldade do trabalho em equipe e o biologicismo como concepção central na formação acadêmica.”

Para este autor, a difícil relação ensino serviço ainda interfere no planejamento das capacitações dos profissionais da rede de serviços (SILVA, 2013). Contudo, experiências positivas têm sido registradas nesta relação (WARMLING et al, 2011; TOASSI et al, 2013), tornando o egresso mais preparado para o mundo do trabalho e qualificando os serviços prestados à população, com inegáveis avanços nos diversos segmentos de formação superior (SILVA, 2013).

3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO

3.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa possui abordagem qualitativa pela necessidade de ampliar a capacidade analítica do objeto em estudo, dada a diversidade de dimensões que transcendem os processos educacionais e o cuidado em saúde bucal e que escapam aos indicadores e expressões numéricas comumente utilizados nos processos avaliativos (BOSI, 2007). Com a abordagem qualitativa, busca-se captar a singularidade das situações particulares e suas características, contemplando aspectos circunscritos ao plano da subjetividade, que permeiam o objeto em estudo (BOSI, 2007; ESTEBAN, 2010).

Para descrever e analisar o agir em competência para a produção do cuidado das equipes de saúde bucal entrevistadas, optou-se pelo delineamento do estudo de caso, pois permite uma descrição rica e densa do fenômeno estudado, que poderá incluir variáveis distintas, sem separá-lo do seu contexto. (KEEN, 2009; ESTEBAN, 2012; YIN, 2010; GIL, 2009).

O estudo de caso possibilita a combinação de uma variedade de métodos qualitativos, permitindo maior aprofundamento ao fenômeno estudado. A compreensão dos fenômenos sociais que ocorrem no contexto do objeto de estudo, considerando a subjetividade dos sujeitos participantes, favorece o entendimento do agir em competência das equipes estudadas e como os processos educacionais possibilitam a produção do cuidado em saúde bucal (GIL, 2009).

3.2 Cenário de estudo e participantes da pesquisa

O cenário de estudo é o município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul. De 2010 a 2014 houve uma importante expansão da rede de atenção à saúde do município, principalmente com a ampliação do número de equipes de saúde bucal atuando na Atenção Primária em Saúde. Nesse período o

número de equipes de saúde bucal passou de dezessete para cento e cinco equipes em agosto de 2014. Essas equipes estão distribuídas por dezessete distritos sanitários, que são gerenciados por oito Gerências Distritais de Saúde.

Participaram da pesquisa os profissionais de saúde bucal que atuam na rede de Atenção Primária em Saúde do município, em Unidades Básicas e Unidades de Saúde da Família: cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal. Os profissionais foram convidados pela pesquisadora a participar do estudo, cuja apresentação foi realizada em cada uma das oito Gerências Distritais de Saúde, em reuniões com as equipes de saúde bucal, no período de junho a agosto de 2013. Na apresentação do estudo foi explicada a metodologia a ser utilizada, com a realização dos grupos focais com as equipes interessadas em participar da pesquisa e a observação participante da pesquisadora durante os encontros de educação permanente das equipes de saúde bucal do município.

Priorizou-se entrevistar equipes de gerências distritais distintas, considerando os diferentes contextos em que atuam, dada a necessidade de se considerar a centralidade dos processos simbólicos e das práticas dos atores envolvidos no processo do cuidado em saúde bucal (BOSI, 2007).

O tamanho da amostra foi definido intencionalmente pela pesquisadora, de acordo com o número de equipes que aceitaram participar da pesquisa e com a disponibilidade de tempo para a produção dos dados após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do município, ocorrida em dezembro de 2013. Participaram do estudo treze profissionais de quatro equipes distintas. Três equipes pertenciam a três gerências distritais distintas, e uma equipe era composta por profissionais representantes da saúde bucal nas gerências distritais, considerados estratégicos na gestão do cuidado na rede de atenção em saúde bucal. Ao todo, a amostra foi composta por sete cirurgiões-dentistas, três auxiliares e três técnicos de saúde bucal.

3.3 Produção dos dados

Os dados foram produzidos através do registro em diário de campo da pesquisadora durante todo o ano de 2013 e da realização de grupos focais com as

equipes que aceitaram participar do estudo, a partir da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do município, em dezembro de 2013.

Tendo em vista que a pesquisadora principal do estudo atua na Coordenação da Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, optou-se por se utilizar a técnica da observação participante com registro em diário de campo, com o objetivo de ampliar a compreensão dos processos estudados na rede de saúde bucal do município. Os registros foram realizados durante os encontros de educação permanente planejados pela Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre no ano de 2013, cujo objetivo foi perceber a realidade do ponto de vista das equipes pesquisadas (GIL, 2009). Foram registradas pela pesquisadora informações que poderiam contribuir na compreensão da realidade destas equipes, as suas potencialidades, as dificuldades enfrentadas nos serviços, a participação e a motivação dos profissionais nas discussões, a receptividade aos temas abordados e demais informações que viessem a contribuir com a reflexão sobre as necessidades de educação permanente dos profissionais, visando à produção do cuidado.

Para a análise do agir em competência das equipes participantes do estudo, optou-se pela utilização da técnica do grupo focal, uma vez que esta privilegia a observação e o registro de experiências e reações dos indivíduos participantes (GIL, 2009). No período de janeiro a maio de 2014 foram realizados quatro grupos focais, totalizando um grupo com cada equipe de saúde bucal, em horários e locais definidos e acordados entre os participantes e a pesquisadora. Todos os profissionais participaram voluntariamente da pesquisa e não houve qualquer prejuízo aos que não quiseram ser entrevistados. Todos os grupos foram gravados em arquivos de áudio e vídeo para posterior transcrição e análise, sendo seu acesso restrito aos pesquisadores deste estudo.

Para a condução do grupo focal, foi produzido um roteiro de pesquisa (Apêndice A) com o objetivo de identificar junto às equipes de saúde bucal entrevistadas como os processos educacionais vivenciados durante a sua formação e durante o seu exercício profissional contribuíram para o agir em competência para a produção do cuidado em saúde bucal. O instrumento de pesquisa foi construído segundo o conceito do agir em competência de Schwartz (2007), sob a perspectiva da ergologia.

A condução dos grupos foi realizada pela própria pesquisadora, conjuntamente com a professora orientadora do estudo. Cada grupo teve duração média de uma hora e trinta minutos. Para apresentação dos dados, cada equipe recebeu o nome de uma árvore: Jacarandá, Ipê, Extremosa e Tipuana. A escolha destas árvores se deu por estarem entre as espécies de árvores mais frequentemente encontradas na cidade de Porto Alegre, contribuindo com a sua beleza e com as suas variabilidades de cores ao município e aos seus cidadãos.

3.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi fundamentada no referencial teórico de Schwartz (2007) sobre o conceito do agir em competência, relacionados com os princípios da Atenção Primária em Saúde de Starfield (2002), que orientam as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) para a produção do cuidado em saúde.

Para o gerenciamento e codificação dos dados produzidos nos grupos focais e na observação participante, utilizou-se o software NVivo versão 10 para Windows, possibilitando a sua visualização e análise conjunta.

Os dados produzidos foram analisados com base nos fundamentos epistemológicos da Análise do Discurso. A Análise do Discurso pretende interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, verbais ou não-verbais, desde que sua materialidade produza sentidos para interpretação, não se restringindo apenas ao conteúdo do texto. Um sentido que não é traduzido, mas produzido, e articula o linguístico com o social e o histórico (CAREGNATO, MUTTI, 2006). As concepções dos participantes nos documentos foram analisadas com o intuito não apenas de descrevê-las, mas de apreender o que elas revelam, em um diálogo constante que incluiu objetividades e subjetividades (TOASSI, 2011).

3.5 Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa obedece às exigências da Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde, assim como à Resolução do CFO 42/2003, que aprova o Código de Ética Profissional Odontológico.

Todos os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B), apresentado em duas vias. Uma via do termo de consentimento assinado pela pesquisadora responsável foi entregue a cada participante, ficando a outra via em posse da pesquisadora.

Foi garantido o anonimato a todos os participantes da pesquisa, bem como das equipes à qual pertencem. Nenhum dado que permita a sua identificação será revelado.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado na Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina/UFRGS, no Comitê de Ética em Pesquisa/UFRGS e no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre sobre o número do CAAE 15738613.1.0000.5347 (ANEXO A).

4 RESULTADOS

Apresentaremos o agir em competência para a produção do cuidado em saúde bucal de cada uma das equipes entrevistadas neste estudo, considerando a articulação de diferentes elementos encontrados - aqui entendidos como os ingredientes do agir em competência segundo Schwartz (2007). Para apresentação dos dados serão utilizados pseudônimos para nomear as equipes e as regiões de saúde onde se encontram, As falas individuais de cada trabalhador serão identificadas conforme numeração atribuída a cada um deles pelos pesquisadores, a fim de garantir o anonimato dos participantes da pesquisa.

4.1 O agir em competência de Jacarandá

A equipe Jacarandá afirma não utilizar protocolos para a organização do processo de trabalho visando à produção do cuidado em saúde bucal, apesar de mencionar a existência do Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre – organização da rede e fluxos de atendimento (SMS/PMPA, 2014). Há consenso na equipe de que este protocolo é uma demanda dos próprios trabalhadores e será importante na definição de algumas diretrizes e padrões para a organização da rede de atenção em saúde bucal do município. Contudo, apesar da não utilização de protocolos, Jacarandá refere utilizar algumas diretrizes e leis que embasam o seu cotidiano de trabalho, como os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, estatuto dos servidores, lei de licitações e portarias do Ministério da Saúde.

O protocolo é fundamental [...] para que se tenha de alguma forma o entendimento de que as coisas devem funcionar, embora os territórios e a população [das equipes de saúde] sejam diferentes, a diretriz [de trabalho] é a mesma. [...] a gente vê que na rede isso ainda não está totalmente estruturado (T03).

Há uma necessidade na equipe de maior discussão do Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre (SMS/PMPA, 2014), por considerarem que o Protocolo ainda não está bem consolidado junto às equipes de saúde bucal. Para Jacarandá, apenas os fluxos de encaminhamentos às especialidades odontológicas estão sendo utilizados. A dificuldade de acesso à informação devido às deficiências de comunicação existentes entre os diversos setores que compõem a Secretaria Municipal de Saúde é um fator limitante para a efetivação deste Protocolo, segundo os trabalhadores desta equipe:

[...] O Colegiado tem essa informação, o acesso aos protocolos, mas os dentistas das Unidades ainda não estão muito bem inteirados disso. Acaba que eles sabem mais os protocolos de encaminhamento para os serviços especializados [...] isso está mais conhecido, mas acho que ainda assim precisaria trabalhar um pouco mais (T01).

A importância de diretrizes bem consolidadas através do Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre (SMS/PMPA, 2014) foi salientada por Jacarandá, frente à observação da alta rotatividade de gestores na Secretaria Municipal de Saúde, de forma a minimizar a descontinuidade de projetos dentro desta Secretaria, o que historicamente, segundo a equipe, tem gerado descrença dos trabalhadores em relação aos novos projetos propostos pela gestão. Alguns trechos das falas dos trabalhadores revelam a percepção de Jacarandá quanto às trocas de coordenações na saúde bucal do município nos últimos dois anos, e a preocupação quanto à continuidade dos projetos propostos pelas diferentes coordenações:

Então a gente sempre brinca [...] quando entra um gestor novo: Bah, bota tudo na gaveta que nós vamos começar do zero. Então isso é uma coisa que cansa muito, que acaba desmotivando (T03).

Jacarandá entende que a padronização de condutas através de protocolos irá proporcionar mais segurança aos profissionais da saúde bucal no exercício de suas atividades:

O protocolo clínico é fundamental pra segurança do servidor, é algo que as pessoas desejam muito, todos querem o protocolo [...] eu sinto muita

ansiedade por parte dos colegas em ter esse protocolo na mão e de seguir de fato esse protocolo, acho que isso é uma segurança para todos (T02).

Quando questionada sobre o conhecimento histórico da realidade de seu local de trabalho e da organização do cuidado em saúde bucal no município, surge um debate na equipe quanto às diferenças de processo de trabalho em cada serviço de saúde. Não há consenso em Jacarandá se elas ocorrem devido às diferenças de tempo de serviço de cada profissional na Secretaria Municipal de Saúde, conforme acredita o trabalhador três: “hoje passamos por um período em que nós temos profissionais com muito tempo de serviço e outros que estão recém chegando, então isso causa uma diferença de processo de trabalho”; se elas têm relação com os diferentes modelos de atenção existentes em cada serviço de saúde; ou com os diferentes perfis de profissionais, conforme afirma o trabalhador um:

O atendimento odontológico acaba tendo essa característica [...] um profissional que tem perfil mais de saúde pública vai se envolver mais com grupos, vai participar do conselho [conselho local de saúde]; já em outra unidade não, o profissional não tem aquele perfil, daí ele vai acabar oferecendo um atendimento mais conservador (T01).

Enquanto alguns trabalhadores da equipe (T01 e T03) acreditam que o perfil dos profissionais, o tempo de atuação e as experiências vividas dentro do serviço afetam a forma com que estes profissionais lidam com os protocolos e a organização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal, o trabalhador dois defende que as diferenças são definidas pelo o modelo de atenção existente em cada serviço de saúde.

Eu acho que vocês estão falando uma coisa que é muito pessoal [...]. A maioria das pessoas mais antigas [...] estão nas UBS e trabalharam durante anos naquele modelo de trabalho. E o pessoal da USF, que a maioria dos novos são de USF, eles trabalham com um modelo diferente, que é da saúde da família, que é outro modelo, é outra forma de prestar saúde bucal (T02).

A fala de um trabalhador de Jacarandá reconhece as estreitas relações entre características pessoais no modo de atuação profissional e condições de trabalho: “tem gente de UBS com uma postura e gente de UBS com outra postura, a gente

sabe que isto existe. Mas tu sabes também que um modelo favorece e outro não favorece” (T02).

Com relação aos processos vivenciados na construção de protocolos de saúde bucal do município, apareceram relatos sobre a existência de um protocolo anterior ao Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre (SMS/PMPA, 2014):

“Quando eu entrei, lá em 2002, tinham as normas e rotinas operacionais de Porto Alegre, [...] um manualzinho que a gente recebia para montar o serviço” (T04); bem como sobre o processo de construção do Protocolo atual: “na proposta inicial era para ser um protocolo clínico [...] ele foi se remodelando nesses dois anos [...] e agora se preferiu pegar essa parte de acesso, de organização do processo de trabalho mesmo” (T03).

O processo de organização da educação permanente na saúde bucal do município ao longo dos últimos dez anos foi objeto de análise. Um ponto salientado foi que os processos de integração ensino-serviço através dos estágios curriculares da faculdade de Odontologia da UFRGS - realizados nas unidades de saúde, centros de especialidades odontológicas, serviços hospitalares e de gestão do município - contribuem para o processo de educação permanente dos profissionais:

[...] lá no início tinha uma parceria da UFRGS com a prefeitura de Porto Alegre onde a gente tinha cursos [...], uns foram bons, outros desconectados da realidade [...] nada a ver com saúde pública. [...] depois, em 2007 - 2008 [...] que começou o tal do PECO, [Programa de Educação Continuada em Odontologia] que aí sim a gente tinha as capacitações permanentes, mas só para o pessoal da estratégia [ESF]. E agora, desde o ano passado, a gente começou a ter essas educações permanentes a cada dois meses [...] eu acho que só veio acrescentar por causa desse vácuo que teve durante muito tempo em Porto Alegre (T04).

Receber um aluno é sempre muito rico [...] os alunos vêm muito frescos, com as informações mais atuais, e eu tenho a experiência. [...] apesar de eu achar que a UFRGS poderia nos dar uma contrapartida melhor nessa parte de educação permanente, eu acho que a gente tem alguns ganhos (T04).

Há consenso na equipe de que a vivência no cotidiano dos serviços é que dá o embasamento para o exercício profissional, apesar da importância de um conhecimento teórico prévio, especialmente no que se trata da gestão da produção do cuidado, conforme o trabalhador um: “Não tem uma formação pra isso [para a

gestão], vão ter alguns princípios norteadores, de como tem que fazer, mas é a prática que vai te levando”.

Sobre a articulação entre o domínio dos protocolos e o conhecimento da realidade para o agir em competência na produção do cuidado em saúde bucal, foram retomadas como exemplo pelo trabalhador quatro as diferenças de organização do processo de trabalho conforme os diferentes serviços trabalhados. Observando-se a dificuldade do profissional na implantação de protocolos em realidades distintas, percebe-se que o desconhecimento da realidade do local de trabalho torna a aplicação dos protocolos ainda mais difícil.

Eu trabalhava em uma estratégia de saúde da família, trabalhava quarenta horas [...] tinha uma rede construída dentro do posto muito grande, e isso me facilitou muito. [...] Nós tínhamos uma população sob controle, a gente acompanhava as gestantes, depois os bebês, tinha o trabalho com os diabéticos, os hipertensos, era uma coisa assim de rede e em equipe. [...] Tanto que a primeira vez que eu li o Protocolo, eu não vi nada novo, porque a gente fazia na realidade aquilo ali [...]. Agora como eu fui para uma UBS, eu cheguei lá cheia de gás, vou fazer aqui o que eu fazia lá, mas eu não consegui. Primeiro, porque eu trabalho trinta horas [...] e outra porque trabalhar numa UBS, tu não sabes qual a população que tu tens, não sabe quais são os teus limites [...] não consegue fazer um planejamento em si. Então eu vejo que eu estou atendendo, tentando fazer alguns grupos, fazendo alguma coisa do meu perfil, mas não consigo trabalhar da mesma forma que eu trabalhava na estratégia [na ESF] (T04).

Pôde-se observar o entendimento de que a adesão dos profissionais ao Protocolo e sua aplicação dependem da capacidade do gestor de compreender o funcionamento de cada profissional e de construir as possibilidades de mudanças conjuntamente com o profissional. Destaca-se a fala do trabalhador dois, afirmando que, para propor mudanças no processo de trabalho dos profissionais, é necessário investimento concomitante nas condições de trabalho por parte da gestão municipal.

Tu tem que oferecer alguma coisa [...] tem que construir junto com essa pessoa e oferecer pra ela: olha, essa é a proposta, mas em termos de gestão tu vais ter agentes de saúde à tua disposição para te ajudar no teu trabalho no que tu precisar, tu vais ter o TSB pra te ajudar a fazer o PSE, tu vais ter o ASB pra te ajudar no atendimento clínico, tu vais ter toda a estrutura da ESF para trabalhar desta forma como a prefeitura agora entende que deve ser trabalhado as questões da saúde bucal (T02).

Em relação à contribuição dos processos de educação permanente para o desenvolvimento do agir em competência, foi ressaltada a importância de se discutir

o protocolo com as equipes de saúde bucal de forma construtiva, não em formato de capacitações, de forma que os profissionais possam se sentir parte deste processo. Observa-se que há uma preocupação de que as propostas de mudanças possam ser percebidas pelos profissionais como uma desqualificação de todo o trabalho produzido anteriormente pelas equipes:

[...] tu não pode chegar lá com uma proposta educacional, que eu vou te dizer o que vai acontecer, na cabeça da pessoa é assim: eu estou há 20-30 anos fazendo isso e agora vem uma pessoa me dizer que o que eu fiz não valeu de nada, que o modelo é outro, que a gente tem que fazer coisas diferentes (T02).

É interessante observar esta preocupação da equipe quanto à forma de abordagem das equipes de saúde bucal quando da implantação do Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre (SMS/PMPA, 2014), apesar de os próprios trabalhadores reconhecerem que este protocolo é uma demanda e um produto do trabalho deles.

Se o profissional não se sentir parte disso, a chance dele rejeitar esse protocolo é muito alta [...] Então acho que tem que cuidar muito como abordar o protocolo, acho que vai ser um assunto muito difícil [...] que a gente faça com que toda equipe se sinta parte dessa construção pra que não seja assim, mais um gestor que vem com uma ideia nova (T01).

Percebem-se as motivações da equipe para o trabalho e o que lhes traz satisfação pessoal no desempenho de suas atividades. As motivações pessoais dependem da história e trajetória de vida de cada indivíduo, mas pode-se observar certa similaridade entre os trabalhadores quanto ao desejo de fazer parte de um processo de mudança na saúde que leve a melhores condições de saúde bucal para a população. Além disso, há também um sentimento de pertencimento a uma equipe de saúde, de criação de identidade profissional, que impacta na motivação dos profissionais.

Acho que cada pessoa tem as suas motivações bem particulares, pessoais [...] é acreditar que a gente vai fazer sim a diferença [...] porque apesar das dificuldades que todo mundo enfrenta a gente tá buscando o melhor (T01).

[...] a odontologia não se faz mais só com dentistas, mas sim com profissionais auxiliares, e os técnicos e auxiliares estão participando das reuniões, das capacitações, isso faz com que ele leve pra casa esse sentimento de valor, de que ele também faz parte de uma equipe (T03).

A gente é funcionário público (..) e isso é uma identidade: funcionário público e dentista, são duas identidades numa só. [...] A gente tem que pensar sempre [...] aonde a gente atua, para as pessoas que moram em Porto Alegre e que precisam do nosso trabalho [...] essa tem que ser a nossa motivação e tem que ser o nosso norte [...] Quando a gente consegue ver avanços nesse sentido, é extremamente satisfatório (T02).

[...] é difícil falar por que a gente gosta. Eu gosto, eu gosto de fazer, eu gosto de trabalhar com a saúde pública [...] Eu preciso ter objetivos e metas, planejar, organizar e passar isso pros outros, motivar os outros. [...] tu pegar um aluno e mostrar pra ele o que é atenção primária, o que é a saúde pública, que tem força, que pode dar certo, tu ver assim que tu pode mudar a opinião de uma outra pessoa [...] bah, é uma coisa assim que dá uma alegria muito grande. E tu fazer isso com os teus colegas, motivar teus colegas é uma coisa assim que eu me arrepio toda (T04)

Há a compreensão de que as experiências vivenciadas pelos trabalhadores ao longo do exercício profissional influenciam diretamente na forma com que estes profissionais lidam com os processos de mudanças dentro da Secretaria Municipal de Saúde. O valor que cada profissional dá ao seu trabalho também pode ser reflexo destas experiências, que impactam no comprometimento do trabalhador no exercício das suas atividades.

As pessoas estão submetidas a um modelo frustrante de trabalho, há anos, então eu acho que resgatar a confiança dessas pessoas é importante, e aí sim tu vai conseguir fazer essa equalização de modelo, de trabalhar em um outro modelo. E acho que as pessoas querem isso (T02).

A incorporação de sentidos para este trabalhador, segundo a equipe, passa pela ampliação do olhar dele em relação à importância do seu trabalho do ponto de vista social. Isso está diretamente relacionado à capacidade do gestor de mostrar a este trabalhador que os avanços alcançados na saúde bucal são frutos do seu trabalho.

A maioria dos dentistas não conhecem as estatísticas de Porto Alegre, mas seria bom que conhecesse, que se identificassem [...] o que é uma pena, e que eu acho que isso faz parte do trabalho do gestor. [...] eles não conseguem perceber o trabalho deles dentro disso. Não é um valor ainda, mas teria que ser, porque eles não são só dentistas, eles são servidores públicos (T02).

A equipe Jacarandá salientou as dificuldades de consolidação do trabalho em equipe, diretamente influenciadas pela formação dos profissionais - seja na própria constituição da equipe de saúde bucal, na constituição das equipes de saúde dentro dos serviços, como nos espaços onde há a necessidade destas equipes se relacionarem entre elas.

Muitas vezes os profissionais [...] não sabem trabalhar como equipe, porque o dentista é formado sozinho, tem que aprender a trabalhar com o auxiliar e o técnico [...] e aí ele tem que gerenciar esta equipe e eles tem que trabalhar juntos. [...] trabalhar essa equipe é difícil, tirar o dentista da casinha, tirar a equipe da casinha, e trabalhar com a equipe de saúde da unidade já é difícil também, porque ele tem que querer sair, a unidade tem que querer entrar né, então tem que fazer esse movimento que é um movimento que tem que ter vontade dos dois lados (T03).

Quando questionados sobre os espaços coletivos disponíveis para discussão de temas relevantes para o cuidado em saúde bucal, foi consenso em Jacarandá que há espaços constituídos para estas discussões nas Gerências Distritais e na Secretaria Municipal de Saúde, no Colegiado da Saúde Bucal, e que esses espaços são importantes dentro do município. Foram ressaltados os espaços coletivos constituídos para as equipes de saúde bucal, porém foi consenso que há ainda a necessidade de se consolidar o espaço da saúde bucal dentro dos espaços coletivos multidisciplinares, onde comumente a ela não é incluída. Destacou-se que há certo isolamento dela por parte das outras categorias profissionais, assim como um isolamento que parte da própria equipe.

Existe ainda a cultura do dentista ficar bastante separado, fazem grupo de monitoramento e não incluem a saúde bucal, então acho que cabe então à saúde bucal estar sempre questionando: 'Tá e a saúde bucal? Também quero participar!' (T01).

Acho que o dentista também se coloca 'ah, acho que nem vou participar porque não adianta'. Porque realmente a gente é recebido assim: ah não, só de olhar já me dá dor, ai que coisa horrível'. É uma coisa que a gente [...] leva já carimbado na testa, a gente leva uma pecha de não ser profissional da saúde, é isso que eu sinto. Que os profissionais da saúde não nos enxergam como um igual, nos enxergam como uma coisa diferente (T02).

Eu acho que de uma forma geral o dentista ele é muito solitário, o centro da vida do dentista ainda é a cadeira, [...] não adianta, a gente tem esse apego

e gosta daquela cadeirinha, então é difícil a gente se sentir parte de uma equipe (T02).

Quando questionada sobre os espaços mencionados nas Gerências Distritais para encontro das equipes de saúde bucal de cada região, a opinião de Jacarandá é que parece que ainda não se conseguiu constituir as equipes de saúde bucal de cada território como uma grande equipe. Foi mencionado pelos trabalhadores como um limitador para este sentimento de equipe o fato de haver muitas diferenças de vínculos trabalhistas entre os profissionais da área, além da recente mudança de contratos dos profissionais da ESF dentro da Secretaria Municipal de Saúde, o que ocasionou troca na grande maioria das equipes:

[...] não tem esse sentimento de equipe. E também isso [...] de ter vínculos diferentes também atrapalha, o pessoal não consegue ainda se sentir como parte de um todo: a equipe de dentistas de Porto Alegre (T01).

Apesar de afirmarem que ainda não há um sentimento de equipe entre os profissionais da saúde bucal no município, consideram que os espaços constituídos nas Gerências Distritais têm contribuído para que eles se entendam enquanto grupo, e que é um importante espaço para a conformação do campo da saúde bucal coletiva. Foi citado também o quanto a participação dos integrantes da Área Técnica de Saúde Bucal nestes encontros propicia a consolidação deste sentimento de grupo. Ainda, foi salientada a necessidade de espaços ampliados, onde todos os profissionais da saúde bucal do município possam se encontrar e se reconhecer.

Acho que foi em função desses encontros programados que a gente tá fazendo nas gerências. Quando vocês participam [Área Técnica de Saúde Bucal], isso gera na reunião seguinte, que é uma reunião que é só do grupo, um sentimento assim de grupo, porque como vocês são os fatores externos e vieram lá e disseram um monte de coisa, na outra reunião que tá só a gente, aí bah que começam a falar 'não, acho que é isso, acho que é aquilo', então eu acho que até isso cria esse sentimento de equipe, mesmo que as pessoas pensem diferente e discutam, mas pelo menos começaram a discutir né, começaram a botar pra fora (T02).

Nós somos muitos dentistas agora não é aqui em Porto Alegre, somos mais de duzentos. São poucos momentos que se reúnem todos assim, então até para ter esse sentimento a gente tem que se enxergar mesmo, se enxergar fisicamente, para ter esse sentimento de equipe. (T01).

Em relação ao Colegiado da Saúde Bucal, foi consenso entre a equipe que é um espaço importante e democrático para encaminhamento das questões da saúde bucal do município, porém, ainda falta um maior entendimento sobre o seu papel enquanto equipe gestora, principalmente por parte dos dentistas distritais.

Ainda falta esse entendimento mesmo dentro do colegiado, pra que eles façam a gestão nos seus locais, nas suas regiões. [...] do colegiado se entender enquanto uma equipe que vai trabalhar junto, desse dentista distrital na sua região fazer com aqueles profissionais lá trabalhem de uma forma igual, enfim, e fazer com que na unidade de saúde os profissionais da unidade de saúde se entendam como equipe também (T03).

4.2 O agir em competência de Extremosa

A equipe Extremosa afirma organizar seu processo de trabalho através da utilização de diversos protocolos, citando protocolos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, conforme afirma o trabalhador cinco: “na verdade é uma mistura de vários protocolos. Para a agenda [clínica] seguimos a orientação da Secretaria, [...] mas também sempre consultamos o caderno de saúde bucal, o caderno 17 [do Ministério da Saúde]”. Extremosa também refere utilizar protocolos previamente existentes na unidade de saúde, criados pelos próprios trabalhadores do serviço: “eu segui o que já estava sendo feito, tentei não fazer grandes mudanças na organização, [...] a gente só foi adaptando algumas coisas conforme a necessidade (T05)”.

As formas de acesso à atenção odontológica foram organizadas seguindo as diretrizes da Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), quando foi implantado o acolhimento na unidade de saúde. É interessante observar o reconhecimento de Extremosa quanto à importância do cirurgião-dentista que atuou previamente nesta unidade na implantação deste processo:

A implantação do acolhimento acho que foi [...] em dezembro [2012]. Então eu peguei todo esse trâmite do acolhimento, mas foi também ideia da dentista, ela capacitou os colegas, as técnicas [de enfermagem] para conseguir implementar o acolhimento, e então a gente só deu continuidade (T06).

Observa-se que o acesso dos profissionais aos protocolos citados pela equipe se dá de diferentes formas, seja adquirido previamente ao ingresso na Secretaria Municipal de Saúde - “o caderno 17 desde sempre” (T05); através dos encontros de educação permanente da saúde bucal - “as agendas nos nossos encontros do PECO, nos encontros mensais de saúde bucal nas gerências” (T06); ou através do contato com o dentista distrital da sua região - “a dentista distrital também ajuda nessas questões de nos informar” (T05).

Sobre o conhecimento da realidade do seu local de trabalho e do território onde está inserida, Extremosa relata conhecer a realidade da comunidade local principalmente através do contato com os agentes comunitários de saúde e através dos cidadãos que chegam à unidade de saúde:

Infelizmente a gente acaba captando muito da realidade aqui de dentro, a gente não tem oportunidade de se deslocar tanto pelo território. [...] Conhecer a realidade, claro que a gente conhece, faz VD [visita domiciliar], vai até a escola, conversa com os pacientes, mas vamos dizer que a dinâmica mesmo do território acho que a gente conhece mais pelos agentes comunitários mesmo, do contato com elas e com os pacientes (T05).

Observa-se que há poucos momentos de interação da equipe com a comunidade fora dos limites da unidade de saúde, fato atribuído pela equipe à existência de poucos espaços comunitários - “a gente não participa de reuniões mais comunitárias aqui ao redor, isso não acontece, até porque essa comunidade não tem essa característica” (T05); e à grande demanda por atendimento clínico - “a demanda não permite que a gente saia muito daqui [do consultório]” (T05). Ainda, a equipe analisa o perfil da comunidade comparando-a a outras realidades dentro do município - “eu trabalhei [...] na comunidade das Acácias, lá não era também de alta vulnerabilidade, mas eles tinham digamos um poder aquisitivo melhor do que o pessoal aqui das Hortênsias” (T06).

Ao afirmar a não participação da equipe de saúde bucal no conselho local de saúde, a equipe relata como ocorre o envolvimento da equipe de saúde da unidade na constituição deste conselho:

O conselho local faz muito tempo que só tem uma conselheira, a dona Maria [...] No início desse ano [...] houve uma nova eleição e foi bem difícil conseguir candidatos, as residentes [residentes da Escola de Saúde Pública] que se envolveram mais no processo. [...] Parece que nessa coordenação [da unidade de saúde] está havendo mais engajamento para o conselho se fortalecer. A dona Maria vai continuar e eu sou suplente da coordenadora da unidade, algumas reuniões eu vou participar e outras acho que nem tanto, vai depender muito da necessidade. Gostaria até de participar mais mas a demanda não permite que a gente saia muito daqui (T05).

Sobre os espaços de educação permanente promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde, a equipe relata que a grande maioria não é constituída para a participação da saúde bucal:

Tem várias capacitações que a odontologia não está incluída, ontem a gente ainda brigou na reunião [da equipe da unidade] porque era sobre idosos [...] 'como assim, a gente atende muito idoso e a gente não está incluído?' Lembro que teve uma educação permanente que a gente falou do HIV e dos protocolos [...] acho que é super importante [...] a gente precisa se atualizar a todo momento (T05).

Ainda assim, foram citados alguns espaços de educação permanente em que a equipe de saúde bucal da unidade tem participado, com destaque para o espaço de educação permanente constituído na própria unidade. Extremosa entende que esses espaços são importantes, alegando que há pouco espaço no cotidiano da unidade de saúde para se refletir sobre o processo de trabalho e atualização de condutas clínicas:

[...] a gente começa atender às 08 horas, meio dia a gente está atendendo ainda [...] um atrás do outro [...] atende telefone e resolve alguma questão, e muitas vezes no dia a dia [...] não dá tempo de retomar alguns assuntos que seriam importantes no processo de trabalho (T05).

O fato de a unidade ser campo de prática dos residentes da Escola de Saúde Pública (ESP) da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), assim como o fato de um dos integrantes da equipe de saúde bucal fazer parte do grupo de monitoramento da Gerência Distrital, também foram enfatizados enquanto importantes facilitadores do processo de educação permanente:

A gente conseguiu acordar em reunião de equipe [...] um espaço, até porque tem a residência, não é?! Isso nos propicia ter a reunião de equipe semanal com espaço pra educação permanente [...]. Eu faço parte daquele grupo de monitoramento e geralmente tem algumas tarefas para fazer, aí eu aproveito esse espaço de educação permanente, e falo sobre a importância do monitoramento, do plano anual de saúde [...] A gente aproveita esse espaço para trazer questões da unidade [...] além da educação permanente [...] é um horário bem produtivo, é um horário que é bem aproveitado (T05).

Os espaços de encontro das equipes de saúde bucal constituídos na Gerência Distrital também foram citados, porém percebe-se que a equipe não entende que esse espaço pode ser aproveitado como um momento de educação permanente e de troca de experiências entre os profissionais:

Acho que nem sempre é 100% produtivo [...] quando eu entrei [na SMS] tinha aquele que era geral [PECO] não era só da gerencia [...] eu sentia que era um espaço mais de educação permanente. Agora, acho que é mais um espaço de combinações. A gente falou do PSE, como ia ser para esse ano, então eu sinto que tem uma diferença, esses últimos acho que foram mais pra isso, para organizar. [...] foram mais para essas questões de processo de trabalho mesmo. [...] acho que é o que acontece com a gente aqui, se aproveita o espaço conforme a demanda do momento, conforme a necessidade (T05).

O direcionamento das atividades de educação permanente apenas para os cirurgiões-dentistas, com poucas atividades pensadas para os profissionais técnicos e auxiliares de saúde bucal, também foi salientado, conforme fala o trabalhador seis: “o PECO há pouco tempo foi aberto para o pessoal técnico. [...] Quando tem [capacitações] para a odontologia, é mais para o dentista mesmo, tem coisas, termos, que a gente [técnico e auxiliar] às vezes nem conhece”. Sobre a organização desses encontros, a equipe entende que as pautas são priorizadas conforme a demanda da SMS, da mesma forma que acontece na própria unidade de saúde, supõe o trabalhador cinco: “acho que é o que acontece com a gente aqui [na unidade] se aproveita o espaço conforme a demanda [do momento], naquele momento onde todo mundo vai estar junto”.

Observa-se que no dia a dia do processo de trabalho da equipe, há a articulação de diversos protocolos aos quais a equipe tem acesso, cuja aplicação é reavaliada a cada situação que se apresenta no cotidiano de trabalho. A equipe adapta os diversos protocolos conforme a necessidade que se apresenta, muitas

vezes combinando os protocolos entre si e através disso criando protocolos próprios que se adequem mais à sua realidade:

Para a [organização da] agenda a gente segue a orientação da secretaria [...] e vai adaptando algumas outras necessidades, tipo a reconsulta que eu faço de 10 minutos para olhar RX, remoção de sutura, isso não tem ali [nas orientações da SMS], a gente vai criando conforme a demanda (T05).

Em relação às atribuições dos profissionais, do caderno 17, [...] eu faço atribuições que não seriam só minhas, a gente vai se adequando conforme a necessidade mesmo (T06).

A gente trabalha com o dia dos faltosos [...] mas isso foi um acordo interno aqui, foi um protocolo nosso. [...] então tudo é maleável, [...] nenhum protocolo é seguido à risca, 100%, é conforme a situação mesmo (T05).

A equipe entende que a estratégia de saúde da família propicia a interação entre os profissionais, as definições dos protocolos a serem utilizados e as condutas a serem tomadas nas mais diversas situações de trabalho:

[...] muita coisa que acontece é conversando aqui, com o agente comunitário, em reunião de equipe [...] a gente discute casos em corredor uma com a outra [...] a todo momento, o tempo inteiro (T05).

[...] ontem mesmo [...] minha agenda estava fechada porque eu ia trabalhar no PSE aí mais cedinho veio uma ACS e me falou de uma situação, então e eu disse 'não, só um pouquinho, essa pessoa não pode esperar', daí eu fui lá e abri um horário [...], era uma situação que a gente precisava ver. Então eu acho que através desse contato com os agentes comunitários a gente tem mais contato com a população (T05).

Observam-se as motivações pessoais para o trabalho de cada integrante da equipe. Apesar de serem individuais, percebe-se que há uma sinergia entre a equipe quanto aos valores que cada um atribui ao seu trabalho. A identificação com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e com o modelo de atenção proposto pela Estratégia de Saúde da Família é bastante presente nas falas dos profissionais:

Meu primeiro emprego como dentista foi numa clínica particular, fiquei dois anos e três meses nessa clínica [...] eu acordava de manhã e não queria ir trabalhar. Eu sentia que eu não estava fazendo a diferença, eu ia e trabalhava, trabalhava, trabalhava e no outro dia era tudo igual [...] a gente não trabalhava com prevenção, era só sentar na cadeira, atender e tchau. [...] eu não me sentia bem fazendo isso. Daí eu pensei: vou ter que dar um jeito na minha vida (T05).

Eu particularmente me identifico bastante com essa questão da estratégia [...]. Acho que eu não gostaria de trabalhar num lugar privado que fosse só o atendimento clínico, isso me motiva bastante. [...] não tem preço [...] saber que tu pode salvar a vida de alguém (T06).

[...] acho que é acreditar mesmo no SUS, nos princípios diretrizes e principalmente na estratégia. E gostar né do que tu fazes [...] tu perguntaste se a gente trazia alguma coisa da gente, acho que a gente traz tudo, não tem como separar (T05).

A identificação com o trabalho exercido na Estratégia de Saúde da Família é constituída pelas experiências de vida anteriores dos profissionais desta equipe, e também pelas experiências que são vivenciadas no dia a dia do trabalho na unidade de saúde. As motivações pessoais que cada integrante da equipe traz para o trabalho influenciam nas tomadas de decisões da equipe à medida que as situações se apresentam na realidade, conforme se observa na fala do trabalhador seis:

[...] já vi pacientes [...] sentados na cadeira do dentista, chorarem porque tinham diagnóstico de HIV [...] já vi mãe chorar na cadeira do dentista porque tinha perdido seus filhos, então eu me identifico bastante, sabe? [...] teve uma situação de uma paciente uma vez [...] que me perguntou se a unidade tinha algum grupo pra quem sofria violência doméstica. Gritando né: 'por favor alguém me ajuda, estou precisando de ajuda!' Eu me lembro que [...] uma semana depois tinha um evento lá no RS da Paz ali no CRAS [Centro de Referência de Assistência Social] onde tinha um estande da patrulha Maria da Penha e eu tão somente fui e conversei com a sargento [...], que me deu o telefone pessoal dela [...] eu entreguei o telefone para ela [...] uma coisa tão simples que eu fiz né, e ela é grata até hoje, ela fala que eu salvei a vida dela. [...] não tem preço isso, é muito bom saber que tu pode salvar a vida de alguém (T06).

A equipe acredita nos princípios do Sistema Único de Saúde e que a Estratégia de Saúde da Família pode trazer à população muito mais do que o atendimento à saúde propriamente dito: pode trazer outros significados à vida das pessoas.

[...] isso está tão em mim, eu não acredito em outra forma de fazer saúde que não seja essa sabe, perto das pessoas, conhecendo a realidade, então acho que é um somatório: de acreditar muito, muito, muito na estratégia e no SUS, como um todo, e estar aqui tentando fazer o melhor e tentando provar a cada dia que não é só o que a gente vê na TV, que tem muita coisa que dá certo (T05).

Sobre o trabalho em equipe, Extremosa relata haver uma diferença entre a percepção da própria equipe de saúde bucal e a percepção da equipe de saúde da unidade, em relação à integração da saúde bucal dentro do serviço. Enquanto a equipe de saúde bucal se considera efetivamente integrada dentro da equipe, a equipe da unidade ainda não a vê como parte integrante do processo de trabalho, apesar de haver um envolvimento de ambas as partes na organização dos fluxos de acesso da unidade, propiciado pela implantação do acolhimento no serviço. Observa-se que esta compreensão se dá através do contato com os diferentes profissionais que compõem a equipe, inclusive com os residentes da ESP que atuam na unidade:

Acho que são duas questões, como a gente vê e como a equipe nos vê. Porque [...] eu achava que a gente estava muito integrada, na questão do acolhimento ser único, de a gente estar sempre trocando com o pessoal técnico [...] mas quando eu peguei o relatório da residente da enfermagem eu vi que ela tinha uma outra visão da gente. [...] Ela disse que a odontologia era muito isolada, que a odontologia ficava aqui no final do corredor, que a gente não discutia casos. [...] acho que tem muito ainda para conquistar [...] mas a gente se enxerga integrado. Mas eu não sei te dizer se a equipe nos enxerga tão integrado assim. Depois que eu li aquele relatório eu fiquei em dúvida (T05).

Apesar da equipe se considerar integrada à equipe da unidade de saúde, refere haver sempre a necessidade de lembrar a esta equipe que a saúde bucal é parte integrante da equipe de saúde e que as ações devem ser desenvolvidas conjuntamente, com a participação de ambas as partes:

Acho que eu diria semi-integrado. [...] Acho que existe mais comprometimento de uns colegas do que de outros. [...] com o PSE, que não é uma coisa da odontologia, que é da unidade inteira, eu até brinquei quando a gente estava anotando umas últimas pastas lá, que depois quando tiver toda a parte da odontologia quero ver quem vai nos ajudar (T06).

Os momentos de reunião de equipe são espaços em que a equipe insere as temáticas da saúde bucal, mesmo que não percebam que há uma demanda da equipe quanto a isso, segundo o trabalhador cinco: “A gente se preocupa em colocar a odontologia de alguma forma, mas não lembro de nenhum colega pedir 'ah eu queria saber mais sobre tal assunto'.” A presença de estagiários acadêmicos e residentes da ESP na unidade parece contribuir para o desenvolvimento deste sentimento de trabalho em equipe, bem como provoca nos profissionais uma reflexão de como efetivamente a equipe vem constituindo o seu espaço dentro do serviço de saúde, conforme se observa na fala do trabalhador cinco:

[...] A gente também recebe os estagiários e acho que conseguimos integrar eles bem, eles somam muito quando estão aqui, no sentido de participar com o grupo. [...] A gente se enxerga integrado, mas eu não sei te dizer se a equipe nos enxerga tão integrado assim. Depois que eu li aquele relatório [da residente de enfermagem da ESP] eu fiquei em dúvida (T05).

4.3 O agir em competência de Ipê

A Equipe Ipê utiliza diferentes protocolos na organização do processo de trabalho na Unidade de Saúde, conforme diretrizes e orientações de documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Para orientar as condutas clínicas, utiliza-se da literatura científica existente na área de odontologia. Os protocolos referenciados pela equipe foram os Cadernos de Atenção Básica, especialmente o Caderno 17 e Caderno de Urgências, do Ministério da Saúde, além do protocolo de organização das agendas e do PSE, da Secretaria Municipal de Saúde.

A equipe afirma que, além dos protocolos oficiais, utiliza também experiências exitosas de outros serviços de saúde e de outros colegas, conforme o trabalhador sete: “a gente utiliza o que está publicado em documentos oficiais [...] e também não oficiais, como experiências de outros lugares que estão dando certo [...] também se baseando um pouco com a conversa entre os próprios colegas”. Além disso, Ipê salienta a associação do trabalho de educação em saúde à atuação da equipe técnica de nível médio também no atendimento clínico, reforçando a importância do TSB no trabalho em equipe, conforme as atribuições legais de cada componente:

“trabalhamos com orientação para os pacientes sobre escovação, e vemos grandes resultados. A colega TSB faz bastante RAPs, e junto, na cadeira, com orientação [de escovação], se vê grande melhora” (T11). Ipê também utiliza como protocolo a garantia de conclusão do tratamento a todos os usuários que iniciam tratamento odontológico no serviço.

Ipê relata um processo de mudanças de protocolos na SMS ao longo dos anos, exemplificando a mudança das diretrizes para organização das agendas dos profissionais da saúde bucal, à qual as equipes tiveram que se readaptar. Segundo Ipê, novas diretrizes surgem a cada mudança de gestor e cabe às equipes a adaptação às novas normas estabelecidas, porém sem perder alguns elementos que a equipe considera essenciais ao trabalho na atenção básica:

[...] em maio já faço trinta anos [na SMS] e como eu tenho muito tempo, já passei por várias administrações, cada vez que muda vem um grupo muito interessado em mudar, melhorar, e a gente vai modificando de acordo com a administração que entra, com o partido [...] no início a gente era mais focado na prevenção, nas escolas. [...] depois foi mudando, a gente saiu das escolas, mais focados nas unidades. [...] mas eu sempre enfatizo que eu acho mais importante ir nas escolas, até para diminuir um dia a demanda do posto, não é?! Porque se só ficarem no tratamento fechando cavidades e extraindo sempre vai aumentar a demanda e as crianças vão chegar a adultos sem saber cuidar dos dentes (T10).

Quando Ipê relata a realidade em saúde do seu local de trabalho, traz como referência as experiências anteriores vivenciadas pelos profissionais em outros locais do município, comparando as diferentes realidades para traçar um perfil de saúde da comunidade atual.

Olha, aqui é bem precário mas eu já vi piores, tem escolas que a gente não acredita que seja Porto Alegre, pelo estado de saúde bucal das crianças. [...] Aqui não está tão ruim. Eu não sei porque, eles têm mais fácil acesso à unidade, aos meios mesmo de informação, [...] tem casos assim que são bem complicados, mas não é tanto né? A maioria acho que tá razoável sim (T10).

Da mesma forma, há a comparação com outras unidades de saúde onde os profissionais já trabalharam, principalmente quanto à forma de organização do processo de trabalho conforme os protocolos existentes. Ipê diz tomar conhecimento de que algumas unidades não seguem os protocolos através dos próprios usuários

que procuram o serviço ou através do contato com outros colegas em espaços de reuniões.

Do outro posto pra esse também a gente tem seguido a mesma coisa [sobre o protocolo das agendas]. Eu não sei como é que tá funcionando com os outros, mas em reunião a gente vê que não é a mesma coisa, até pelos pacientes que tentam, que vem aqui e que vêem que nosso trabalho tá muito bom e dizem 'ah, lá no outro posto não é assim, não funciona desse jeito!'. A gente sabe que ainda não é realidade de todos os postos (T08).

Ipê relata as transformações ocorridas na unidade de saúde, principalmente quanto à recente mudança de modelo de atenção, quando a unidade passou de uma Unidade Básica de Saúde tradicional para o modelo da Estratégia de Saúde da Família. Apesar de Ipê estar atualmente constituída por muitos profissionais novos dentro da SMS, já há um conhecimento da realidade local, adquirido essencialmente por meio da demanda que chega até a unidade de saúde. A equipe percebe que a mudança na forma de acesso, que facilitou o atendimento aos usuários, trouxe uma realidade diferente da demanda que chegava anteriormente à unidade de saúde.

Acho que tem uma carga [de doença] nos adultos importante. Agora que a gente ousou deixar a agenda aberta estão vindo os adultos. Os adultos que tem uma carga de doença bem elevada. Eu peguei alguns casos difíceis, mas as crianças são impressionantes, estão bem (T07).

A expectativa de Ipê é que com a inclusão de novos profissionais, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde, será possível um melhor mapeamento da área de abrangência da unidade e maior apropriação da equipe quanto à realidade de saúde da comunidade local.

A gente não conseguiu mapear a área, claro, a gente sabe o que a gente atende, mas a gente sabe que é a ponta do iceberg, que é quem vem consultar. Mas eu acho que vai ter uma área com muito idoso, tem sítios e chácaras aqui. E aqui para baixo tem as invasões, daí é muito adolescente, enfim, mas não sei precisar como é a população (T07).

Observa-se que os profissionais trazem para a sua realidade atual experiências de formação profissional anteriores ao ingresso no serviço, assim como experiências adquiridas no exercício profissional dentro da SMS.

Eu posso dizer que meu curso foi muito bom, meu estágio foi todo pelo Moinhos e o Moinhos tem postos de saúde da família, então eu posso dizer que já gostei mesmo pelo curso em si, então sei mais ou menos alguma coisa pelos outros postos em que eu fiz estágio, na Ilha da Pintada, Paulo Viaro... (T08).

O acesso de Ipê aos protocolos tem se dado tanto por iniciativa própria dos profissionais em buscar referências para organização do seu processo de trabalho, como através da Gerência Distrital, que disponibiliza à equipe os protocolos instituídos pela SMS.

Eu trouxe o [protocolo] da saúde bucal [Caderno 17 do MS] [...]. A coordenadora tinha todos os outros [Cadernos de Atenção Básica], o de saúde bucal não lembro de ter vindo. O de PSE veio, a maioria veio pela Gerência. A Gerência passa os [protocolos] da SMS. A gente tem um arquivo ali na sala da chefe, que tem tudo isso (T07).

Quanto aos processos de educação permanente instituídos dentro da SMS, Ipê traz um breve histórico. Os encontros mensais realizados na Gerência Distrital são referenciados como espaços onde se discutem os protocolos da saúde bucal, porém a equipe reforça a necessidade de se qualificar este espaço.

[...] nos primeiros tempos havia reuniões mensais, cursos lá na SMS, depois parou de ter, agora eu vejo que tem novamente com a Gerente [Gerente do Distrito Sanitário], acho que ela que puxou esse tipo de encontro, mas eram mais cursos mesmo, vinham professores da Universidade para falar sobre periodontia, cirurgia, era muito legal [...] (T10).

[...] a reunião que a gente faz mensal [...] é uma reunião que a gente não delibera muita coisa, não é produtiva. [...] lá acaba-se discutindo problemas [...] é o muro das lamentações, o tempo todo a gente se encontra para falar sobre problemas, mas pouco é tirado daquilo [...] do que que a gente vai encaminhar a partir disso (T07).

As reuniões das equipes de saúde bucal da Gerência Distrital não são vistas como espaços de educação permanente pela equipe, e alguns profissionais relatam não priorizar a participação neste espaço.

Eu acho que antes era melhor, todo mês a gente tinha um curso, educação continuada, educação permanente, com professores da faculdade [...]. Agora não tem mais, só as reuniões nas Gerências, eu nem vou, prefiro ficar aqui atendendo. As gurias vão e depois passam pra mim. É importante também, né? (T10).

Ipê ressalta que os cursos oferecidos pela SMS são prioritariamente direcionados para a equipe de enfermagem: “tem alguns cursos mas eu acho que é mais oferecido pra parte de enfermagem, porque são poucas vagas e a odontologia acaba não participando” (T11). Os cursos dos quais a equipe de saúde bucal pode participar nem sempre correspondem às expectativas dos profissionais. Há um sentimento em Ipê de que os conteúdos abordados nos cursos são muitas vezes descolados da realidade e não respondem às necessidades do dia a dia dos profissionais.

Eu acho que o de tuberculose foi muito bom, tinha muita coisa que eu não sabia. Mas o de tabagismo fica meio capengando, porque a gente vai com uma expectativa muito alta de sair de lá com uma noção de como começar a fazer o grupo, só que a gente sai de lá boiando (T08).

Acho que alguns de odontologia também deixaram a desejar, acho que tem que rever algumas coisas. [...] a gente sabe né que transmitir informação tu vais lá e transmite, mas abordar mesmo as práticas, discutir a aplicação daquilo ali na vida, relacionar com a realidade [...] senão fica aquela coisa muito teórica e a gente sabe que o que a gente vai desfrutar dali vai ser muito pouco. Acho que falta também conhecer melhor as realidades pra daí tu dá um curso, aplicar ao que as pessoas vivem, enfim, nas comunidades, nos bairros que trabalham (T07).

Um dos trabalhadores relata o estranhamento inicial ao ingressar no trabalho em Ipê, comparando à realidade da unidade na qual trabalhou anteriormente, em relação à organização do espaço de reunião de equipe como um momento de educação permanente.

[...] como eu era de um posto que era PSF e eu cheguei aqui e era uma UBS, eu senti muita diferença, porque lá a gente tinha educação permanente, a gente tinha reuniões e cada duplinha tinha o seu tema, da área toda da saúde. Então não era porque eu sou da odontologia que eu tinha que falar especificamente da odontologia. Cada um tinha um tema relacionado a saúde, nas reuniões de equipe, e isso eu senti bastante falta aqui. Nossa reunião, além de ter pouco tempo, é mais administrativa (T08).

Como uma tentativa de suprir esta necessidade de maior disponibilidade de tempo para instituir a educação permanente dentro da unidade de saúde, Ipê relata estar se organizando internamente para constituir este espaço dentro das atividades da equipe de saúde bucal. Conforme relato do trabalhador sete, existe um momento semanal para a reunião da equipe de saúde bucal, que a equipe pretende utilizar para educação permanente: “a gente quer, no nosso horário de terça-feira, começar a discutir algumas coisas também mais clínicas, não só administrativas, casos complexos [...]. Uma autoeducação permanente.”

Sobre a aplicação dos protocolos na unidade de saúde, Ipê afirma que constantemente quebra os protocolos instituídos, sejam os protocolos estabelecidos pela SMS, sejam os protocolos estabelecidos dentro da própria equipe: “diariamente isso acontece, na própria agenda às vezes a gente dá mais do que a gente poderia porque a gente acaba né, enfim... bate um sentimento (T07)”.

As readaptações dos protocolos ocorrem como uma tentativa de atender às demandas surgidas no dia a dia que não são previstas, e também muitas vezes por dificuldade de Ipê em estabelecer alguns limites, sejam eles para a própria equipe de saúde, sejam eles para a comunidade atendida, segundo o trabalhador oito: “no fim a gente acaba dando [a consulta], tentando fazer o melhor pra eles, e no fim [do dia] a gente já tá assim né [cansada].” Nota-se que há certo sofrimento envolvido neste processo. A equipe admite que o trabalho às vezes torna-se bastante penoso, apesar de eles estabelecerem alguns limites, conforme afirma o trabalhador sete: “agora tudo tem limite, a gente também estabelece alguns limites se o negócio fica muito penoso, muito difícil.”

O processo de mudança da forma de acesso ao atendimento odontológico na unidade também reflete como Ipê articula os protocolos com realidade da comunidade local. As mudanças nos protocolos aplicadas à realidade se dão por demandas da própria comunidade e também por demandas da equipe, que redefinem as normas instituídas de forma a facilitar o seu processo de trabalho e torna-lo mais prazeroso.

Acho que a gente muda sim [os protocolos], por exemplo, agora a gente resolveu fazer o acolhimento, não é? Foi uma mudança porque a gente estava vendo que eles [a população] vinham pro agendamento mas reclamavam muito porque tinham poucas vagas, chegavam aqui bem estressados, brigavam com as gurias (..) e era bem desagradável (T10).

Aqui a gente estava seguindo o protocolo [agendamento via grupo de acesso] [...] e a gente explicava que não era uma norma nossa, que era de Porto Alegre, da secretaria de saúde [...] E por mais que a gente dissesse 'olha, a gente está tentando fazer desse jeito para melhorar pra vocês' nunca era bom. Então a gente vai quebrando [o protocolo] para ser melhor pra eles e pra ser melhor para nós também (T08).

As dificuldades enfrentadas no dia a dia quanto à infraestrutura de materiais, insumos e equipamentos disponíveis também afetam a aplicação dos protocolos, obrigando a equipe a adequá-los conforme a infraestrutura existente, segundo o trabalhador nove: “Daqui a pouco não tem água destilada, a gente vai fazendo um mexe, um pouquinho ali, aqui.” Ipê afirma que “tem dificuldades como em todo lugar, daqui a pouco uma coisa [um equipamento] não funciona” (T07), porém destaca que “tem uma grande resiliência” (T07), pois “vai se adaptando e fazendo o que é possível” (T10).

O processo de redefinição de condutas e protocolos em Ipê passa por uma discussão interna na unidade. Muitas vezes a equipe de saúde bucal leva propostas de mudanças para pactuação com a equipe de saúde, e outras vezes as propostas de mudança vêm de uma demanda da equipe para a equipe de saúde bucal, provocando desta forma a revisão e redefinição dos protocolos instituídos. Ipê exemplificou este processo com o relato da implantação do acolhimento na saúde bucal.

Era uma demanda também do pessoal da frente [da recepção]: 'ah, a odontologia não está, o que a gente faz com os pacientes que vem agendar?'. Então a gente veio de uma demanda da equipe, daí a gente discutiu internamente [na saúde bucal] (T07).

Uma coisa que aconteceu agora com essa mudança [com o Acolhimento], foi que colocaram assim na reunião: 'ah, se vão abrir o dia inteiro [...] vai ficar uma fila enorme'. Daí a gente pensou: não, vamos fazer só num horário determinado, três vezes por semana [...] e neste horário uma das gurias vai ficar lá [na recepção], porque elas [as técnicas de enfermagem] pensaram que iam se sobrecarregar (T10).

Percebe-se que há um envolvimento pessoal de cada trabalhador de Ipê com o trabalho desenvolvido na unidade de saúde, onde nota-se uma vontade de provocar mudanças a longo prazo na realidade de saúde da comunidade em que estão inseridos. Para o trabalhador dez, a satisfação está em “ver o paciente, resolver aquele problema pelo qual ele foi te procurar e sair satisfeito [...] o mais

importante pra mim é isso”. Esse envolvimento lhe traz muita satisfação, porém não está descolado de certo sofrimento físico adquirido ao longo dos anos:

Eu acho que eu trabalhei demais e minha coluna também, tive que tirar seis meses de licença-saúde. Melhorei, agora estou bem, ainda bem que elas chegaram [a segunda equipe de saúde bucal] e eu não senti mais nada. Eu acho que isso aí é uma consequência, de a gente ficar muito querendo resolver, resolver, e nunca tem fim, né? A doença cárie nunca vai ser erradicada do planeta (T10).

O sentimento de satisfação de Ipê passa também pelo reconhecimento da comunidade e da própria equipe de saúde quanto ao trabalho desenvolvido na unidade: “para nós é o nosso serviço, mas para eles [pacientes] é devolver a autoestima, tudo o mais. [...] A gente vê que a gente recebe bastante elogios da equipe [...] e de muitos pacientes também” (T08). Além disso, Ipê diz perceber o resultado de seu trabalho nos usuários do serviço:

Eu gosto de ver aquele paciente [...] sair com aquela boca limpinha, sem nada, dá uma sensação tão boa [...] é bom pra nós, bom pra ele que ele vai sentir a autoestima dele melhorar bastante. Eu fico bem feliz [...], por a gente ter feito alguma coisa que melhorou, que ajudou ele. [...] quando tu vêes que [...] o que tu tá falando ele tá fazendo, tá sendo seguido e tá melhorando a vida dele. Eu fico bem contente. É difícil, mas quando acontece é bom (T09).

[...] às vezes as pessoas chegam aqui de um jeito [...] num estado de espírito estão assim lá embaixo, e depois a gente vê no final quando a gente dá alta pro paciente, que o paciente está tão bem, e tão bem espiritualmente, então vale a pena a gente vir aqui todos os dias também (T08).

Os sentidos e os valores envolvidos no trabalho passam pelas experiências de vida de cada um dos trabalhadores de Ipê e também pelo que os profissionais acreditam ser fundamental no trabalho em saúde: “o vínculo que tu estabelececes é muito forte [...] é muito diferente da clínica [particular]. A gente é referência para as pessoas” (T07). São esses valores que fazem os profissionais superarem as dificuldades do cotidiano. Percebe-se que o trabalho no Sistema Único de Saúde traz diferentes valores para os profissionais, quando estes o comparam às experiências de trabalho prévias no setor privado.

[...] eu trabalhava numa clínica de ortodontia [...] quando eu cheguei aqui era tudo diferente. Mas é muito bom, eu estava meio assustada, é diferente de como a gente lida com o paciente, do que tu pode falar, [...] na clínica particular tem coisas que tu não pode falar, aqui é mais aberto. Tem um relacionamento com o paciente bem melhor, porque tu vê ele mais vezes, [...] tem mais contato [...] dá para conversar bastante, é bem legal (T09).

Ao mesmo tempo, percebe-se que há um conflito de valores entre os profissionais de Ipê e a comunidade atendida. Ipê se esforça para provocar mudanças através de diferentes estratégias junto à população, enfatizando especialmente a importância das atividades de educação em saúde.

Eles [a população] tem muito a ideia de que ir no dentista resolver problemas é fazer uma extração, colocar uma prótese. [...] Então se a gente pudesse trabalhar mais essa parte educativa, fazer grupos, além de continuar nas escolas, que é o que tá fazendo melhorar (T10).

São outros tempos também não é!? Antes não se falava muita coisa [...] a gestante não pode vir no dentista porque sei lá o que [...] o nenê tira o cálcio do teu corpo e vai pra ele [...] tem muita coisa antiga [...]. Como a gente está indo bastante nas escolas e a gente está falando, eles já estão sabendo algumas coisas. Os adultos, como já são mais velhos [...] a gente tá sempre tentando informar como é, que não é bem assim, e acho que por isso os adultos acabam tendo mais coisas [problemas], eles têm muito medo de dentista, às vezes mais do que as crianças (T09).

Para Ipê, o entendimento de que saúde é muito mais do que saúde bucal é fundamental para o sucesso do trabalho desenvolvido e a satisfação dos usuários atendidos.

A gente vê o paciente como um todo [...] não só como uma boca [...] Eles ficam bem desconfiados quando eu digo que a gente vai chamar a enfermeira [...], ou falar com o doutor pra de repente já resolver, então eles saem bem satisfeitos de dentro da odontologia porque não é só a boca que a gente trata, a gente trata muito mais, de pessoas (T08).

Ipê acredita conseguir aplicar e redefinir os protocolos instituídos em virtude do trabalho em equipe estabelecido dentro da unidade. A integração entre os profissionais da equipe de saúde bucal favorece o desenvolvimento das atividades e a superação das dificuldades do dia a dia.

[...] o importante é que a gente tem uma equipe de apoio que vai nos auxiliar, as gurias [auxiliares] estão sempre ali disponíveis [...] estão sempre dando o apoio senão tu não consegue fazer isso, senão a gente fica limitado. [...] a gente formou uma grande parceria eu acho, a gente se adaptou bem (T07).

Quanto à integração com os demais profissionais da unidade, Ipê entende que tem uma boa aceitação junto à equipe de saúde, porém revela que no dia a dia a saúde bucal ainda tem trabalhado de maneira bastante isolada, com pouco envolvimento da equipe nas suas questões e nas questões da unidade, como exemplificado em relação à implantação do acolhimento.

No início [...] foi o dia inteiro, não tinha horário [o acolhimento]. [...] Então a gente chegou à conclusão que atrapalhava bastante o serviço delas [das técnicas de enfermagem] porque toda hora chegava: 'gurias, tem mais um, tem mais um.' Então a gente chegou à conclusão que melhor seria determinar dia e horário: segunda, quarta e sexta (T08).

Nota-se também que Ipê trabalha com prontuários individualizados e separados do prontuário de família, porém há uma perspectiva de integração deles dentro da unidade: “a gente já discutiu isso em reunião, talvez o que vai ser discutido mais a fundo seja a questão dos prontuários, da organização deste fluxo de documentos que vão andar aqui dentro” (T07). Percebe-se certa apreensão quanto à aceitação da equipe de saúde das propostas de mudança nos fluxos da unidade, na tentativa de integrar mais a saúde bucal no processo de trabalho da equipe:

Mudança nunca teve assim significativa nas unidades que eu trabalhei [...] não sou muito de revolucionar mesmo, sempre tento me adaptar para não contrariar muito o resto da unidade. Por exemplo, agora que a gente mudou para o acolhimento, a gente colocou na reunião e aí uns ficaram meio assim.... [contrariados] (T10).

Enquanto alguns profissionais sentem-se pouco demandados dentro da equipe, observa-se que Ipê também se isola muitas vezes. Isso se dá por uma expectativa de que esse envolvimento traga mais demandas do que Ipê possa suportar.

Eu sinto que a gente sai bastante [do consultório], eu me sinto às vezes pouco procurada aqui [...] a gente acaba saindo muito, procurando outros profissionais [...] identifica o paciente que tá com a medicação atrasada, hipertenso, a gente consegue fazer um link com outros profissionais. Mas acho que a odontologia é pouco procurada pelas outras áreas. [...] Mais é a ginecologia que encaminha as gestantes, que tem vindo surpreendente muito no dentista, o pediatra às vezes (T07).

A gente fala do resto do posto mas a gente também é egoísta e acaba se isolando um pouquinho (T08).

Eu acho que a gente já tem muita demanda se a gente ainda for lá [na equipe] buscar mais demanda a gente vai ficar mais assim né...então eu fico quietinha no meu canto (T10).

Ipê acredita que um maior tempo de trabalho, uma vez que a maioria dos profissionais atua há pouco tempo na unidade, irá contribuir na integração da equipe de saúde como um todo, não apenas da saúde bucal: “acho que a gente não tá bem organizado nos fluxos ainda. Porque muita gente nova entrou, agora tem que sentar para trabalhar melhor as ideias” (T07).

4.4 O agir em competência de Tipuana

A Equipe Tipuana refere utilizar os protocolos existentes para o acesso do usuário à atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção do município, seguindo uma linha de cuidado em saúde bucal, desde o acesso na atenção primária até as especialidades e exames odontológicos que serão necessários para o tratamento do usuário: “acho que [os protocolos] são mais em termos dessa sequência da linha de cuidado na saúde bucal, quais os caminhos que ele [cidadão] vai ter que circular dentro da rede para poder seguir [o tratamento]” (T12).

Para possibilitar o acesso da população ao tratamento odontológico na unidade de saúde, Tipuana utiliza o protocolo de agendamento via participação no grupo de saúde bucal, com garantia de tratamento odontológico completo. Para as situações de urgência, disponibiliza horários específicos em cada turno de atendimento. Quanto a protocolos clínicos, Tipuana utiliza técnicas e conhecimentos adquiridos pelos trabalhadores durante a sua formação profissional.

Tipuana afirma pactuar seus protocolos internamente na equipe de saúde bucal, levando posteriormente para o conhecimento da equipe de saúde da unidade. Os protocolos próprios pactuados por Tipuana são estabelecidos a partir das diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde. Após a pactuação interna, Tipuana afirma ampliar a pactuação com os usuários que acessam o serviço e também com o conselho local de saúde da Unidade.

Nos baseamos, a princípio, no que a prefeitura já nos sugeriu e orientou como sendo diretriz municipal [...] além disso, quando a gente faz o grupo de acolhimento, a gente também pactua com os próprios usuários que estão entrando naquele momento pro acesso. [...] então tem sido dessa forma, a gente sempre procura ampliar a nossa pactuação, não é?! [...] Algumas coisas também terminam passando pelo conselho local da unidade (T12).

Além dos protocolos já citados, Tipuana relata a utilização de um sistema informatizado de acompanhamento dos cidadãos que acessam o serviço odontológico, conforme a forma de entrada no serviço. Esse sistema foi criado por um dos cirurgiões-dentistas da unidade como um produto de um curso de pós-graduação, e foi implantado na unidade em comum acordo com a equipe de saúde e conselho local de saúde.

[...] quando o outro colega [dentista] implantou o sistema de informatização [...] ele também levou ao conselho local, mostrou como é o acompanhamento para os tipos de entrada para o acesso à odontologia. O conselho local gostou e está tentando espalhar para as outras unidades (T12).

Quanto à realidade de saúde da comunidade local, Tipuana afirma que é bem heterogênea: “[...] nós temos desde pessoas de classe média até aquelas pessoas que são paupérrimas, que dependem de todos os tipos de assistência do serviço público, desde assistência social à saúde, 100% SUS” (T12). Afirma também que, independentemente da situação econômica, a grande maioria da população acessa a unidade de saúde, o que gera uma demanda superior ao que Tipuana consegue atender.

[...] a realidade é que a gente tem sempre muita gente [...] a grande maioria, mesmo as pessoas que tem uma condição de vida melhor, acessam o posto, eles usam principalmente odontologia [...]. O grande problema é que a demanda é muito grande, a gente não consegue. [...] Não só a odontologia, mas tudo, o povo usa muito o posto (T13).

Tipuana identifica que, além das necessidades de tratamento de saúde, a comunidade que acessa a unidade possui outras necessidades essenciais. Um dos trabalhadores afirma que, mesmo sendo residente da área de abrangência da unidade de saúde, só veio a conhecer esta realidade após começar a trabalhar neste serviço, e através das atividades realizadas no território junto com a equipe de saúde. As atividades realizadas nas escolas e as visitas domiciliares também são apontadas por Tipuana como momentos onde se consegue apreender um pouco mais sobre a realidade da população.

[...] existem muitas necessidades [...] de tratamento e até mesmo de vida [...] necessidades básicas. [...] não tem água encanada em casa, não tem água quente para tomar banho. [...] É uma população carente, mas tem um núcleo em volta da unidade, aqui no centro, que é uma população boa, que tem condições [econômicas], mas nós temos bolsões, invasões, que é uma situação bem precária. Eu como moradora aqui do bairro não conhecia, o ano passado quando eu fui fazer caminhadas sobre tuberculose com o pessoal da enfermagem, vi coisas que eu não imaginava (T13).

Tipuana afirma realizar visitas domiciliares apenas quando a equipe de saúde identifica alguma necessidade e solicita o acompanhamento da saúde bucal, pois não há uma rotina estabelecida por eles para esta atividade dentro do cotidiano de trabalho: “é sob demanda, [...] os outros profissionais da equipe solicitam: 'olha, a odontologia poderia nos acompanhar um dia'. Bom, daí a gente vê uma agenda compatível para acompanhar [a visita domiciliar]” (T12).

O acesso aos protocolos por Tipuana se dá nas reuniões na Gerência Distrital, onde nem sempre ocorre uma pactuação de que forma estes protocolos serão aplicados à realidade de cada serviço de saúde. A equipe cita o exemplo da mudança de protocolos quanto à forma de acesso dos usuários ao atendimento odontológico, e como isso foi trazido na reunião da Gerência Distrital, onde as equipes de saúde bucal se reúnem mensalmente. A equipe defende que as orientações da SMS são muito verticais e as decisões muito centralizadas, chegando

até as equipes através das Gerências, sem muita participação dos profissionais de saúde.

[...] houve uma reunião de gerência distrital que fez essa mudança, de que não podia mais ter ficha para fila e que tinha que ser através de grupos [o agendamento], daí que a gente foi fazer grupos como forma de ingresso. [...] chegou assim 'até tal prazo vocês têm que começar os grupos, e não pode mais ter ficha na fila, não podem mais distribuir fichas' (T13).

O conhecimento [dos protocolos] dessa forma que a prefeitura nos orienta é um pouco verticalizado porque vem de uma região central, e a disseminação vem através das gerências distritais que orientam: 'bom, vai ser assim'. A gente realmente sente falta de poder participar um pouco mais (T12).

Um dos trabalhadores relata como teve conhecimento do Protocolo de Saúde Bucal do município quando ingressou como profissional da SMS, no final de 2013: “[...] quando eu entrei eu recebi de forma oral [...] como que funcionava. Aí depois disso, veio um e-mail [...] no final do ano passado: 'Ó, saiu o Protocolo, agora é esse [...] deem uma lida’” (T12).

Anteriormente a essa mudança de protocolos para o acesso da população à atenção em saúde bucal, Tipuana organizava o agendamento através da distribuição de fichas, com exceção de alguns agendamentos prioritários: “[...] a gente vinha de uma forma que já funcionava há muito tempo, que é a ficha com fila, e agenda aberta para idoso, revisão de criança, diabético” (T13). Tipuana entende que o conhecimento da realidade de cada território é fundamental para a definição das formas de acesso da população ao serviço de saúde e que é necessária uma maior participação dos profissionais nessas definições, conforme destaca um trabalhador: “dar a nossa opinião, decidir, de certa forma contribuir democraticamente nessas formas de atendimento, de acesso da população, [...] em alguns locais tem que ser mais maleável [...] de acordo com as características de cada território” (T12).

Ainda, Tipuana relata que algumas informações repassadas nas capacitações não se refletem na prática, citando um exemplo das pactuações quanto às atividades do PSE que, na prática, não aconteceram como combinado, revelando uma dificuldade de comunicação entre Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação: “[...] a gente sabe o que tem que ir lá fazer na escola e chega lá eles não sabem o porquê a gente está fazendo” (T13).

Apesar de Tipuana acreditar que há pouco espaço para discussão e participação das equipes na definição dos Protocolos a serem adotados na saúde bucal, afirmam que as reuniões nas Gerências Distritais são espaços bastante positivos e que permitem a troca de experiências entre os profissionais da região, além de entenderem este momento como um espaço de educação permanente para os profissionais:

As reuniões distritais que nós temos de saúde bucal são bem positivas, são momentos que a gente se encontra com todos os dentistas da região e normalmente consegue trocar alguma experiência [...]. As próprias capacitações que a prefeitura nos traz também são nesses momentos da gerência distrital [...] tem sido positivo, mas nem sempre a gente tem aberto esse momento de poder debater as coisas (T12).

Quanto a esses momentos de educação permanente, Tipuana acredita que poderiam ser mais produtivos se fossem realizados com maior frequência e com mais tempo para debate, além da necessidade de continuidade na abordagem de determinados assuntos, pois as temáticas têm sido discutidas muito pontualmente.

Nem sempre termina sendo bem produtivo porque é um momento muito pontual e muito rápido, a gente não tem aquele momento mesmo de discutir mais e de tentar modificar alguma coisa do dia-a-dia. [...] fazer alguma coisa um pouco mais continuada realmente dentro de determinado assunto, até porque se a gente trabalha com coisas mais técnicas, é na repetição, no treinamento constante, que a gente consegue se apropriar mais de algumas coisas (T12).

Tipuana enfatiza que algumas capacitações devem ser integradas com outros profissionais de saúde: “em algumas situações as capacitações teriam que ser abertas também para outros integrantes da equipe, não só da odontologia, mas envolver os outros profissionais de uma equipe de saúde” (T12).

Na unidade de saúde, Tipuana relata haver também algum espaço para educação permanente dos profissionais na reunião de equipe, porém observa-se que nem sempre conseguem muito tempo para trabalhar as questões da saúde bucal com toda a equipe de saúde da unidade, ficando as questões da odontologia mais restritas à discussão da equipe de saúde bucal.

[...] no dia da reunião da equipe primeiro a gente tem o momento com todos da equipe e lá no finalzinho da reunião, se não tem mais nada pra gente ver, aí a gente vem, o pessoal da odontologia, e faz uma conversa. É um pouquinho apertado [...] mas tem sido suficiente. Até porque como a gente tem aqui um núcleo [da saúde bucal], muitas vezes a gente continua conversando em outras ocasiões (T12).

Estes momentos de educação permanente nas reuniões de equipe não acontecem regularmente, apenas "quando tem algum assunto, ou quando vem alguma coisa de fora [da equipe], mas não tem previsto que dia vamos fazer" (T13). Quando acontecem, são organizados pela coordenação da unidade conforme solicitação dos próprios profissionais: "se alguém tem algum tema eu acho que leva para a coordenação [da unidade], que vê se tem alguma pauta específica ou não para a semana, e depois se organiza no dia" (T12).

Tipuana modifica os protocolos conforme as necessidades que se apresentam no cotidiano, ou seja, conforme a estrutura disponível no momento e conforme as demandas de cada indivíduo que busca a unidade de saúde.

[...] os nossos protocolos não são muito fechados [...] porque de acordo com o que aparece na dinâmica do dia-a-dia a gente pode ir modificando de acordo com as necessidades do momento e até de acordo com os materiais que nós temos disponíveis naquela ocasião (T12).

A flexibilização de protocolos também acontece quando surgem demandas de outras instituições que se articulam com a unidade de saúde. Desta forma, com a flexibilização pela equipe dos protocolos adotados, Tipuana acredita que tem conseguido dar conta das diferentes demandas que surgem no cotidiano do trabalho.

A gente procura ter um protocolo para seguir [...] porque a gente tem que seguir uma linha, mas tem exceções, como sempre, a gente trata com pessoas, né?! [...] Então tem coisas que às vezes acontecem: 'ah, o conselho tutelar pediu para colocar direto na agenda uma criança porque tá em situação de risco'. A gente abriu [a agenda] e colocou [...] e segue assim, acho que funciona (T13).

Tipuana exemplifica como articula os protocolos determinados pela SMS com as características da unidade de saúde, através da descrição de como reorganizaram o acesso da população ao tratamento odontológico na unidade.

Tipuana relata que, conforme as diretrizes da SMS, o acesso deveria ser reorganizado através da realização de grupos de acesso, os quais deveriam ser abertos à comunidade sem limite de participantes, com periodicidade semanal. A participação de toda a equipe de saúde da unidade foi fundamental para que conseguissem adaptar o protocolo frente às dificuldades que foram surgindo ao longo do processo.

[...] A gente ajustou algumas coisas [...] não tinha como fazer aberto porque a gente tinha uma sala de reunião que não é grande e se abrisse assim poderiam vir muitas pessoas e a gente não ia conseguir. [...] as pessoas vinham num determinado dia para fazer a inscrição [...] vinha sempre muito mais gente do que os lugares que a gente tinha [...] foi bem complicado [...] então a gente conversando com o pessoal da unidade surgiu a ideia de fazer a inscrição [por lista de espera]. [...] Então agora é o seguinte: se inscreve no caderno [na lista de espera], depois a gente tem o trabalho de ligar para marcar [o dia do grupo] (T13).

Tipuana afirma que teve sucesso neste processo, com a renormalização do protocolo estabelecido pela SMS, apesar de destacar que sofreu uma sobrecarga de trabalho para organizar os grupos.

Foi um meio termo que a gente conseguiu com todos [da equipe de saúde], os médicos que fazem grupo de tabagismo deram a ideia, porque é o que eles fazem com o grupo de tabagismo. [...] é um trabalho dobrado, primeiro porque todos os dias a gente reserva um horário para fazer as ligações [...] e depois toda semana a gente tem que marcar os grupos também. Mas enfim, está dentro do horário, eles [usuários] estão conseguindo [acessar os grupos] [...] a gente faz um tratamento completado, tá funcionando (T13).

Para implementar novos protocolos advindos da SMS, Tipuana destaca ter o seu próprio protocolo. Eles têm como prática aplicá-los experimentalmente conforme as diretrizes estabelecidas e posteriormente adequá-los conforme as dificuldades observadas. Cada modificação proposta pela equipe é experimentada na prática e posteriormente reavaliada, até que se obtenha um resultado adequado: “é exatamente esse processo: faz uma primeira experiência, analisa o que deu certo e o que deu errado e a partir dali faz uma modificação, aí experiência de novo [...] até chegar na forma mais adequada para a nossa realidade” (T12).

Citando novamente o protocolo estabelecido para o trabalho no PSE, quando Tipuana identifica na prática que algumas combinações não estão bem articuladas

com as escolas, os próprios profissionais articulam soluções com a equipe da escola, para não inviabilizar o trabalho.

Quando nos foi dado que teria um modelo para autorização dos pais, a gente levou na escola que seria o período das matrículas, quando nos disseram: 'ah, mas já matriculamos metade das crianças'. Eu disse: 'bom, mas vocês têm alguma coisa dessa...', e eles: 'ah, nós já temos um termo de consentimento aqui que é padrão, a gente sempre usa' [...] então pronto, deixamos dessa forma! Até porque naquele novo teriam várias outras coisas que seriam pedidas e elas não teriam condição de ter alguém acompanhando para pedir tudo aquilo, ver se entregaram a documentação, cartão do SUS, etc., unidade de saúde onde a pessoa é atendida (T12).

Observa-se que o envolvimento pessoal de cada trabalhador de Tipuana é permeado pelas experiências de vida anteriores, sentimentos e valores que cada profissional adquire ao longo da vida, não apenas da vida profissional.

O que eu trago é muito mais assim: o amor pela odontologia, por eu gostar muito de odontologia, clinicar e do contato com as pessoas. [...] eu fui criado aqui no bairro também, então eu tenho envolvimento com a comunidade [...] então por eu ter esse envolvimento, eu também vejo as pessoas terem necessidade, elas precisam disso, não estou à parte dessa realidade, desse mundo que tá acontecendo lá fora (T12).

[...] eu fiz uma virada profissional e me dediquei mais à saúde pública, pelo meu contato junto a minha família com ações não governamentais [...] comecei a ver que realmente para a gente tentar modificar um pouco da saúde da população não adiantava ficar só esperando lá no consultório, quando comecei a gostar mais desse contato com o setor público (T12).

Eu acho que eu trago essa minha vontade de fazer funcionar as coisas [...] se eu sentasse numa cadeira de um serviço público, eu gostaria do atendimento que a gente tá dando. [...] quando tu trabalhas em consultório particular tu é mais, as vezes, secretária e administrativo do que propriamente auxiliar, [...] eu me sinto muito bem trabalhando aqui, as pessoas dizem: 'ah, porque é serviço público'. Dá a impressão que só o importante é que tu ganhas melhor, e não fazer um serviço que tu se sintas bem com o que está fazendo (T13).

Para os trabalhadores de Tipuana, o investimento pessoal para que o trabalho desenvolvido seja resolutivo e que traga uma efetiva contribuição social à comunidade atendida, deveria ser comum a todos os profissionais de saúde.

[...] a gente tem que fazer com que as pessoas não fiquem esperando que o dentista resolva aquele problema de saúde bucal delas [...] falando com as pessoas: 'Oh, vocês têm esse problema aqui, vão passar 40 minutos na cadeira, mas e o tempo todo lá na rua, vocês também têm que se cuidar! O que mais tem que fazer no dia-a-dia de vocês? Tem que lutar por mais emprego, mais transporte, tem que modificar as condições de vida aqui da rua? Tem mecanismos para gente conseguir fazer isso! É o orçamento participativo!' (T12).

Assim como os profissionais implicam no seu trabalho valores adquiridos ao longo das suas vidas, este trabalho também agrega valores à vida destes profissionais, o que, para Tipuana, reflete-se na satisfação pessoal com os resultados obtidos no trabalho e que também retroalimentam suas escolhas profissionais, mesmo que algumas experiências no serviço público não tenham sido muito satisfatórias.

[...] é bem gratificante de ver isso, que as pessoas gostam do atendimento, e quando a gente vê que realmente mudou um hábito que era nocivo [...] então a gente está conseguindo promover saúde. Ou quando um pacientezinho que eu atendo [...] e o amigo que veio acompanhando ele vem depois vem se inscrever dizendo 'eu também vim tratar meus dentes', é porque o trabalho está dando retorno, e isso é bastante gratificante, essa é a parte mais legal! (T12).

[...] aqui nessa unidade estou tendo um trabalho de saúde pública muito legal. No outro município em que trabalhei realmente foi muito frustrante, a única coisa boa é que lá eu trabalhei em CEO e tive uma visão que eu prefiro a unidade básica mesmo (T13).

As características do trabalho na Atenção Primária também são identificadas por Tipuana como elementos importantes na criação de sentidos para o trabalho em saúde.

[...] eu trabalhei no CEO, na especialidade e aí eu vi que meu negócio era a básica, eu gosto de pegar um paciente, começar um tratamento e concluir aquele paciente. [...] Não gostava daquela coisa pontual, de tratar só aquilo ali que ele [o paciente] veio tratar. [...] a gente conversa sobre os casos dos pacientes [...] eu penso que aqui estou conseguindo fazer a diferença. Fazer a diferença com aquela criança, que ela está aprendendo e aquilo ali ela vai levar para o resto da vida (T13).

Tipuana acredita que os resultados alcançados no trabalho não são frutos apenas do esforço individual de cada profissional, mas do esforço coletivo da equipe, afetados pelas condições de trabalho que o município oferece.

A gente tem que se esforçar muito porque a gente realmente tem um público muito grande, mas a gente consegue fazer um bom trabalho, a equipe não só da odonto mas de toda a unidade, que tem uma outra visão [...] em outro município eu trabalhei num posto pequeno e num posto grande e não era assim. Não sei se por causa das condições de trabalho, mas aqui eu consigo ver que a gente se esforça, mas tem resultado (T13).

A nossa unidade é um coração de mãe, a gente também tem que ser mais disponível e ter uma postura de acolhimento, porque o acolhimento não é uma coisa protocolar, o acolhimento é uma postura que a pessoa tem que ter. É muitas vezes dizer um não, mas um “não” orientando também a pessoa, e esse envolvimento eu sempre tive (T12).

Tipuana salienta a importância do trabalho em equipe para o bom funcionamento da unidade e para a manutenção dos protocolos estabelecidos internamente, defende que as pactuações feitas em equipe devem ser seguidas, e que as exceções devem ser tratadas individualmente.

A gente tem procurado todo mundo falar a 'mesma língua', primeiro a gente combina antes [...] entre todos, para todo mundo falar a mesma coisa [...] seguir uma linha: 'ah, é pro grupo? Todo mundo tem que entrar pro grupo? Então todo mundo tem que entrar pro grupo!'. E a urgência? Dá-se um jeito, a gente não vai deixar de atender cada paciente (T13).

As pactuações de processo de trabalho e fluxos dentro da unidade são primeiramente discutidas por Tipuana e depois levadas para a discussão com os demais profissionais da unidade, que sempre trazem alguma contribuição para a organização da saúde bucal.

[...] a gente procura organizar dentro da nossa equipe, como se fosse uma pactuação interna nossa e a partir dali a gente leva inclusive para os outros integrantes da equipe da unidade de saúde [...] A gente não tinha muito bem esclarecido a forma de acesso das gestantes, aí no ano passado a gente repactuou aqui com a nossa equipe, levamos para reunião maior, a reunião ampliada, digamos assim, de toda a equipe de saúde daqui da unidade, e à partir daí [...] a gente fez uma organização para entrada das gestantes pro atendimento (T12).

A horizontalização das decisões dentro desta equipe de saúde bucal favorece o trabalho em equipe, na qual cada um tem o seu papel e a sua contribuição para o funcionamento do serviço. Tipuana se mostra satisfeita com a relação de trabalho

estabelecida dentro da unidade, considerando as características pessoais de cada integrante da equipe, agregando o fator "sorte" à integração dos profissionais.

[...] a gente sempre procura, quando tem que alterar alguma coisa [...] sentar e conversar entre nós [...]. Cada um tem o seu valor dentro da equipe e todos chegam e contribuem com alguma coisa pra gente chegar num denominador comum e aí a gente procura sempre resolver para que fique bom pra todos (T13).

Nesse ponto, a gente tem bastante sorte de ter uma equipe que é colaborativa, aceita de forma democrática e participa das coisas e quando a gente resolve uma coisa todo mundo abraça junto e leva adiante [...] Isso é uma sorte, porque equipe é feita de pessoas e pessoas, algumas pessoas são mais difíceis do a gente poder lidar, mas felizmente aqui a equipe é muito boa, tanto a nossa da odontologia, quanto do resto do pessoal (T12).

Apesar de agregar a sorte como um fator importante na constituição do trabalho em equipe, Tipuana destaca que há um esforço individual de cada trabalhador para a boa integração dos profissionais dentro da unidade, onde há a preocupação de todos em apoiar-se mutuamente para a manutenção do serviço, principalmente diante das dificuldades que surgem no cotidiano.

[...] tem que deixar bem claro que é uma troca! A gente tá aqui, a gente precisa da força deles [de todos os profissionais da equipe de saúde] e eles da nossa, é uma troca. [...] A gente puxa pra gente a responsabilidade [da saúde bucal], mas eles também puxam [a responsabilidade] em muitas coisas. Eles mandam bater aqui [na porta do consultório] quando eles não sabem [...] mas eles procuram sempre se apropriar, pelo menos a primeira informação eles procuram sempre dar. Se a gente precisa de coisas, como material, eles nos ajudam e a gente da mesma forma. (..) A unidade tem isso, é um coração de mãe, quem chega aqui a gente abraça (T13).

Ainda, Tipuana afirma que os trabalhadores devem estar atentos às dificuldades e exigir soluções quando estas não dependem apenas da equipe, mas também de outros setores da SMS. Porém, destaca a responsabilidade do trabalhador no cumprimento de suas atividades: “eu acho que a gente tem que reclamar, [...] tu tens que fazer as coisas e tem que exigir que funcione. Mas também quando chega na tua vez, tu também tens que fazer a tua parte” (T13).

5 DISCUSSÃO

Iniciaremos este capítulo com a análise das discussões sobre o tema Acolhimento realizadas com as equipes de saúde bucal de todas as regiões do município durante os encontros de educação permanente, no ano de 2013, registradas pela pesquisadora em diário de campo. Serão utilizadas como forma introdutória de aproximação do objeto em análise – o agir em competência para a produção do cuidado das equipes de saúde bucal no município.

5.1 O acolhimento sob o olhar da saúde bucal

Para Merhy (2013), o deslocamento da centralidade do profissional de saúde para o usuário no processo de produção do cuidado em saúde exige outro agir por parte do trabalhador, que envolve a produção do acolhimento do outro neste encontro profissional-usuário. O acolhimento a que se refere o autor se trata de um processo relacional, de encontro entre sujeitos, com o reconhecimento do outro, que vai levar à construção de um projeto terapêutico baseado nas lógicas de vida do usuário e no mundo das suas necessidades.

Neste percurso de encontros com as equipes, a grande maioria dos profissionais negou que suas equipes estivessem discutindo a temática do acolhimento, apesar de ser um tema bastante pautado em diversas instâncias da SMS, inclusive nos Conselhos Distritais e no Conselho Municipal de Saúde, desde o ano de 2012. As discussões foram realizadas conjuntamente entre as Áreas Técnicas de Saúde Bucal e Atenção Primária da SMS de Porto Alegre. Tornou-se evidente para ambas as áreas técnicas (Saúde Bucal e Atenção Primária) o distanciamento da saúde bucal nas discussões sobre a ampliação e humanização do acesso nas unidades de saúde. Pôde-se observar também que em algumas unidades onde o acolhimento estava sendo implantado, a odontologia se mantinha à margem do processo, apesar de haver questionamentos da comunidade sobre a integração do acesso da saúde bucal nas unidades de saúde.

A expectativa em relação ao que seria abordado nos encontros pôde ser percebida pela ampla participação dos profissionais de saúde bucal da atenção primária em todas as regiões de saúde e pode ser expressa pela fala de uma trabalhadora da saúde bucal, que atualmente ocupa um cargo na gestão na SMS: "vim ouvir sobre o acolhimento, pois fiquei curiosa de como seria conduzida esta discussão na odontologia, já que temos a particularidade de que fazemos tratamento, o que exige muitos retornos dos pacientes (Diários de Campo)".

A fala desta trabalhadora reflete não apenas uma expectativa em relação ao tema, mas também um entendimento que parece ser comum à grande maioria dos profissionais da saúde bucal do município. Foi destacada em todas as Gerências Distritais a existência de particularidades e características próprias do atendimento odontológico, segundo os cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal, todas centralizadas nas técnicas e procedimentos dentários — "cada consulta é um procedimento cirúrgico (Diário de Campo)". A centralidade da atividade na produção de procedimentos observada nas equipes de saúde bucal corrobora a afirmação de alguns autores quanto à lógica hegemônica dos serviços de saúde de produção de procedimentos e não de cuidado (BOTAZZO, 2008; TRAJANO, CUNHA, 2012; MOYSÉS et al., 2008; CUNHA, 2010; EMMERICH, CASTIEL, 2013)

A preocupação com o esgotamento da agenda do cirurgião-dentista é constante entre os profissionais, assim como a alegação de dificuldades na integração da saúde bucal com a equipe de saúde nas unidades, ora manifestada por resistências por parte das equipes de saúde bucal, ora manifestada por resistências da equipe de saúde — "a resistência maior de integrar a saúde bucal no acolhimento é da equipe, pela demanda reprimida enorme (Diário de Campo)".

Quando estamos discutindo temas de interesse comum nas reuniões, todos estão presentes e participam; quando pedimos licença para falar de alguma coisa da odontologia, uns se levantam, outros vão para o computador, a reunião esvazia e nós permanecemos discutindo sozinhos (Diário de Campo).

A centralização da responsabilidade sobre as demandas referentes à saúde bucal na ESB é bastante presente nas falas dos trabalhadores, mesmo quando se tenta discutir uma corresponsabilização da equipe de saúde — "a inclusão de um TSB iria nos facilitar, pois já é um profissional treinado para fazer a

classificação/identificação de necessidades (Diário de Campo)". Esta centralidade e a referência à demanda reprimida por atendimento parecem desestimular os profissionais a pensar em uma reorganização do acesso à atenção odontológica — "estou há 13 anos [no serviço] e foi supercomplicado organizar a agenda com a demanda que vem à Unidade, não há a possibilidade de buscar essa demanda que não chega [espontaneamente] (Diário de Campo)".

Ao relatar o processo de implantação do acolhimento na unidade de saúde onde atua, um trabalhador afirma ter ficado bastante assustado quando lhe foi proposto pela coordenação da unidade implantar o acolhimento também na saúde bucal — "fiquei com medo porque eles [a equipe] tinham todo um aparato para fazer o acolhimento, enquanto nós éramos apenas dois dentistas e uma população de quatorze mil pessoas (Diário de Campo)".

Observa-se que há uma dificuldade dos profissionais em articular demanda, oferta e cuidado em saúde bucal. A demanda é produzida a partir do que se oferta nos serviços de saúde e a partir de como se processa a produção do cuidado e a relação entre trabalhadores e usuários dos serviços. Nessa negociação de valores entre trabalhadores e usuários, entre a demanda e as necessidades de saúde produzidas socialmente, deve-se "trazer para o encontro a negociação de ofertas das tecnologias de saúde bucal apropriadas, analisando a produção dessa demanda, articulando-a aos serviços disponíveis naquele nível de atenção" (PEZZATO; L'ABBATE; BOTAZZO, 2013, p.2101).

Há profissionais que defendem a integração entre os profissionais da saúde bucal e os demais profissionais das equipes de saúde e a desfragmentação do processo de trabalho, solicitando apoio da Secretaria Municipal de Saúde — "isso deveria ser discutido em outras instâncias, deveria ser uma diretriz da SMS (Diário de Campo)". Porém, ao mesmo tempo em que há um pedido de apoio, parece haver também uma desresponsabilização sobre esse processo. Alguns profissionais acreditam não ser necessária a sua responsabilização e envolvimento pessoal — "eu sugiro que esta discussão seja levada para dentro das equipes e que não sejamos nós a levar esse recado (Diário de Campo)".

Pôde-se perceber que gerou inquietações em alguns profissionais o relato de algumas experiências exitosas na implantação do acolhimento, com integração da saúde bucal e compartilhamento de responsabilidades entre a equipe de saúde não só pelo acolhimento, mas pelo olhar e pelo cuidado em saúde bucal. Houve

manifestações contrárias ao compartilhamento desse cuidado, declarando que o acolhimento em saúde bucal só poderia ser realizado pelo cirurgião-dentista e que outros profissionais não poderiam interferir no trabalho da odontologia.

Emmerich e Castiel (2013) salientam que na odontologia, historicamente, há uma intensa segmentação e verticalização do trabalho odontológico que, embora atualmente seja desenvolvido por diferentes profissionais – cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal –, permanece ainda centrado na figura do cirurgião-dentista. Observa-se em algumas equipes o reforço de fragmentação do conhecimento, determinado pelas características de formação dos profissionais de saúde e do mercado de trabalho, território de profissões fortemente regulamentadas, de grande rivalidade pela reserva de mercado, de forte disputa no domínio privativo de competências profissionais e de concorrência pelo prestígio nas ocupações (CECCIM, 2012).

Percebe-se também que na grande maioria das unidades, principalmente nas unidades básicas de saúde tradicionais, os prontuários odontológicos não são compartilhados com a equipe e não são integrados aos prontuários de família. Em algumas unidades, os prontuários odontológicos ficam dentro do consultório odontológico e, muitas vezes, arquivados separadamente pelo nome do cirurgião-dentista que realizou o atendimento do usuário. A organização dos prontuários em algumas unidades é relatada como um dificultador para o processo de trabalho da equipe – "as pessoas que poderiam estar fazendo o acolhimento estão perdidas no meio dos prontuários (Diário de Campo)".

Inúmeros obstáculos foram levantados para implantação do acolhimento, principalmente em relação à infraestrutura física das unidades de saúde. Em alguns momentos, foi defendido que o investimento em mobiliário, informatização e climatização seria condição essencial para a viabilidade do acolhimento, como aconteceu em algumas equipes: "que bom se pudéssemos chegar a isto: presença de computadores na Unidade, ar condicionado nas salas, houve um investimento na Unidade (Diário de Campo)".

A estrutura física das unidades de saúde também foi relacionada à dificuldade de integração das equipes, especialmente onde dentro de um mesmo espaço físico atuam equipes de atenção básica, centros de especialidades e, em alguns casos, serviços de urgência. Nesses locais, percebe-se mais evidente a desintegração entre os profissionais e a fragmentação do acesso e do cuidado. A presença das

equipes de atenção primária dentro de serviços que historicamente são referências para atendimento especializado parece confundir não apenas a população que busca o atendimento, mas também os trabalhadores, que relatam dificuldades em se entender enquanto equipe de atenção primária dentro de um espaço tradicionalmente constituído como um centro de especialidades.

Há o entendimento de muitas equipes em relação à importância do envolvimento do controle social na busca por melhores condições de acesso à atenção em saúde bucal, apesar de haver poucos relatos da participação das ESB nos espaços de controle social. Alguns trabalhadores reconhecem a ouvidoria como um importante instrumento para manifestação da comunidade em relação à qualidade dos serviços prestados nas unidades de saúde. As equipes entendem que a inexistência de ouvidorias relacionadas ao acesso à saúde bucal em algumas unidades de saúde pode ser considerada como um indicativo de satisfação da população, mesmo que esse acesso seja disputado nas filas da madrugada: "acho que nos lugares onde não temos queixas quanto ao acesso da odontologia, onde já funciona bem, acho que devemos manter como está (Diário de Campo)". Quando questionados sobre os possíveis motivos de não haver queixas da comunidade quanto às restrições de acesso à saúde bucal nas unidades de saúde, a resposta ficou centralizada na capacidade dos profissionais em dialogar com a comunidade — "Porque somos educados e tratamos eles [os usuários] bem. Até porque, se não fôssemos, já tinham quebrado o posto (Diário de Campo)".

Percebe-se que a realidade do acesso à saúde bucal é muito diversa entre as regiões de saúde. Cabe ressaltar que o acesso à saúde bucal na grande maioria das unidades de saúde da atenção básica do município é organizado através da distribuição de fichas, sendo raras as unidades que organizam suas portas de entrada através de grupos de acesso ou acolhimento diário da demanda espontânea. Nos locais onde o acesso se dá através de grupos educativos, estes possuem limitação de participantes, ocorrendo, na maioria das vezes, a distribuição de fichas para acesso aos grupos. Ainda são poucas as unidades que conseguiram evoluir para um processo menos excludente, seja via acolhimento integrado com a equipe de saúde, seja via acolhimento em grupo. Realidade não muito diferente da encontrada em estudo realizado em Porto Alegre em 2003, que destaca a dificuldade de acesso à consulta odontológica no município devido à demanda reprimida para atendimento, gerando disputa de vagas entre os cidadãos, por meio

de filas na madrugada para conseguir uma ficha para atendimento, com exceção dos escolares, que tinham acesso privilegiado (RAMOS, LIMA 2003).

Apesar da importante ampliação ocorrida nos últimos dois anos, a cobertura populacional das equipes de saúde bucal ainda é baixa no município. Atualmente ela corresponde a 32% da população, conforme Relatório de Gestão do 1º Quadrimestre de 2014 (SMS, 2014). De 2010 a agosto de 2014, o número passou de dezessete para cento e cinco equipes de saúde bucal, e o número de Centros de Especialidades Odontológicas passou de dois para seis. As unidades que ainda não possuem equipe de saúde bucal possuem uma equipe de referência para encaminhamento dos seus cidadãos adstritos. Contudo, em algumas regiões não há a organização de uma oferta regular às unidades que não possuem ESB, o que as impede de organizar a sua demanda e encaminhar as situações mais necessárias. Nesses casos, fica a cargo do cidadão buscar o atendimento na unidade à qual ele é referenciado, disputando vagas nas filas das madrugadas, com todos os outros cidadãos que também buscam acesso à saúde bucal.

Ao mesmo tempo em que a ampliação do número de ESB no município não vem provocando mudanças na forma de organização do acesso da população à atenção odontológica, é possível perceber que não são claros para os profissionais os avanços alcançados nos últimos anos - "a população só aumenta e a equipe só diminui (T25)". Observa-se também que em algumas situações há desconhecimento da própria realidade do local onde o trabalhador está inserido, da unidade onde se trabalha – "Na UBS Jambolão atendemos diariamente de 1.500 a 1.700 pessoas por dia (T27)". Para alguns trabalhadores, a ampliação do acesso à atenção odontológica na atenção básica prescinde da ampliação do acesso às especialidades odontológicas: "o que adianta eu acolher se quando eu preciso encaminhar um paciente para endodontia ou prótese eu não tenho para onde encaminhar? (Diário de Campo)". Percebe-se um descontentamento de alguns trabalhadores em relação aos gestores municipais e às condições de trabalho nas unidades de saúde – "temos que parabenizar os funcionários, porque lá em cima não tem ninguém fazendo nada por nós (Diário de Campo)", ao mesmo tempo em que há uma desresponsabilização sobre a discussão da ampliação do acesso à saúde bucal no município – "isso não tem nada a ver comigo, se eu não tenho para onde mandar os coitadinhos (Diário de Campo)".

5.2 Protocolos para a produção do cuidado

Conforme o estudo de caso do agir em competência de cada uma das equipes entrevistadas, observamos que todas elas referem utilizar algum protocolo para a organização do processo de trabalho e produção do cuidado em saúde bucal.

Apesar de Jacarandá afirmar que não utiliza protocolos, traz referências em suas falas sobre diretrizes e leis que embasam o seu cotidiano de trabalho, bem como salienta a existência do Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre (SMS/PMPA, 2014), que, segundo esta equipe, ainda precisa ser trabalhado com as equipes de saúde bucal:

A gente vai ter que trabalhar com os colegas o Protocolo [de Saúde Bucal], levar, encaminhar por e-mail pra eles lerem, e muita gente não vai ler, e às vezes não sabem nem da importância disso. [...] acho que a gente tem que estimular os colegas a participarem desse processo e a darem realmente a importância que este protocolo tem.

Extremosa e Ipê afirmam utilizar os protocolos de saúde bucal definidos pelo Ministério da Saúde para a saúde bucal (BRASIL, 2008), assim como os protocolos estabelecidos pela SMS. Porém, apesar da afirmação de que utilizam protocolos estabelecidos pela SMS, em ambas as equipes apenas as orientações para organização das agendas foram citadas, especialmente em relação ao tempo estabelecido para consulta, conforme diz um dos trabalhadores de Extremosa – “seguimos a orientação da Secretaria, os horários de quarenta minutos (T05)”.

Ipê, Tipuana e Jacarandá afirmam a existência de protocolo para o trabalho no Programa Saúde na Escola (PSE), porém nem sempre é possível a sua execução conforme as orientações da SMS, de acordo com Tipuana – “eles [da SMS] vêm com a coisa pronta [o protocolo], mas na hora da prática não ocorre exatamente igual (T13)”.

Apenas Tipuana e Jacarandá citaram a existência de protocolos para o acesso dos usuários a outros níveis de atenção, como os Centros de Especialidades Odontológicas. Segundo acredita Jacarandá, nem todas as equipes estão trabalhando com esses protocolos: “eles [os dentistas das unidades] sabem mais os

protocolos de encaminhamento para os serviços especializados [...] isso está mais conhecido, mas acho que ainda assim precisaria trabalhar um pouco mais (T01)”.

Relatos de uso de diferentes protocolos de acesso à atenção odontológica foram encontrados em algumas das equipes entrevistadas. Ipê e Tipuana referenciam o acesso via grupos como o protocolo de acesso da saúde bucal do município, conforme relato de Ipê — “aqui a gente estava seguindo o protocolo [agendamento via grupo de acesso] (T08)”. Ambas as equipes afirmam que a forma de acesso à saúde bucal nas suas unidades foi reorientada pela implantação da estratégia de acolhimento, porém não deixam claro que essa é uma diretriz da SMS. Ao contrário, Ipê refere estar mudando o protocolo da SMS com a implantação do acesso via acolhimento — “acho que a gente muda sim [os protocolos], por exemplo, agora a gente resolveu fazer o acolhimento (T10)”.

Pode-se relacionar a importância atribuída ao Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre (SMS/PMPA, 2014), especialmente por Jacarandá, ao que defendem Schwartz e Durrive (2010) sobre a necessidade de uso de protocolos e técnicas para o exercício de qualquer atividade de trabalho. Observa-se que as equipes buscam se apoiar em normas e diretrizes, internas ou externas à SMS, para orientar seus processos de trabalho, e as utilizam de forma bastante singular, adaptando-as, renormatizando-as e resingularizando-as conforme a realidade de cada local de trabalho e de acordo com as suas experiências anteriores. Comumente estas renormatizações levam à criação de seus próprios protocolos, conforme Tipuana — “muitos dos nossos protocolos a gente procura organizar dentro da nossa equipe, como se fosse uma pactuação interna nossa (T12)”.

A necessidade de protocolos não é mencionada por Tipuana apenas para a organização do processo de trabalho, mas também como uma necessidade para a constituição de redes e para a garantia de uma linha de cuidado em saúde bucal. Isto é explicitado pelos profissionais enquanto necessidade de garantia da integralidade do tratamento odontológico: “desde a entrada do paciente, o tipo de tratamento que ele vai receber, tratamento de atenção básica e [...] outros lugares que ele vai ter que acessar dentro da rede de saúde (T12)”.

A compreensão de linha de cuidado visando à integralidade é encontrada em outros estudos, como o estudo de Mattos (2006) e Ceccim (2008), onde o conceito de integralidade comumente restringe-se à garantia de acesso e integração das

clínicas e especialidades odontológicas, centrando o cuidado na intervenção sobre a dimensão biológica do adoecimento e na aplicação de técnicas e procedimentos.

Quando o trabalhador de Ipê afirma que “vê o paciente como um todo (T08)”, refere-se ao cuidado de observar se o paciente possui outras necessidades de saúde que necessitem de intervenção de outros profissionais da equipe de saúde, porém não se refere a outras dimensões não-biológicas deste indivíduo, tais como os fatores relacionados às condições de vida – saneamento básico, acesso à água fluoretada, acesso a serviços de saúde e educação, à organização destes serviços, às questões de renda, moradia e políticas públicas - e ao estilo de vida – autocuidado, aspectos culturais, motivação, autoestima, oportunidades de escolha e experiências anteriores (FILHO, 2008). Para Gomes e Pinheiro (2005), a integralidade só existe em ato e deve ser reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado que considerem o sujeito a ser atendido e o respeitem em suas demandas e necessidades, colocando-o como sujeito de sua própria história.

Outro aspecto que aparece no estudo e merece reflexão está relacionado ao relato presente nas falas das equipes a respeito das constantes mudanças de protocolos na Secretaria Municipal de Saúde, atribuídas à alta rotatividade de gestores na SMS. Isto é considerado uma limitação à continuidade das ações e projetos propostos para a saúde bucal do município. Observa-se que a importância do Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre (SMS/PMPA, 2014) referenciada por Jacarandá está relacionada à necessidade de solidificação de uma Política de Saúde Bucal no município, que consolide em longo prazo efetivas mudanças e melhorias à rede de saúde bucal, ressaltada pela fala do trabalhador:

As pessoas têm que ter essa segurança, que esse vai ser o trabalho, essa é a forma correta de agir [...] isso evita aquilo que a gente sempre fica com medo: que tem um projeto tal que é de tal pessoa que entrou agora na Área Técnica de Saúde Bucal [...] Aí vai todo mundo, corre pro tal do projeto mas já pensando assim: puxa, esse projeto daqui a três meses pode estar na gaveta (T02).

Schwartz e Durrive (2010) afirmam que nas entidades coletivas relativamente pertinentes, quando se mudam as pessoas, não necessariamente reconstitui-se os mesmos laços e os mesmos circuitos onde transitam conhecimentos, saberes e pactos outrora instituídos. Portanto, as mudanças de gestores podem interferir na continuidade dos projetos instituídos dentro da rede de saúde bucal que, se não

institucionalizados, serão sempre projetos individualizados e personificados na figura de alguns gestores. Nestas entidades coletivas relativamente pertinentes também se desenha um debate de valores, que será abordado a seguir.

Quanto à necessidade referida por um trabalhador de Jacarandá de garantir segurança aos trabalhadores que permanecerão muitos anos no serviço de saúde, pode-se considerar o que Schwartz e Durrive (2010, p. 100) afirmam — “trabalhar é bem mais do que produzir com a ajuda de técnicas, mas sim viver um projeto/herança”. Concorda-se, portanto, com os autores que há uma necessidade humana de se constituir patrimônios, de se concretizar projetos e experiências, que se solidifiquem em heranças dentro de uma instituição. Para cada indivíduo, este projeto/herança remete ao que lhe é mais conveniente e mais coerente com os seus valores e com o que projeta para a sua vida futura no seio de uma instituição. Ou seja, quando o trabalhador consegue mostrar o que transformou em patrimônio, em um lugar relativamente estável como as instituições, neste caso a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, sua participação na história toma sentido e a história toma consistência de si. Obstáculos à concretização de projetos/heranças podem se tornar obstáculos ao sentimento de pertencimento à história da instituição e aos projetos nela constituídos. Entende-se que o Protocolo de Saúde Bucal está sendo considerado pelo trabalhador de Jacarandá como uma concretização de um projeto/herança dentro da instituição de saúde do município.

A ênfase de Jacarandá à segurança que o Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre (SMS/PMPA, 2014) trará aos profissionais da saúde bucal e à expectativa de que apresentará as respostas de como agir em determinadas situações vivenciadas no cotidiano das unidades de saúde, ignora o fato observado por Schwartz e Durrive (2010) de que os protocolos são concebidos fora das circunstâncias locais, de forma que as normas e as técnicas sejam generalizáveis aos mais diversos ambientes de trabalho, utilizando-se de princípios, conceitos e leis.

Contudo, Schwartz e Durrive (2010) alertam que as técnicas jamais são neutras, mas sim um reflexo de escolhas sociopolíticas que nem sempre correspondem às expectativas do trabalhador. Para esses autores, aplicá-las é compreender que sempre haverá a necessidade de recorrer a seus próprios julgamentos e valores, com seu próprio talento e criatividade, de forma a gerir todas as variabilidades possíveis que as situações reais de trabalho nos apresentam.

Portanto, por se tratar de um protocolo que traz diretrizes gerais para a organização do cuidado em saúde bucal nos serviços de saúde, possivelmente ele não apresentará todas as respostas e fórmulas de “como fazer”, não eximindo os profissionais das tomadas de decisões durante a aplicação do protocolo em cada situação de trabalho vivenciada.

Neste sentido, concorda-se com esses autores quando afirmam que há a necessidade da existência de “especialistas” para a criação de protocolos e técnicas com certo nível de segurança, mas também se necessita de pessoas com competência para aplicá-los na prática cotidiana. O emprego de qualquer princípio técnico nunca será neutro, mas correlacionado com a história local do ambiente e da instituição onde a situação é vivida, do momento vivenciado, dos indivíduos envolvidos, e todas as possíveis variabilidades técnicas e humanas, inclusive jurídicas, políticas, econômicas e intersubjetivas (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

Enquanto a equipe Jacarandá refere que há dificuldades de acesso das equipes de saúde bucal às informações e aos protocolos instituídos pela SMS, as demais equipes relatam ter acesso aos protocolos por meio das Gerências Distritais de Saúde, especialmente pelo contato com o Dentista Distrital de sua região. Observa-se que há uma preocupação da equipe Jacarandá quanto à divulgação do Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre (SMS/PMPA, 2014) que não se manifesta nas demais equipes. Porém, a necessidade de maior participação dos profissionais de saúde na construção e definição de protocolos na SMS foi destacada por Tipuana, o que se poderia relacionar às preocupações de Jacarandá quanto ao envolvimento dos profissionais na implantação do Protocolo junto às equipes de saúde bucal, de forma que os profissionais sintam-se parte integrante deste processo.

Olhando mais atentamente para o que afirma o trabalhador de Jacarandá — “a gente discute em reuniões de equipe o processo de trabalho também [...] mas às vezes as pessoas que são as mais insatisfeitas não falam, se omitem (T01)”, quando se refere à não-colaboração e à não-participação de alguns colegas na construção do protocolo, pode-se remeter ao que diz Schwartz e Durrive (2010, p. 145) - “pôr em palavras o que se faz na atividade de trabalho é assumir o risco de dizer que não se faz o que foi prescrito, de que a prescrição oficial foi contestada na sua prática”, o que significaria para esse trabalhador manifestar publicamente que não aplica no seu cotidiano os protocolos prescritos pela SMS.

5.3 A renormalização conforme o conhecimento da realidade

Para os trabalhadores de Jacarandá, o que produz a organização do processo de trabalho das equipes são as características pessoais de cada trabalhador, a experiência profissional, o tempo de atuação nos serviços e as condições de trabalho. Jacarandá admite que em um mesmo modelo de atenção encontram-se diferentes posturas profissionais. Tentar explicar a observação de Jacarandá exige pensar que a atuação profissional está ligada às habilidades de colocar em relação: experiências e conhecimentos adquiridos no exercício profissional, com o que preconizam os princípios da atenção primária em saúde, com a estrutura/realidade do serviço onde se atua etc. A presença dessas habilidades relacionais foi denominada por Jacarandá como o que define o "perfil profissional" para trabalhar no serviço. Na teoria do agir em competência, pode-se dizer que são habilidades que envolvem valores mobilizados no exercício profissional e são produzidas nos percursos profissionais, pois a criatividade técnica do trabalhador provém de fracassos e sucessos de experiências anteriores (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010), incluindo suas frustrações, como bem destaca o trabalhador de Jacarandá – “as pessoas estão submetidas a um modelo frustrante de trabalho há anos, [...] resgatar a confiança dessas pessoas é importante (T02)”.

A fala que aparece em Jacarandá afirmando a mudança do modelo de atenção da Unidade Básica de Saúde tradicional para a Estratégia de Saúde da Família como importante para impactar na atuação dos profissionais da saúde bucal, pode ser relacionada com o que dizem Schwartz e Durrive (2010) ao afirmarem que não há intervenção possível no trabalho sem certo número de condições organizacionais, sociais e econômicas. Sem certo número de objetivos e de finalidades sobre as quais é necessário estabelecer um acordo também com o trabalhador. Ou seja, passa pelo processo de incorporação de técnicas e protocolos a incorporação de um sentido, de um valor para este trabalhador, que, muitas vezes, pode se concretizar em melhores condições de trabalho. No entanto, Schwartz e Durrive (2010) afirmam que não se pode inferir o valor de uma mudança para os indivíduos mesmo que ela seja percebida como positiva, social e politicamente. Para

esses autores, não há independência da vida de trabalho em relação à vida pessoal do trabalhador, ambas se comunicam de maneira permanente e qualquer mudança proposta no trabalho poderá implicar também em mudanças na vida deste trabalhador (SCHWARTZ, 2010).

O debate de Jacarandá, já apresentado no estudo sobre as diferenças de processo de trabalho em cada serviço de saúde, pode refletir o que dizem Schwartz e Durrive (2010) sobre o trabalho em equipe e a formação das entidades coletivas relativamente pertinentes. O que está em questão, porém, é como estas entidades coletivas relativamente pertinentes se relacionam com as demais, e como compõem um conjunto de equipes que deveriam trabalhar com objetivos comuns, que é a produção do cuidado em saúde. Esta é uma composição delicada, uma vez que passa pelo debate de valores de cada indivíduo envolvido e de cada equipe, e principalmente, pelos valores de cada cidadão e de toda uma sociedade que anseia por este cuidado.

Resultados de uma pesquisa realizada por Faccin et al. (2010) demonstram que as ações de saúde bucal apresentam características que não decorrem apenas de problemas estruturais, mas também da instituição de políticas municipais direcionadas à mudança do modelo de atenção e da maneira como os profissionais compreendem o processo saúde-doença. Entende-se que a incorporação de sentidos a este trabalhador não depende apenas da negociação sobre a incorporação de novos profissionais na equipe ou de investimento em melhores condições de trabalho, mas depende também da incorporação de um conceito de produção de cuidado, de uma forma de pensar a saúde bucal e de um modo de se pensar a clínica, que dependem também da constituição de sujeitos e subjetividades (FRANCO, 2007; BOTAZZO, 2008; CUNHA, 2010).

O conhecimento da realidade local de cada equipe, bem como o conhecimento e a participação no processo de construção do Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre (SMS/PMPA, 2014), está relacionado ao tempo de atuação profissional e na equipe na rede de saúde bucal do município. Alguns profissionais não participaram deste processo, por terem ingressado no serviço posteriormente à discussão do mesmo nas Gerências Distritais – “quando eu entrei já tinha sido discutido, o meu conhecimento do protocolo foi por causa das discussões aqui [na equipe] (T01)”.

Observa-se nas equipes entrevistadas que é comum aos profissionais basearem sua atuação em experiências anteriores de trabalho, comparando as diferentes realidades já vivenciadas para definir o perfil de saúde da população onde atualmente estão inseridos. Assim relata, por exemplo, um trabalhador de Ipê: “em relação a outros lugares, como no outro posto [que eu trabalhei], aqui é bem melhor a situação [de saúde], até em poder aquisitivo essa relação é melhor (T08)”.

Apesar de Jacarandá acreditar que o modelo de atenção da ESF favorece o conhecimento da realidade local das equipes, mesmo equipes da ESF, tal como Extremosa, tem conhecimento das condições de saúde da população ainda essencialmente baseado nas demandas que chegam ao consultório odontológico, como acontece nas Unidades Básicas tradicionais. Não há muita participação da equipe de saúde bucal nos espaços comunitários constituídos fora das unidades de saúde, conforme relata um trabalhador de Extremosa — “a gente não participa de reuniões mais comunitárias (T05)”. Contudo, para a construção do direito à saúde como uma questão de cidadania “é necessário rever o papel das equipes de saúde, dos gestores e usuários na ampliação dos espaços de participação popular, refletindo sobre suas relações de poder (GOMES, PINHEIRO, 2005, p. 297)”.

Nenhuma das equipes faz referências a dados epidemiológicos ou a indicadores sociais, o que sugere que organizam a oferta prioritariamente conforme a demanda espontânea por atendimento. Esse resultado vai ao encontro do que indicam alguns estudos que tratam da organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na ESF (ARAUJO, DIMENSTEIN, 2006; ALMEIDA, FERREIRA, 2008; SANTOS, 2009; FACCIN et al., 2010). Moysés et al. (2008) apontam como dois dos principais problemas da saúde bucal no SUS o modelo de práticas pautado quase que exclusivamente no atendimento às queixas auto referidas dos usuários que buscam as unidades de saúde e o modelo de organização excludente, que prioriza grupos específicos em detrimento da maioria da população.

Pode-se afirmar que todas as equipes modificam os protocolos existentes conforme as necessidades surgidas em cada unidade de saúde, contudo a falta de envolvimento comunitário e a centralidade das práticas das equipes no consultório odontológico e no atendimento à demanda espontânea sugerem que as renormalizações dos protocolos e a organização do processo de trabalho das equipes têm se dado prioritariamente por demandas da própria equipe de saúde e

por demandas dos usuários que conseguem acessar o serviço de saúde, e não pelo conhecimento das reais necessidades de saúde das comunidades onde atuam.

Um fio condutor que pode ser destacado nas falas dos trabalhadores das equipes entrevistadas é a relação entre a motivação pessoal para o trabalho e a vontade de fazer parte de um processo de mudança que venha trazer melhores condições de saúde bucal para a população. Parece-nos que o sentimento de pertencimento a uma equipe de saúde é motor importante dessas motivações.

Contudo, todas as equipes entrevistadas referiram dificuldades na consolidação do trabalho em equipe dentro das unidades de saúde onde atuam, seja por dificuldades dos próprios profissionais da saúde bucal de se inserirem no processo de trabalho da equipe, seja por dificuldades da equipe de saúde em acolher a equipe de saúde bucal como parte integrante do processo de cuidado em saúde.

Diversos estudos apontam que a inserção das equipes de saúde bucal nos ambientes de trabalho das equipes de saúde em atenção primária não é suficiente para a sua integração e para a constituição de um processo de trabalho conjunto. A fragmentação do processo de trabalho e as práticas centradas apenas no núcleo de conhecimento são características comuns às equipes de saúde, não sendo exclusividade da equipe de saúde bucal (SANTOS, ASSIS, 2006; SANTOS et al., 2008; ARAUJO, DIMENSTEIN, 2006; ALMEIDA, FERREIRA, 2008; SANTOS, 2009; FACCIN et al., 2010; KELL, SHIMIZU, 2010; PIMENTEL et al., 2012). As características tradicionais de formação dos profissionais da saúde bucal, ainda extremamente centradas na boca enquanto órgão isolado do corpo e do contexto social, reforçam o isolamento da prática odontológica mesmo em modelos de atenção que visam promover a integralidade do cuidado em saúde (PEZZATO, L'ABBATE, BOTAZZO, 2013; MATTOS, 2006; WARMLING; BOTAZZO; MARZOLA, 2012).

A constituição de novos sujeitos, novas subjetividades e novas relações de trabalho devem ser despertadas no interior dos serviços de saúde para que se possam constituir unidades de produção do cuidado (FRANCO, 2007). O redescobrimto do seu próprio trabalho passa pela compreensão de como ele se insere na atividade dos outros e na vida em sociedade, entendendo que a vida ultrapassa a realização de procedimentos. A criação de laços entre os trabalhadores, o compartilhamento de valores, e o uso que cada um faz de si em função do coletivo

irá constituir o trabalho em equipe e tornará possíveis as atividades individuais de cada um dos seus membros, dentro de uma unidade de produção do cuidado (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

5.4 Educação permanente como debate de valores

As equipes que se apresentam como campos de práticas para alunos de instituições de ensino conveniadas com a SMS referem como positiva a integração ensino-serviço para o processo de educação permanente dos profissionais. Contudo também aparece a fala de que “a universidade poderia nos dar uma contrapartida melhor nessa parte de educação permanente (T04)”, sugerindo que esta contrapartida das instituições de ensino poderia ser mais bem consolidada junto ao município. Segundo Lima (2005) e Mattos (2006), apesar dos avanços alcançados no campo da integração ensino-serviço, ainda há um caminho a ser percorrido para a efetivação da inserção da Universidade no mundo do trabalho de forma que se consolide a integração teoria-prática trazendo ao trabalhador, ao serviço e à Universidade, uma mudança nas práticas de produzir saúde.

Também a referência de que alguns cursos oferecidos pela universidade eram “desconectados da realidade (T04)”, denota, na visão do trabalhador, dificuldades ainda persistentes nas relações entre serviço de saúde e universidade. Parece que uma vez que vivem e aplicam protocolos em situações completamente diversas, dependendo da experiência adquirida de cada profissional, esta comunicação torna-se ainda mais distante e difícil de ser consolidada.

Para Schwartz (2007), neste tipo de situação, a dificuldade se situa na transferência de uma tecnologia que foi pensada fora do contexto e para que funcione é preciso “contextualizar o não contextualizado”. Evidencia ainda que a aplicação das técnicas e protocolos teria que possuir como eixo fundamental o conhecimento da história de cada situação de trabalho. Uma técnica, mesmo que concebida com parâmetros de neutralidade para que possa ser generalizada e assim aplicada às mais diversas realidades, nunca prescindirá da capacidade humana de articular conhecimentos e valores adquiridos no exercício da atividade, do trabalho em situações reais (SCHWARTZ, 2010).

Falas dos trabalhadores das equipes entrevistadas sugerem que os conhecimentos adquiridos na universidade são insuficientes para o exercício profissional — “os alunos vêm muito frescos, com as informações mais atuais, e eu tenho a experiência (T04)”, ou “é a prática que vai te levando (T01)”. Essas afirmações remetem a pensar sobre a integração entre o saber pré-concebido e o saber adquirido na experiência. Pode-se pensar que é no cotidiano dos serviços que se adquire uma série de saberes, codificáveis ou não, que nos permite aplicar as técnicas, ou segundo Schwartz e Durrive (2010, p. 106) — “fazer viver as técnicas”.

Considerando a percepção dos profissionais trazida pelas falas de Jacarandá quanto à importância da integração ensino-serviço e entre o saber pré-concebido e o saber adquirido na experiência de trabalho, observa-se que parece haver um entendimento por parte dos trabalhadores de que a Universidade poderia se aproximar mais dos serviços de saúde para contribuir e qualificar o processo de formação em serviço para o trabalhador. Extremosa afirma que a relação com a Escola de Saúde Pública através do contato com a residência propicia a constituição de espaços de educação permanente.

Mattos (2006) aponta que há uma visão dos docentes de Odontologia de que o serviço público pode prejudicar a qualidade do ensino odontológico, dada a sua precariedade. Estudos recentes apontam que a inadequação da infraestrutura da rede de serviços para receber alunos, a força da relação IES/serviço ainda incipiente, a dificuldade do trabalho em equipe e o biologicismo enquanto concepção central na formação acadêmica contribuem ainda para esta difícil relação, interferindo no planejamento das capacitações dos profissionais da rede de serviços, apesar de já existirem experiências positivas nesta integração através de estágios curriculares no SUS (WARMLING et al., 2011; TOASSI et al., 2013; SILVA, 2013).

As expectativas dos profissionais quanto aos processos de educação permanente continuam focadas na demanda por capacitações formais e cursos ministrados por especialistas — “eu acho que antes era melhor [...] todo mês a gente tinha um curso lá na SMS [...] com professores da faculdade de todas áreas (T10)”. Isto ocorre apesar das políticas públicas de educação permanente na saúde reconhecerem a insuficiência dos treinamentos formais e teóricos para o desenvolvimento de competências, propondo-se cada vez mais estratégias de compartilhamento de saberes e experiências ou as rodas de conversa como instrumentos pedagógicos (CECCIM, 2012).

Estas diferentes percepções dos trabalhadores do serviço e dos docentes poderiam estar sugerindo um antagonismo de interesses entre universidade/serviços de saúde? Acredita-se que este debate é necessário. Entende-se como prioritário a consolidação de espaços de educação permanente que propiciem o debate de valores entre instituições de ensino e serviços de saúde e que coloquem em diálogo as necessidades das partes envolvidas – trabalhador, aluno, serviço, instituição de ensino, SMS, cidadãos, controle social, consolidando, contudo, a produção do cuidado em saúde como eixo condutor deste processo.

As equipes de saúde bucal relatam dificuldade de inserção da saúde bucal nos espaços coletivos multidisciplinares constituídos dentro do município, especialmente nos momentos de educação permanente. Os encontros mensais das equipes de saúde bucal nas gerências distritais de cada região não são considerados pelas equipes como momentos de educação permanente, apesar de Extremosa relatar que nestes encontros discutem-se “mais essas questões de processo de trabalho mesmo (T05)”.

Estes momentos nas gerências foram considerados importantes pelas equipes entrevistadas, porém foi comum a crítica de que estes espaços têm sido pouco produtivos e que há a necessidade de qualificá-los. Ao mesmo tempo em que as equipes afirmam que há a necessidade de maior protagonismo dos profissionais nas discussões de processos dentro SMS, também afirmam ser responsabilidade dos gestores a organização destes encontros nas gerências distritais. Na constante demanda de capacitações realizadas pela universidade, percebe-se que ainda há pouco entendimento de que possa haver um protagonismo das equipes de saúde bucal na organização da educação permanente nas regiões de saúde e que isto envolve a problematização dos seus processos de trabalho.

Sobre a forma como o processo de educação permanente vem se estruturando para o desenvolvimento do agir em competência para o cuidado em saúde bucal do município, pode-se pensar no que diz Lima (2005), sobre a abordagem dialógica da competência. Para o autor, a construção de significados passa por um processo de reflexão e teorização a partir da prática profissional, da realidade das situações de trabalho. Só ali é possível construir e desenvolver capacidades. Para que as propostas de educação permanente contribuam para o agir em competência na produção do cuidado em saúde bucal, estas devem estar intimamente interligadas com a realidade vivenciada pelos trabalhadores no seu

cotidiano de trabalho. Só assim será possível o enfrentamento de situações reais e complexas, segundo padrões prévios socialmente definidos, neste caso, segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Saúde Bucal.

Jacarandá afirma que há a necessidade dos profissionais da saúde bucal se reconhecerem nos avanços da saúde bucal do município e cita o desconhecimento dos profissionais quanto aos indicadores de saúde bucal. Pode-se atribuir a isto a necessidade de incorporação de valores a este trabalho, à incorporação de significados ao processo de trabalho desses profissionais que passem pelo reconhecimento do valor sócio-político de cada equipe de saúde bucal do município e dos resultados do seu trabalho para a sociedade. Entende-se que a educação permanente deva considerar esta incorporação de sentidos e significados aos trabalhadores.

Não é comum às equipes entrevistadas a existência de espaços de educação permanente nas unidades de saúde onde estão inseridas, com exceção da equipe Extremosa, que atribui à presença dos residentes da Escola de Saúde Pública e estagiários da Faculdade de Odontologia a utilização do espaço de reuniões de equipe para educação permanente. A equipe Tipuana refere ter espaço nas reuniões de equipe da unidade para educação permanente, porém estas não se dão de forma regular e sistemática. Ipê identificou esta necessidade e planeja instituir um espaço de educação permanente próprio da equipe de saúde bucal na unidade de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo do processo de trabalho das equipes de saúde bucal do município de Porto Alegre possibilitou ampliar a compreensão sobre o agir em competência para a produção do cuidado em saúde bucal destacando-se três aspectos importantes:

- Com relação ao uso dos protocolos

O estudo demonstra que, para concretizar o uso do protocolo da Secretaria Municipal de Saúde, é necessário torná-lo um projeto herança, no sentido de produzir pertencimento do trabalhador ao que está sendo proposto e à história da instituição. Alerta que a aplicação dos protocolos pelo trabalhador é um movimento muito mais complexo do que se entende tradicionalmente no campo do planejamento na saúde. Compreende que no uso do protocolo o trabalhador necessita recorrer a seus próprios julgamentos e valores, talentos e criatividade, de forma a gerir todas as variabilidades possíveis que as situações reais de trabalho possam apresentar.

Trabalhar e, essencialmente, trabalhar no campo da saúde, é gerir variabilidades inerentes à produção do cuidado em saúde. A construção da rede de saúde bucal do município está imbricada com o domínio da dimensão gestonária dos próprios processos de trabalho das equipes de saúde bucal em seus locais de atuação.

- O reconhecimento da realidade

A construção de significados para o cuidado produzido em saúde bucal necessita de um processo de reconhecimento da prática profissional e da realidade das situações de trabalho. Só então é possível um agir em competência.

As equipes dominam e utilizam diferentes protocolos e técnicas, renormalizando-os cotidianamente conforme demandas próprias e/ou conforme demandas dos usuários que acessam o serviço de saúde. Referem-se à grande demanda reprimida existente, contudo não observam que esta é produzida também a partir do que historicamente se oferta nos serviços de saúde e de como se

processa a produção do cuidado. Há poucas referências à renormalização de protocolos pelo conhecimento das reais necessidades de saúde das comunidades onde atuam e percebe-se a dificuldade dos profissionais em articular demanda, oferta e cuidado em saúde bucal.

Relações de trabalho devem ser despertadas nos serviços de saúde. O redescobrimto do próprio trabalho pelo trabalhador passa pela compreensão de como ele se insere na atividade dos outros e na vida em sociedade. Isto é fundamental para o estabelecimento de um trabalho em equipe. A criação de laços entre os trabalhadores e a constituição de entidades coletivas relativamente pertinentes parece essencial para a constituição de unidades produtoras de cuidado.

- Os processos de educação permanente

Não é comum às equipes entrevistadas o reconhecimento da existência de espaços de educação permanente nas unidades de saúde onde estão inseridas. Há constante demanda por capacitações técnicas encomendadas à universidade como necessidade de educação permanente. Isso evidencia ainda o pouco protagonismo das equipes de saúde bucal na organização desse processo, que não se apropriam dos espaços constituídos nas gerências distritais. Percebe-se que as equipes não compreendem a problematização dos seus processos de trabalho como um importante momento de educação permanente e entendem os encontros mensais realizados nas gerências distritais como espaços normativos.

As dificuldades de integração das equipes de saúde bucal ao processo de trabalho das equipes de saúde relacionam-se à segmentação e verticalização históricas do trabalho odontológico, reforçadas pelas características de formação dos profissionais de saúde. A integralidade do cuidado é compreendida pelas equipes como o acesso a diferentes atendimentos em saúde, nos diferentes níveis de atenção, não sendo percebida como uma prática que valoriza o cuidado e que considere o sujeito a ser atendido, respeitando-o em suas demandas e necessidades e colocando-o como sujeito de sua própria história.

Considera-se, portanto, prioritária a reestruturação destes espaços, consolidando-os como espaços de educação permanente que propiciem o debate de valores entre instituições de ensino e serviços de saúde, que coloquem em diálogo as necessidades das partes envolvidas – trabalhador, aluno, serviço, instituição de

ensino, SMS, cidadãos, controle social –; contudo, fundamentando a produção do cuidado em saúde como eixo condutor deste processo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G.C.M.; FERREIRA, M.A.F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2131-2140, Set, 2008.

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, p. 2019-227, 2006.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-3, 2007.

BOTAZZO, C. Integralidade da atenção e produção do cuidado: perspectivas teóricas e práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In: MACAU, M.G.L. **Saúde bucal coletiva: implementando ideias, concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: Rúbio, p. 3-15, 2008.

_____. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.7-17, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade de Brasília. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 17 ago. 2014.

_____. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8080. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 28 jul. 2014.

_____. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8142. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 28 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Caderno 17 – Saúde Bucal. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2013.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação. Parecer nº CNE/CES 1300/01. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**. Brasília, DF, nov. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

_____. Resolução CNE/CES, 3 de 19 de fevereiro de 2002. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>>. Acesso em: 28 jul 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 16 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial/Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto N° 7385, de 08 de dezembro de 2010. Brasília, DF: Presidência da República, 2010.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R.; Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n.4, p. 679-84, 2006.

CECCIM, R. B. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, p. 253-277, 2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.fepecs.edu.br/cies2010/artigo09.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

CECCIM, R.B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1567-1578, 2008.

COSTA, I.C.C.; ARAÚJO M.N.T. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p.1181-1189, 2011.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

EMMERICH, A.; CASTIEL, L.D. Dentistry science, Sisyphus and the “chameleon effect”. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.13, n. 29, p.339-51, abr./jun. 2009.

EMMERICH, A.; CASTIEL, L.D. **O lagarto e a rosa no asfalto**: odontologia dos desejos e das vaidades. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

ESTEBAN, M.P.S. **Pesquisa qualitativa em educação**: fundamentos e tradições. Porto Alegre: AMGH Editora, 2010.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D.L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1643-1652, 2010.

FADEL, C.B; BALDANI, M.H. Percepções de formandos do curso de odontologia sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 339-354, maio/ago. 2013.

FARIA, H.X; ARAUJO, M.D. Uma perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção de cuidados e produção de sujeitos. **Rev. Saúde e Sociedade**, v.19, n.2, p.429-439, São Paulo, 2010.

FILHO, A.D.S. Processo de trabalho das equipes multiprofissionais sob a lógica da Estratégia de Saúde da Família: o uso de ferramentas de Saúde da Família da construção do cuidado em saúde. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS,S.J. **Saúde Bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, p. 65-80, 2008.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 7. ed. Rio de janeiro: Forense Universitária, 2011.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.23, p. 427-38, set/dez 2007.

GIL, A.C. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, M.C.P.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar/ago 2005.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Multidão: guerra e democracia na era do império**. Rio de Janeiro: Record, 2005, p.100-101.

KELL, M.C.G.; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p.1533-1541, 2010.

LIMA, V.V. Competências: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 17, p. 369-79, mar/ago 2005.

MATTOS, D. **As novas diretrizes curriculares e a integralidade em saúde: uma análise das possíveis contribuições da odontologia para o trabalho em equipe**. 2006.

168 f. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2006.

MERHY, E.E. Ver a si no ato de cuidar. In: CAPOZZOLO, A.A.; CASETO, S.J.; HENZ, A.O. **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: HUCITEC, p. 248-267, 2013.

MOYSÉS, S.J.; ET AL. Apontamentos para estudos e debates sobre a Estratégia Saúde da Família. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. **Saúde Bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, p.47-64, 2008.

PEREIRA, I.D.F; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 319-338, maio/ago. 2013.

PEZZATO, L.M.; L'ABBATE, S. Uma Pesquisa-Ação-Intervenção em Saúde Bucal Coletiva: contribuindo para a produção de novas análises. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.2, p.386-398, 2012.

PEZZATO, L.M.; L'ABBATE, S.; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciência & Saúde Coletiva** [On-line] 2013, 18. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63027990025>>.

PIMENTEL, F.C. et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 146-157, 2012.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2009.

POCHMANN, M. Trabalho e formação. **Ed. Real**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 491-508, maio/ago 2012. Disponível em: < http://www.ufrgs.br/edu_realidade>.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan-fev, 2003.

RAMOS, M.N. Conceitos básicos sobre o trabalho. In: FONSECA, A. F; STAUFFER, A. B. (Org.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 27-56, 2007.

RAMOS, M.N. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, A.M; et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 464-70.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, J.A.R. **Avaliação das Ações de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco**. 2009. Monografia (residência multiprofissional em saúde coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 27 p., 2009.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p.19-45, 2011.

SCHWARTZ, Y. Uso de si e competência. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2007.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: Editora da UFF, 2010.

SILVA, M.A.M. **O programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (pró-saúde) e a diversificação dos cenários de aprendizagem**. 182 f. 2013. Tese de Doutorado - Faculdade de Odontologia da UFMG. Belo Horizonte: 2013.

SMS/PMPA. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Coordenação de Atenção Primária, Serviços Especializados e Substitutivos. Área Técnica de Saúde Bucal. **Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre**: organização da rede e fluxos de atendimento. Porto Alegre: SMS, 2014.

SOUZA, D.S. A participação da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: a experiência do Rio Grande do Sul. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS,S.J.

Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, p. 21-38, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEPHANOU, M. Discursos médicos, educação e ciência: escola e escolares sob exame. **Rev. Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p 33-64, 2006.

TOASSI, R.F.C. et al. **Atenção básica à saúde na educação superior em odontologia: o estágio curricular na faculdade de odontologia da UFRGS.** Projeto de Pesquisa, 2011.

TOASSI, R.F.C. Teaching at primary healthcare services within the Brazilian national health system (SUS) in Brazilian healthcare professionals' training. **Interface**, Botucatu, v.17, n.45, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2014.

TRAJANO, A.R.C.; CUNHA, D.M. O trabalho em Saúde e a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS): o ponto de vista da atividade industriosa na análise do trabalho. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, v. 6, n. 4, p. 77-99, 2012.

WARMLING, C.M; et al. Estágios curriculares no SUS: experiências da Faculdade de Odontologia da UFRGS. **Revista da ABENO**, São Paulo, v.11, n. 2, p. 63-70, 2011. Disponível em: < <http://abeno.org.br/ckfinder/userfiles/files/revista-abeno-2011-2.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

WARMLING, C. M; BOTAZZO, C; MARZOLA, N. Da autonomia da boca: práticas curriculares e identidade profissional na emergência do ensino da odontologia brasileiro. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** (Impresso), Rio de Janeiro, v. 19, p. 181-195, 2012.

YIN, R.K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE A – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Dimensões para a produção do cuidado na saúde bucal	Objetivos	Questões Norteadoras
<p>Ingrediente 1: O relativo domínio de algo codificado</p> <p>PROCOLOS</p>	<p>Objetivo 1: Descrever os processos educacionais que possibilitaram conhecer e dominar os protocolos para o cuidado integral.</p>	<p>Falem sobre os protocolos mais usados na produção do cuidado na saúde bucal? Como acessaram os protocolos do cuidado durante a formação e durante o exercício profissional?</p>
<p>Ingrediente 2: O relativo domínio de algo não codificado</p> <p>CONHECIMENTO DA REALIDADE</p>	<p>Objetivo 2: Identificar experiências dos processos educacionais que possibilitaram conhecer singularidades da realidade do trabalho.</p>	<p>Falem sinteticamente sobre a realidade do cuidado na saúde bucal na APS? Como acessaram as informações da realidade do cuidado?</p>
<p>Ingrediente 3: O domínio da decisão pertinente no momento certo</p> <p>RENORMALIZAÇÃO</p>	<p>Objetivo 3: Identificar como o profissional renormaliza protocolos conforme cada situação.</p>	<p>A ESB modifica protocolos durante a atuação? Por quê? Dê exemplos.</p>
<p>Ingrediente 4: A reconfiguração do meio em um debate de valores</p> <p>“O USO DE SI POR SI”</p>	<p>Objetivo 4: Identificar o debate de valores e normas impostas e instituídas na atividade de trabalho.</p>	<p>As dinâmicas do trabalho na APS permitem a renegociação de valores e normas? Descreva e/ou dê exemplos de como e onde isso ocorreu.</p>
<p>Ingrediente 5: Em função do debate de valores, os desdobramentos do potencial</p> <p>DEBATE DE VALORES</p>	<p>Objetivo 5: Identificar a participação em processos educação continuada e/ou permanente e se agregam para sua vida.</p>	<p>Qual o valor/importância do trabalho para a sua vida? Como o trabalho se inclui na sua vida? A ESB participa de processos de EPS? Como os processos de educação permanente trazem valor para a sua vida?</p>
<p>Ingrediente 6: A sinergia com o coletivo</p> <p>TRABALHO EM EQUIPE</p>	<p>Objetivo 6: Identificar a experiência do trabalho em equipe</p>	<p>Descreva o trabalho em equipe para o cuidado em saúde bucal.</p>

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Processos educacionais e o agir em competência para o cuidado em saúde bucal**”. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a responsável pela pesquisa.

Agradecemos pela atenção, compreensão e apoio!

O presente estudo tem o propósito de analisar como os processos educacionais vivenciados pelos cirurgiões-dentistas que atuam na rede municipal de saúde de Porto Alegre possibilitam o agir em competência para o cuidado em saúde bucal. As informações serão coletadas através de entrevistas semi-estruturadas contendo perguntas abertas e fechadas, realizadas pela pesquisadora em horário e local definido e acordado com o participante a ser entrevistado. As respostas serão gravadas e digitadas para análise, e os pesquisadores envolvidos no projeto conhecerão esse material para discutir os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional, sendo garantidas a privacidade e a confidencialidade do participante.

O benefício esperado com a pesquisa será o de contribuir com os processos de educação permanente das equipes de saúde bucal do município de Porto Alegre. O risco da pesquisa é uma possível identificação das unidades de saúde em que se realizou a pesquisa.

Caso você tenha novas perguntas sobre este estudo, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar com a pesquisadora **Evelise Tarouco da Rocha** no telefone 0XX5181033114/5132892777 a qualquer hora ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, no telefone 0XX (51)33083629 e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Porto Alegre, localizado na Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar, telefone 0XX(51)32895517, e-mail: cep_sms@hotmail.com.br e cep-sms@sms.prefpoa.com.br.

Eu, _____, residente e domiciliado _____, portador da Carteira de Identidade, RG _____, nascido(a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar, como colaborador, da pesquisa “**Processos educacionais e o agir em competência para o cuidado em saúde bucal**”. Declaro que foram explicadas as justificativas, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na da pesquisa, assim como, os riscos e benefícios que poderão ser obtidos. Entendi que se concordar em fazer parte deste estudo terei que responder a uma entrevista semi-estruturada contendo perguntas abertas e fechadas, em horário e local definido e acordado com a pesquisadora. Estou ciente de que as respostas que darei serão gravadas e digitadas para análise, e os pesquisadores envolvidos no projeto conhecerão esse material para discutir os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional, sendo garantidas a privacidade e a confidencialidade do participante.

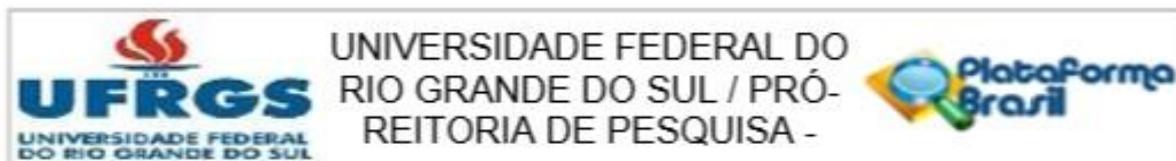
Foi dada garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

Desse modo, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito do que li ou do que leram para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com a pesquisadora **Evelise Tarouco da Rocha** sobre a minha decisão de participar do estudo. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização à pesquisadora responsável pelo estudo de utilizar os dados obtidos quando se fizerem necessários, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Pesquisador

Participante

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processos educacionais e o agir em competência para o cuidado em saúde bucal

Pesquisador: Cristine Maria Warmling

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 15738613.1.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 480.150

Data da Relatoria: 07/11/2013

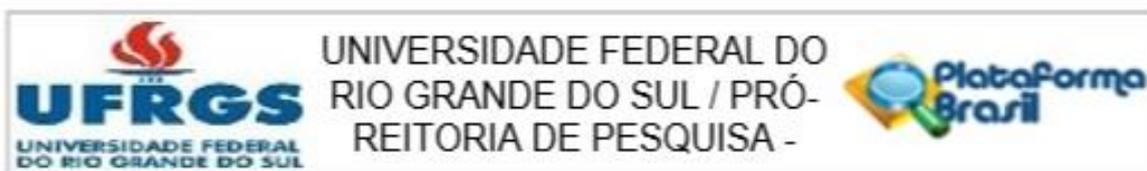
Apresentação do Projeto:

Mesmo com o reconhecimento da criação de estratégias para a qualificar os profissionais que atuam no SUS e das mudanças curriculares ocorridas nos cursos de graduação em Odontologia, a pesquisadora propõe um questionamento acerca da suficiência das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) para incitar a efetivação de um modelo de atenção em saúde pautado na integralidade do cuidado. Pretende-se, para analisar os processos educacionais vivenciados pelos cirurgiões dentistas que atuam na rede municipal de saúde de Porto Alegre, realizar um estudo de caso com abordagem metodológica qualitativa. Os dados para análise serão produzidos a partir de entrevistas semi-estruturadas com os 48 cirurgiões dentistas que atuam nas 48 Unidades de Saúde que possuem Equipe de Saúde Bucal que passaram pela avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em 2012. Utilizar-se-á também da observação dos encontros de educação permanente da Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre realizadas no ano de 2013.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar como os processos educacionais são vivenciados pelos cirurgiões-dentistas que atuam na rede municipal de saúde de Porto Alegre, visando assim compreender como tais processos contribuem para o agir em competência para o cuidado em saúde bucal.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3736 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 480.150

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descreve adequadamente os benefícios: *“O reconhecimento de características subjetivas do processo de trabalho em saúde bucal pelos próprios participantes da pesquisa.”* Quanto aos riscos, salienta apenas que *“O risco da pesquisa é uma possível identificação das unidades de saúde em que se realizou a pesquisa.”*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa parece bem estruturada, fundamentada nos seus procedimentos por bibliografia adequada, inclusive no que tange à fundamentação da metodologia a ser utilizada para a análise dos dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em parecer anterior, algumas pendências diziam respeito a inadequações no TCLE. Considera-se que foram todas atendidas: fica claro que haverá uma entrevista individual e uma posterior apenas com os cirurgiões-dentistas representantes de cada uma das Gerências Distritais de Porto Alegre; deixa claro que a pesquisa foi submetida e aprovada em ambos os CEPs, da UFRGS e da SMSPA, deixando seus telefones para contato; apresenta os contatos da professora orientadora como pesquisadora responsável, não os da orientanda.

Recomendações:

Recomenda-se aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Quanto à abordagem, afirma que os convites serão feitos através de contato telefônico com a Unidade de Saúde onde trabalha o entrevistado; quanto à observação participante nas reuniões da assessoria técnica, descreve adequadamente os procedimentos na página 13 do projeto; quanto aos horários das entrevistas, afirma que estas serão marcadas com os profissionais em horário que estes indicarem ser os mais adequados.

Tendo sido, assim, atendidas todas as pendências do parecer anterior, recomenda-se aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br