



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

POLIANA MIRANDA PINHEIRO

A PRÁTICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA, NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, E A
HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

FORTALEZA - CEARÁ

2009

Poliana Miranda Pinheiro

A prática do cirurgião-dentista, no Programa Saúde da Família, e a humanização da atenção à saúde bucal

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lúcia Conde de Oliveira

FORTALEZA - CEARÁ

2009

Dedico aos meus pais, sempre presentes
em todos os momentos da minha vida.
Na presença, no apoio, no silêncio e através
de sábias palavras, vocês sempre me deram
força para ir além. Obrigada por confiarem no que
nem mesmo eu ainda sabia que podia.

AGRADECIMENTOS

Difícil tarefa agradecer a todos que contribuíram de alguma forma para a concretização de mais esse passo em minha vida. Difícil porque são muitos e esquecê-los seria uma grande falta. Sendo assim, buscarei lembrar-me de todos, mesmo sabendo que esse todo compreende até mesmo aquelas pessoas e situações que não estão mais presentes em minha vida por qualquer motivo, mas que deixaram marcas que me transformaram na pessoa que sou hoje. Desse modo, peço desculpas aqueles que não tiveram seus nomes aqui mencionados, mas pretendo desde já me retratar ao agradecer a Deus pela oportunidade de ter conhecido muitas pessoas e vivenciado muitas situações que, de forma direta ou indireta, através de alegrias ou a partir de grandes desafios, ajudaram-me a construir conhecimentos, idéias e desenvolver sentimentos, nesse processo maravilhoso chamado vida.

Continuo, nesse agradecimento, referindo-me primeiramente a Deus, mas não por mera convenção social, e sim por compreender que sem Ele nada conseguiria. Por isso, agradeço a Ele por cada caminho trilhado, pela força e inteligência que me concedeu a cada dia e pelos sonhos que me trouxe quando outros precisaram deixar de existir.

Agradeço a meus familiares pelo apoio, presença e amor incondicional. Pela paciência e intercessão constante da minha mãe e pela alegria e confiança do meu pai. Vocês são os responsáveis pelos primeiros alicerces de tudo que veio depois.

À professora. Dra. Lúcia Conde de Oliveira, minha orientadora, por tudo o que me ensinou e orientou não somente através de seus conhecimentos, mas também pelo exemplo de profissional e por sua forma de ser, sempre paciente, acolhedora e amável.

Aos meus amigos e irmãos de comunidade pelo estímulo e paciência nos momentos em que não conseguia falar outra coisa a não ser sobre o mestrado. Pelas partilhas, momentos de alegrias e pela companhia de toda hora.

À FUNCAP, órgão responsável pelo investimento financeiro nesta pesquisa.

Aos meus amigos e colegas de mestrado pela alegria, presença e momentos de partilha diante de cada novo desafio que se apresentava a nós. Vocês me enriqueceram muito.

Aos cirurgiões-dentistas entrevistados pela colaboração e disponibilidade, além da esperança que vi no rosto de muitos e que me incentivou a seguir adiante.

Aos professores e funcionários do Mestrado, pelo compromisso e seriedade em todos os instantes.

Aos professores, Anya e Ernani, por terem aceito, tão gentilmente, o convite para fazerem parte da banca de defesa.

À SMS de Fortaleza e cada uma de suas regionais pela colaboração na pesquisa.

Enfim, à Universidade Estadual do Ceará – UECE, lugar onde resolvi dar andamento a este curso de mestrado.

" Olha devagar para cada coisa, aceita
o desafio de ver o que a multidão não viu"

Pe. Fábio de Melo

RESUMO

Este estudo refere-se à prática do cirurgião-dentista, no PSF de Fortaleza, no sentido da humanização da atenção à saúde bucal. Tem assim como objetivo analisar a visão deste profissional sobre sua prática no PSF, identificando as ações realizadas por ele, as dificuldades enfrentadas e os fatores favoráveis no sentido da humanização da saúde bucal, além de compreender como e em que espaços tem se dado a construção do acolhimento e do vínculo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza explicativa, realizada com 16 cirurgiões-dentistas que trabalharam na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza antes da implantação da saúde bucal no PSF e que continuam trabalhando hoje depois dessa implantação, sendo os dentistas escolhidos de todas as seis regionais do município. Foi utilizado, como instrumento de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada e também consideradas algumas observações importantes realizadas em campo. Na análise dos dados, utilizamos a técnica de análise de conteúdo, tendo como objeto de trabalho as entrevistas realizadas e alguns documentos importantes para alcançarmos nossos objetivos. Os resultados nos mostram que, no sentido de uma atenção mais humanizada em saúde bucal, o PSF se apresenta como um novo e importante espaço de práticas e reorganização do trabalho do cirurgião-dentista em Fortaleza, através do qual esse profissional tem se aproximado mais da comunidade. Percebemos que o odontólogo tem adicionado novas ações, no âmbito coletivo, àquelas já realizadas no consultório e, aos poucos, tem feito maior uso de tecnologias leves, como o acolhimento e o vínculo. Algumas dificuldades foram ainda identificadas e nos revelam que a questão da humanização da saúde não depende somente da ação dos profissionais em transformar sua prática, mas também de profundas mudanças no próprio sistema, que compreendem questões tanto organizacionais, como estruturais. Sendo assim, as conquistas devem ser comemoradas, mas precisam também ser amadurecidas a partir de um olhar que questione a prática e tenha como objetivo uma maior qualidade da atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização; programa saúde da família; acolhimento; vínculo

ABSTRACT

This study refers to the dental surgeon practice, in Fortaleza's PSF - Family Health Program, in relation to the humanization of the oral health care. Its objective is to analyse this practitioner's vision of his practice in the PSF, identifying his actions, his difficulties and the favorable factors in relation to the humanization of oral health, and also to understand how and in which places the reception and bonding construction have been happening. It is a qualitative research, explanatory in nature, conducted with 16 dental surgeons who worked at Fortaleza's Municipal Health Registry before the implementation of oral health in the PSF and who continue, nowadays, working there after this implementation; among all the chosen dentists there are practitioners from each of the six council's regions called "regionais". As data collection instruments, we used the semi-structured interview and, also, considered some important observations done in the field. In data analysis, the content analysis technique was used; it had as object of work the interviews and some documents important to achieve our goals. The results show us that, regarding a more humane care in oral health, the PSF presents it self as a new and important place of practices and reorganization of the dental surgeon's work in Fortaleza, by which this professional has come closer to the community. We realize that the dentist has added new actions, in the collective ambit, to those already held in the office and, little by little, has made greater use of soft technologies like reception and bonding. Some difficulties were still identified and show us that the health's humanization issue depends not only on the action of professionals to transform their practice, but, yet, on profound changes in the health system, which includes both organizational and structural issues. So, the achievements should be celebrated, but must also be matured from a look that questions the practice and has as objective a greater care quality.

KEYWORDS: Humanization; family health program; reception; bonding

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Atendente de Consultório Dentário
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CSF	Centro de Saúde da Família
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa de Saúde da Família
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico de Higiene Dental
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UNICEF	Fundo das nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS E QUADROS	13
1 INTRODUÇÃO	14
2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	28
2.1 Campo e sujeitos do estudo	29
2.2 Instrumentos para coleta de dados	31
2.3 Preceitos éticos	33
2.4 Coleta de dados	34
2.5 Tratamento e análise dos dados	35
3. BASE TEÓRICA	40
3.1 Humanização das práticas em saúde	40
3.2 O PSF e a inclusão do cirurgião-dentista	51
3.3 A importância do uso das tecnologias leves no setor saúde	58
4. A PRÁTICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA, NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, E A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	70
4.1 Discussão sobre a prática do cirurgião-dentista no PSF do município de Fortaleza	70
4.2 Discussão sobre a humanização do processo de trabalho do cirurgião-dentista no PSF	88
4.3 Discussão sobre o acolhimento e o vínculo para a humanização da atenção em saúde bucal	111
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138
APÊNDICES	149

APENDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	150
APENDICE B – Roteiro de entrevista	152

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1: Mapa das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza 29

Quadro 1: Distribuição dos cirurgiões dentistas entrevistados por SER e a relação entre o número de profissionais e a população adscrita 78

1. INTRODUÇÃO

A humanização é um movimento presente em diversas áreas profissionais, inclusive na área da saúde. Sua contribuição para a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada ao usuário do sistema, como também das condições de trabalho do profissional, tem feito com que essa ganhe lugar de prioridade dentro das ações do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tal discussão sobre a humanização na saúde cresce junto aos debates sobre a própria prática profissional nesta área e sobre os modelos assistenciais adotados pelo sistema de saúde durante a sua história. A medicina, como berço da prática em saúde, surge como uma ciência essencialmente humanista, mais do que biológica ou naturalista, contudo, ao longo do tempo, vai ganhando um caráter mais técnico e instrumental. Para Botsaris, citado por Santos (2004), esse processo de desumanização que foi sofrendo a prática médica deve-se a três motivos: o excesso de tecnologia; o desprezo pela subjetividade do paciente e a formação médica incompleta, pouco direcionada para os aspectos humanos. Moysés *et al.* (2003, p.58) concordam também com essa afirmação ao fazerem uma crítica “ao modelo de formação mecanicista e tecnificação da prática profissional, voltada exclusivamente para atender as demandas do mercado”.

Tal modelo tradicional, conhecido como biomédico, advém da reforma flexneriana do ensino médico norte-americano, entre os anos de 1910 e 1930. Ele apresenta como características fortes, além do mecanicismo, do biologismo e da tecnificação do ato em saúde, o individualismo que percebe o sujeito isoladamente, desvinculado dos aspectos sociais de sua realidade. A fragmentação do conhecimento também é marcante neste modelo, levando ao excesso de especialização, numa prática cada vez mais centrada no hospital e na doença, com predominância de ações curativas e o desinteresse pela subjetividade do indivíduo (BRAGA, 1998). Nesse sentido, para Merhy (2004), o modelo médico hegemônico diminui a dimensão cuidadora da

produção dos atos em saúde, dando ênfase a certo modo tecnológico de operar e submetendo os demais profissionais da área da saúde à atuação do médico.

Fica claro, porém, que este modelo não subsistiria por tanto tempo, sendo ainda presente nos dias de hoje, se não houvesse resultados positivos. Contudo, vale salientar, que esses resultados são produtos de um modo também caro de operar em saúde, ineficiente e desumano que não respeita a prática do profissional e nem atende a real necessidade da população (BRASIL, 2000b).

Devido a isso, um novo modelo que envolva práticas mais humanizadas de atenção à saúde se faz necessário. Os reflexos dessa necessidade de humanização das práticas perpassam todas as áreas do setor saúde, mas neste trabalho, problematizamos a questão na odontologia. Esta área encontra-se também bastante marcada pelo mesmo tecnicismo médico e visão parcial do ser humano, porém com características bem particulares que apontam para uma necessidade de mudança com vista à humanização do cuidado.

Em 1993, Garrafa, citado por Trino (2008, p.48), formulou uma definição sobre a odontologia brasileira que podemos afirmar que continua valendo ainda para os dias de hoje:

A odontologia brasileira vem carregando a vários anos uma contradição insuportável: ao mesmo tempo em que é considerada uma das mais avançadas do mundo sob o ponto de vista técnico, constata-se na população do país um dos índices mais elevados de doenças bucais entre a comunidade de 180 nações do planeta (...) Trata-se de uma odontologia tecnicamente elogiável (pelo nível de qualidade e sofisticação inegavelmente alcançados nas diversas especialidades); cientificamente discutível (uma vez que não tem demonstrado competência em expandir essa qualidade para a maioria da população brasileira), e socialmente caótica (pela inexistência de impacto social frente às iniciativas e aos programas públicos e coletivos implementados)

Encontramos, na odontologia, em muitos momentos, o sujeito sendo percebido apenas como uma cavidade oral, destituído de seus medos e anseios ou ainda de sua história, visto que o interessante era tratar a doença ou o dente. O ensino fragmentado dificultou ainda a visão do indivíduo como um todo e fortaleceu a distância entre o dentista e o seu cliente/usuário, já que o profissional se encontrava sustentado nos conhecimentos e técnicas aprendidas, deixando de lado as experiências e os saberes do sujeito que o procurava. Os avanços tecnológicos fizeram com que a

prática centrasse cada vez mais no consultório, dando ênfase à parte curativa e enriquecendo o mercado de equipamentos e materiais odontológicos, porém não atendendo as demandas da população. Neste sentido, tentando caracterizar o que acabamos de descrever, encontramos alguns estudos que podem relatar melhor essa realidade:

Em estudo de Cruz (1997), vemos a odontologia ligada, na visão dos usuários, a fatores como medo, dor e o alto custo. E quando direcionados os questionamentos sobre o profissional, foi percebido que as respostas dos entrevistados recaíam sobre aspectos comportamentais, relativos à personalidade e à atitude do cirurgião-dentista frente ao usuário. No mesmo estudo, o autor ainda relatou que os entrevistados, ao traçarem o perfil do dentista ideal, referiam-se a atitudes como: calma, paciência, tranquilidade, capacidade de comunicação e informação, isto é, aspectos ligados à relação interpessoal.

Nobre *et al* (2005), em pesquisa realizada com 53 clientes que buscavam atendimento em um curso de odontologia de uma universidade particular em Fortaleza, verificaram o medo desses em relação à consulta odontológica. Os autores citam ainda como falha a pouca comunicação entre o aluno e o paciente e consideram que haja desrespeito à autonomia do cliente, que não participa das escolhas durante o atendimento.

Outro estudo realizado por Nuto *et al* (2006), com 28 estudantes de odontologia, buscava analisar o comportamento dos pacientes a partir da visão dos alunos. Esses relataram que os pacientes encontravam-se ansiosos e que possuíam algum temor em relação ao dentista. Os autores identificaram ainda, por parte de alguns alunos, a desconsideração pelo que julgavam como “manha”, “mentira” ou apenas “psicológico” de seus pacientes e foi identificado também um processo de dessensibilização desses alunos durante o tempo de formação acadêmica. A pesquisa mostrou que os entrevistados apresentavam medo de perder a preocupação com o paciente ao longo do tempo e, por isso, reconheciam a necessidade de um maior desenvolvimento dos aspectos humanísticos dentro da formação acadêmica, durante o período de práticas clínicas.

Tiedmann, Linhares e Silveira (2005), em estudo realizado com 59 usuários e 39 alunos de clínica integrada de uma universidade de Santa Catarina, reconheceram que a natureza da relação entre os alunos e usuários da clínica ainda era mais técnica, embora tivesse crescido a incorporação de valores éticos e humanísticos.

Pacca, Corrêa e Motta (2003), entrevistando estudantes de odontologia do 1º, 7º e 8º semestres, a respeito do perfil profissional almejado por eles, constataram que o caráter humanístico da formação carece de maior desenvolvimento.

Outro fator agravante dessa realidade, citado por Péret e Lima (2003), Secco e Pereira (2004), é a forte influência do mercado de equipamentos, medicamentos e materiais odontológicos que, por vezes, dita e norteia os rumos da pesquisa e do ensino na área atualmente. Tal influência faz com que a odontologia acabe por voltar-se para interesses privados em detrimento das necessidades sociais, o que acreditamos também ser semelhante em outras áreas do setor saúde.

A odontologia ganha, com isso, um caráter cada vez mais privatista, voltada para o consultório particular, beneficiando apenas aqueles que podem pagar pelos seus serviços e sem atender a real demanda gerada pela sociedade. Como refere Moysés (2004, p. 35), este modelo dominante, voltado para o mercado privado, “não produz sujeitos capazes de protagonizar novas aberturas para a sociedade e para a profissão”.

Nesses estudos, percebemos então as expectativas e/ou o descontentamento dos clientes no que diz respeito aos aspectos relacionados à interação destes com o cirurgião-dentista, além de alguns sentimentos comuns na rotina de um consultório odontológico, como o medo e a ansiedade. Sentimentos estes, muitas vezes, negligenciados pelo profissional que se encontra preso à escolha do melhor material a ser utilizado. Também ficam bem caracterizados comportamentos que marcam, em muitos momentos, a prática desse mesmo consultório, como a falta de comunicação e de informação entre o cirurgião-dentista e o seu cliente. Esta prática ainda é comum, embora surjam indícios da busca por uma atenção mais humanizada, o que fica reforçado, nesse sentido, pelo próprio anseio dos estudantes de odontologia.

Diante disso, percebemos claramente a necessidade de mudanças nesse modelo de atenção na odontologia. Mudanças que precisam estar centradas, entre outras coisas, na busca por uma melhor qualidade do cuidado em relação ao usuário.

Segundo Ayres (2006), isso deve acontecer a partir de uma prática que enfoque o processo de humanização da saúde, compreendido, pelo autor, como uma forma de cuidar pautada na qualidade da escuta, advinda do processo de acolhimento; na responsabilização compartilhada e assumida com o outro a partir dessa escuta e na reconstrução de identidades, ou seja, de quem são e devem ser esses sujeitos que se encontram envolvidos no processo de produção da saúde. Campos (2005) ainda acrescenta que este processo de humanização deve estar intimamente relacionado à centralidade do sujeito e da vida humana, indicando a humanização da clínica e da saúde pública através de uma combinação entre a objetividade científica e a incorporação do sujeito e sua história.

Comprendemos então, baseado em Deslandes (2004), Hoga (2004) e Ayres (2005), que o discurso sobre a humanização da assistência à saúde possui várias dimensões, estando muitas delas estreitamente relacionadas às questões sobre o saber e o desenvolvimento técnico-científico e sua influência nas práticas em saúde. Porém, com isso, não queremos aqui dar a entender que essa influencia dos fatores técnico-científicos no fazer em saúde seja a grande característica de uma prática considerada desumanizada. Reconhecemos a grande contribuição dos avanços desses setores para a área da saúde, sendo capaz de aumentar a qualidade de vida, como melhorar as próprias condições de assistência, corroborando nessa parte também com a construção de uma atenção mais humanizada.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH¹) de 2000, que trata especificamente do tema referente à humanização da assistência hospitalar, constituiu-se como uma das primeiras discussões sobre a humanização da atenção à saúde no Brasil. Sobre dois documentos oficiais do governo referentes a ele, Deslandes (2004) fez um estudo a partir do qual considera haver várias formas de se pensar o conceito de humanização da assistência e uma amplitude de práticas que se intitulam humanizadas. Sendo assim, para a autora, tais práticas e

¹ O Programa de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH foi lançado no dia 19 de junho de 2001, por iniciativa do Ministério da Saúde e visava a difusão de uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira

conceitos pedem ainda por definições mais claras e que elucidem seus contornos teóricos e operacionais, sua abrangência e aplicabilidade.

Ainda segundo Deslandes (2004), o documento oficial do PNHAH começa mostrando a insatisfação dos usuários no que se refere principalmente à relação com os profissionais de saúde e segue apontando, como alternativa para mudanças na assistência à saúde, os valores da solidariedade e da alteridade. Isto é, a necessidade de se reconhecer o outro como ser autônomo e digno, além de suas expectativas, representações e práticas.

Com o passar do tempo e o crescimento dos debates sobre o tema da humanização da assistência, temos a expansão das preocupações sobre esse assunto que passa a não mais se restringir somente à atenção terciária, mas toma todo o universo do sistema de saúde. Sendo assim, o Governo tem trabalhado, desde 2004, na implantação da Política Nacional de Humanização² (PNH) que, enquanto política, vem perpassar transversalmente todos os níveis de atenção. A PNH busca desenvolver uma mudança da realidade marcada pela insatisfação dos usuários que procuram o sistema público de saúde e pela falta de estrutura desse mesmo sistema para responder às demandas desses usuários. Outro ponto importante dessa realidade são as reclamações do próprio profissional que, muitas vezes, não se vê com espaço para desenvolver um trabalho humanizado e de qualidade.

Na perspectiva da PNH, a humanização é entendida como uma maior valorização do sujeito dentro do sistema de saúde seja ele o usuário, o trabalhador ou mesmo o próprio gestor. Ela traz como valores norteadores a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. O documento da PNH ainda aponta como dificuldade na prática em saúde, o despreparo profissional para lidar com a dimensão subjetiva intrínseca a esta (BRASIL, 2008a).

² Política Nacional da Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde HumanizaSUS, que foi formulada em 2004 pelo Ministério da Saúde, visando à humanização da atenção à saúde, de acordo com a Portaria nº 779/SES de 05/07/2004.

A PNH encontra-se constituída por princípios, método, dispositivos e diretrizes importantes para sua efetivação enquanto política. Dentre esses elementos, gostaríamos aqui de destacar o acolhimento que, segundo o próprio documento oficial do governo, define-se como um “processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída” (BRASIL, 2008a, p.51). Este tem sido um dos principais instrumentos dentro dessa política que, somado a outros importantes fatores, tem buscado produzir mudanças nas práticas em saúde.

Porém, antes mesmo da PNH ou das ações do PNHAH, outro importante fato histórico vale ser ressaltado como busca por mudanças no modelo hegemônico de saúde adotado até então e como fator colaborador para uma maior aproximação entre profissional da saúde e usuário do sistema. Foi lançado assim pelo Ministério da Saúde, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) como base de um novo modelo assistencial que busca uma visão mais integral do sujeito e ações que envolvam a comunidade onde este se encontra inserido. O PSF parte de uma nova forma de se pensar o processo saúde-doença e o processo de trabalho em saúde compreendendo o ser humano não só na sua dimensão biológica, mas também as influências psicológicas, sociais e culturais que marcam o meio onde o sujeito se encontra inserido (BRASIL, 1998). Dentro desta perspectiva, percebemos que o PSF, de acordo com sua linha de ação, já se apresentava como uma prática mais humanizada em relação ao modelo anteriormente adotado.

Vale salientar, porém, que embora lançado como programa, o PSF foge à concepção de programa do Ministério da Saúde, que possui o caráter de uma intervenção vertical e paralela às demais atividades desenvolvidas no sistema de saúde. Ele se apresenta mais como uma estratégia de integração e organização das atividades em um determinado território, buscando solucionar os problemas identificados (BRASIL, 1998). Mas, como ainda utilizado pelo próprio Governo a nomenclatura de programa, optamos por manter o termo em todo este estudo.

Dessa forma, o Programa de Saúde da Família foca-se em um modelo de vigilância à saúde que tem a família como centro do processo terapêutico. Esta opção constitui-se um fator importante na construção do vínculo, que se dá através da

territorialização e adscrição da população e que tem a visita domiciliar como um importante instrumento de aproximação com a realidade do usuário (BRASIL, 1998).

Segundo o próprio Ministério da Saúde, o PSF tem também, como um de seus objetivos, uma prática mais humanizada de saúde, de acordo com a qual deve ser privilegiado o “estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população” (BRASIL, 1998, p.7). Entendemos então que para atingir tal objetivo, o vínculo pode somar-se ainda ao acolhimento, já mencionado anteriormente, que deve, por sua vez, estar presente em todos os níveis de atenção, mas que tem importante espaço junto à atenção primária pelo próprio objetivo desta como porta de entrada do sistema de saúde. Santos e Assis (2006) dão base a este pensamento ao afirmarem que o vínculo mantém relação com o acolhimento no sentido de ampliar os laços relacionais, desenvolver afetos e potencializar o próprio processo terapêutico.

De acordo com o pensamento de Merhy (2004), o acolhimento e o vínculo fazem parte das tecnologias leves ou de relação que devem estar presente e atuando em todo momento de encontro entre qualquer profissional da saúde e usuário. Para o autor, esse tipo de tecnologia deve ainda ser a responsável por administrar o uso das demais tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde, ou seja, da tecnologia dura, composta por todo um aparato de equipamentos e instrumentais específicos, e da tecnologia leve-dura, que corresponde a um conjunto de saberes bem estruturados.

Sendo assim, como já dito, percebemos dois pontos fundamentais na prática da saúde e que vem auxiliar o PSF no sentido da humanização do cuidado, o acolhimento e o vínculo. Essas ferramentas atuam no espaço das relações interpessoais entre profissional e usuário, bem como entre a equipe de saúde e a comunidade e constituem-se em partes importantes de uma prática que pretende hoje operar de forma nova no sentido da integralidade do cuidado e da valorização do sujeito. Como destacado por Schimith e Lima (2004), o acolhimento e o vínculo devem estar presentes no encontro de todo trabalhador de saúde com o usuário.

Em 2000, a odontologia, com a publicação da Portaria 1.444 de 28 de março, passa também a ser incluída na estratégia do PSF, com repasse de recursos para os municípios financiarem essa ampliação. Este fato representa a possibilidade da

criação de um novo espaço de práticas e relações, reorientando o processo de trabalho, bem como a própria forma de atuar da saúde bucal dentro dos serviços de saúde. Isso exige a estruturação de uma equipe de trabalho que se relacione com o usuário e participe da gestão dos serviços, que é a equipe de saúde bucal (ESB) (BRASIL, 2004b).

Entretanto, como apresentado em trabalho de Baldani *et al.* (2005) com cirurgiões-dentistas do Paraná sobre a implantação da odontologia no PSF nesse estado, ainda é grande a demanda reprimida que chega ao consultório, sendo insuficiente, para realizar os objetivos do PSF, a quantidade de um dentista para cada duas equipes adotadas na época nessa região. Sendo assim, os dentistas e auxiliares continuavam envolvidos mais em atividades clínicas, havendo pouco trabalho com as famílias. Entretanto, esses profissionais reconhecem que o vínculo aumentou e o seu trabalho tornou-se mais humanizado.

No Rio Grande do Norte, a situação é semelhante, como retratado por Araújo e Dimenstein (2006) em pesquisa feita com 21 dentistas que estavam trabalhando no PSF. Segundo as autoras, devido à grande demanda e à falta de formação acadêmica adequada por parte do cirurgião-dentista para atuar nessa nova perspectiva, vê-se uma “reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas” (ARAÚJO, DIMENSTEIN, 2006, p. 226).

Essa grande demanda, referida pelas pesquisas citadas, é reconhecida pelas próprias Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004b), documento lançado pelo Ministério da Saúde em 2004 com o intuito de organizar a saúde bucal dentro SUS, ao sugerir que 75% a 85% das horas trabalhadas pelo dentista no PSF estejam voltadas para a assistência curativa. Porém, embora não possamos negar essa realidade que ainda exige práticas centradas no consultório e ações centradas na doença, não podemos esquecer que o PSF traz uma nova forma de pensar e agir na saúde, envolvendo outras dimensões do cuidado, que também se faz necessária no campo da odontologia. Este fato fica bem caracterizado em estudo realizado por Andrade e Ferreira (2006), com 120 usuários do PSF no município de Pompeu, Minas Gerais, que mostra a insatisfação desses sujeitos em relação à falta de comunicação do profissional com o usuário, ponto importante para a construção do acolhimento. Os autores

identificaram, entre outros fatores, o despreparo do profissional, cirurgião-dentista, na comunicação das informações aos pacientes, o que acontecia de forma autoritária. Foi percebido também o desconhecimento, por parte desses usuários, do que seja o PSF e da inclusão da odontologia nele, sendo esta ainda identificada somente pelo atendimento clínico de má qualidade.

Baseado em Merhy (2007a) e Santos e Assis (2006), reconhecemos que a odontologia é dependente tanto de tecnologias duras, como de leve-duras, porém não pode prescindir de algo que é próprio do processo de trabalho na saúde que são as tecnologias leves. É através delas que nos encontramos com os importantes dispositivos do acolhimento e do vínculo, como já referido. Este fato se faz ainda mais forte dentro do PSF pelo que essa estratégia se propõe como construtora de vínculos e de laços de compromisso entre o serviço e a população.

Dentro de todo este contexto de desafios ainda existentes e propostas pensadas para uma prática mais humanizada de assistência à saúde, surge o interesse pelo tema desta pesquisa, junto também a nossa prática clínica, durante cinco anos de atividade profissional em consultório odontológico, tanto particular como em um plano de saúde bucal situada na cidade de Fortaleza, entre os anos de 2000 a 2005. Durante esse tempo, chamou-nos a atenção, a quantidade de queixas por parte de pessoas que estiveram em nosso consultório em relação a experiências negativas vividas em consultas anteriores com algum outro profissional e ao medo e à ansiedade sentida pelo cliente diante de uma simples consulta odontológica. Sentimentos até certo ponto considerados normais frente a uma situação nova para o sujeito, mas que percebidos como exacerbados dentro do cenário do consultório odontológico. Esse fato passou a nos chamar bastante atenção e despertar algumas curiosidades sobre como se encontrava a prática do cirurgião-dentista.

Aliado a isso, tivemos também uma experiência vivida junto a um projeto de uma organização não governamental, o qual trabalha com crianças em uma cidade do interior de São Paulo e onde pudemos atuar, como dentista, na parte educativa e preventiva, durante um ano e meio. Essa experiência veio contribuir para uma maior sensibilidade em relação à mudança da prática odontológica voltada, na atualidade, ainda para o curativismo e presa ao consultório odontológico, além de nos revelar a

importância de um trabalho realizado mais próximo à comunidade, no qual foi essencial a criação do vínculo.

Tudo isso nos despertou a atenção sobre como se encontra hoje a prática do cirurgião-dentista no sentido da humanização da atenção, já que esta, na odontologia, precisa dar voz às angústias e à fragilidade do cliente/usuário diante de procedimentos que, em muitos momentos, são marcados pela dor ou, simplesmente, já trazem em si toda a carga da imaginação popular atribuída a esta prática e ligada ao medo. O cliente sente a necessidade de ser compreendido naquele instante e de um profissional que se torne próximo a ele, tornando aquele momento mais agradável.

Na escolha do tema da atual pesquisa, resolvemos nos centrar neste objeto de estudo dentro do Sistema Único de Saúde e voltar o olhar sobre o Programa de Saúde da Família da cidade de Fortaleza, onde atualmente resídeo. Neste sentido, ainda nos deparamos, conforme dados da própria prefeitura (FORTALEZA, 2008b), com a prática profissional centrada nos consultórios, com algumas atividades preventivas e promocionais realizadas em escolas da rede pública.

Vale registrar que a atuação do cirurgião-dentista dentro do PSF de Fortaleza é bastante recente, datada oficialmente de 2006 após a realização de concurso, quando foram contratados 248 profissionais desta área. Anteriormente a esse fato, possuíamos apenas 102 destes profissionais trabalhando no sistema público da referida cidade através de uma cooperativa profissional contratada pela prefeitura (FORTALEZA, 2008b). Ainda nessa cooperativa, iniciou-se o desenvolvimento das primeiras equipes de saúde bucal no PSF, em 2005, mas ainda de forma experimental, sendo essas somente ampliadas, em 2006, como já referido (FORTALEZA, 2006).

Este fato nos despertou ainda maior interesse por escolher este campo para pesquisa, já que o espaço do PSF apresenta-se como sendo um lugar mais favorável à criação do vínculo entre profissional e usuário, a partir de uma maior aproximação com a comunidade, além de proporcionar o acolhimento deste usuário dentro do sistema, fatores de suma importância para a humanização das práticas.

Faz-se necessário ainda destacar aqui que, além do fato do PSF culminar em uma prática mais humanizada, a própria Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza tomou a decisão política de implementar a Política Nacional de Humanização,

adotando várias ações em todos os níveis de atenção, como por exemplo: as Oficinas de Acolhimento, voltadas para capacitar os profissionais de saúde para realizarem o acolhimento dos usuários em todas as unidades de saúde do município; os Grupos de Trabalho de Humanização – GTH's organizados na rede hospitalar para implementarem projetos de humanização em seus locais de trabalho; as Oficinas intituladas “Conhecendo Meu Ambiente de Trabalho”, relacionadas à saúde do Trabalhador da Saúde; Cirandas da Vida, que se constituem em espaços de diálogos, a fim de fortalecer a articulação entre os movimentos e práticas populares e as práticas e políticas de saúde; as Oficinas do Riso, relacionadas a atuação dos Palhaços Terapeutas na SER II, dando aos profissionais a dimensão do lúdico como ferramenta de trabalho; além do Curso de Extensão Universitária Fortaleza HumanizaSUS (FORTALEZA, 2008a).

Dentro de toda esta perspectiva da busca pela concretização da PNH, como da recente prática do dentista dentro do PSF de Fortaleza, surgiram alguns questionamentos: até que ponto o profissional, cirurgião-dentista, tem conseguido humanizar sua prática dentro do PSF? O que tem sido diferente dentro dessa estratégia e que tem auxiliado na construção de uma prática mais humanizada? Quais os desafios ainda existentes?

Como vimos, essa prática mais humanizada no PSF é reforçada por uma visão integral do sujeito, a partir de uma aproximação com a realidade em que este se encontra inserido, bem como através da construção do acolhimento e do vínculo que se dão no espaço das relações interpessoais entre profissional e usuário. Sendo importante lembrar ainda que o encontro entre esses dois sujeitos, no PSF, tem a possibilidade de se dar em outros espaços fora o consultório. Assim, questionamos então qual atenção tem sido dada para o processo de acolhimento do usuário por parte do cirurgião-dentista? Como tem sido a relação interpessoal entre ambos? E o vínculo, como este tem sido construído entre o usuário e o cirurgião-dentista? Em que espaços isso tem ocorrido? Quais espaços podem ajudar na construção de uma assistência mais humanizada? O PSF tem auxiliado o cirurgião-dentista a conhecer melhor o usuário que chega até ele, identificando e respeitando sua subjetividade ou ainda está preso a condutas técnicas somente?

Diante de tais questionamentos, propusemo-nos, através desta pesquisa, a analisar a prática do cirurgião-dentista, na perspectiva da humanização à saúde bucal, dentro da estratégia do PSF de Fortaleza. Dessa forma, para atingir tal objetivo, percebemos, primeiramente, a necessidade de identificar quais as ações realizadas hoje por esse profissional em sua prática.

Tendo em vista, contudo, tratar-se de uma prática recente, buscamos também identificar quais as dificuldades enfrentadas e os fatores que favorecem hoje a humanização da prática do cirurgião-dentista no PSF, na visão deste profissional. E, diante da importância do acolhimento e do vínculo para alcançarmos o objetivo proposto, buscamos compreender como tem se dado a construção destes dispositivos no encontro entre o profissional e o usuário, além de identificar também os espaços onde isto tem ocorrido.

Para esta análise, vimos a necessidade de entrevistar, nesta pesquisa, o próprio profissional já que este é um agente modificador de sua prática a medida que toma consciência desta e, como afirma Merhy (2007b), as mudanças no modo de se produzir saúde precisam vir de uma tarefa coletiva por parte dos trabalhadores em saúde porque se não os esforços das reformas macro-estruturais e organizacionais de nada adiantariam.

Sendo assim, a partir da compreensão e do entendimento do cirurgião-dentista, pudemos refletir um pouco mais sobre como se encontra a prática da odontologia dentro da proposta do PSF de Fortaleza, no que diz respeito à humanização da atenção à saúde. Isto poderá trazer benefícios a todos os sujeitos envolvidos, mas particularmente para o usuário, tendo em vista que esse é o destinatário de toda atenção à saúde. Compreendemos, dessa forma, que toda reflexão que possa ser realizada sobre o assunto tem potencialmente a capacidade de se reverter em melhoras para esse usuário, garantindo uma melhor qualidade de assistência à saúde bucal.

Tentamos, a partir do profissional, identificar as dificuldades ainda existentes e que interferem nessa relação, o que pode vir a ser fonte de dados também para os gestores dessa área. Principalmente, no que diz respeito a contribuir na

implantação da política de humanização do SUS, do Ministério da Saúde e na prática do próprio PSF.

Os resultados da pesquisa devem ainda ser de grande relevância para as atividades de docência, junto ao ensino acadêmico, principalmente no que se refere à construção de uma nova prática profissional, haja vista que a prestação do serviço só tem sentido se obtiver resultado junto ao usuário e a realidade atual reflete muito a formação recebida pelos profissionais ao longo do tempo dentro da academia.

E, por fim, acreditamos ser também de valia para esta instituição de ensino, UECE – Universidade Estadual do Ceará, já que buscamos contribuir um pouco mais com o conhecimento nesta área, o que pode vir a se reverter em benefício para a sociedade.

Apresentamos então, neste instante, o caminho metodológico adotado para responder aos objetivos propostos nesta pesquisa, enfocando, logo após, o capítulo referente à base teórica e, por fim, o capítulo que contém a análise e discussão dos dados, denominado: A prática do cirurgião-dentista, no Programa Saúde da Família, e a humanização da atenção à saúde bucal.

Cada um destes capítulos, tanto o da base teórica, como o da discussão dos dados, encontra-se dividido em três tópicos, que foram construídos a partir das categorias criadas, sendo um referente ao processo de inserção do cirurgião-dentista no PSF, o outro à humanização da saúde e outro relacionado ainda às tecnologias leves. Vale salientar, entretanto, que estes tópicos não se apresentam necessariamente nesta mesma ordem nos dois capítulos citados, pois optamos apresentá-los na sequência em que acreditávamos que favorecia uma melhor redação e compreensão do tema abordado.

2. TRAGETÓRIA METODOLÓGICA

O conhecimento científico pode ser considerado como uma das expressões mais complexas da atividade humana, embora o ato de conhecer não seja específico da espécie humana. Porém, o que o diferencia do conhecimento realizado por outras espécies de animais é o nível de complexidade que este conhecimento alcança: além de conhecer sobre o mundo, o homem conhece o sentido de falar sobre o mundo atual ou falar sobre como atuar no mundo (MOROZ, GIANFALDONI, 2002).

Nessa busca por crescer no conhecimento científico, o homem se faz perguntas, através das quais tenta elaborar explicações sobre a realidade (MOROZ, GIANFALDONI, 2002). Esse processo, contudo, realiza-se através de etapas que partem dos conhecimentos já formulados até chegar a outros que podem tanto vir a preencher lacunas do conhecimento já existente, como a refutar o que já se tem por certo muitas vezes.

O percurso metodológico nos mostra então, neste momento da pesquisa, o caminho trilhado para que pudéssemos atingir os objetivos propostos por nós anteriormente. Foi ele que nos norteou rumo à construção de todas as etapas do processo científico, bem como do próprio pensamento a cerca do objeto investigado. Sendo assim, neste estudo, buscamos crescer um pouco mais no conhecimento a respeito do tema proposto e, para isso, utilizamos, como metodologia, uma abordagem qualitativa, de natureza explicativa.

Optamos pela abordagem qualitativa que se preocupa com “a compreensão, com a interpretação do fenômeno, considerando o significado que os outros dão às suas práticas” (GONSALVES, 2005, p. 68). Como cita Minayo (1994, p.21-22), a pesquisa qualitativa é aquela que se preocupa com “um nível de realidade que não pode ser quantificado” e que “trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes”.

Do ponto de vista de seus objetivos, esta pesquisa foi do tipo explicativa, por pretender explicar a razão dos fatos acontecidos. Como citado por Gonsalves (2005, p. 66), a pesquisa explicativa “pretende identificar os fatores que contribuem

para a ocorrência de um determinado fenômeno”, indo à busca da fonte e da razão das coisas.

2.1. Campo e sujeitos do estudo

Esta pesquisa foi realizada no município de Fortaleza no Estado do Ceará, que possui uma população estimada, em agosto de 2008, segundo dados do IBGE (BRASIL, 2008c), de 2.473.614 habitantes. Este município encontra-se, por sua vez, atualmente dividido, em termos administrativos, em seis Secretarias Executivas Regionais - SERs, que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais, sendo cada uma delas composta, entre outros setores, por um Distrito de Saúde.

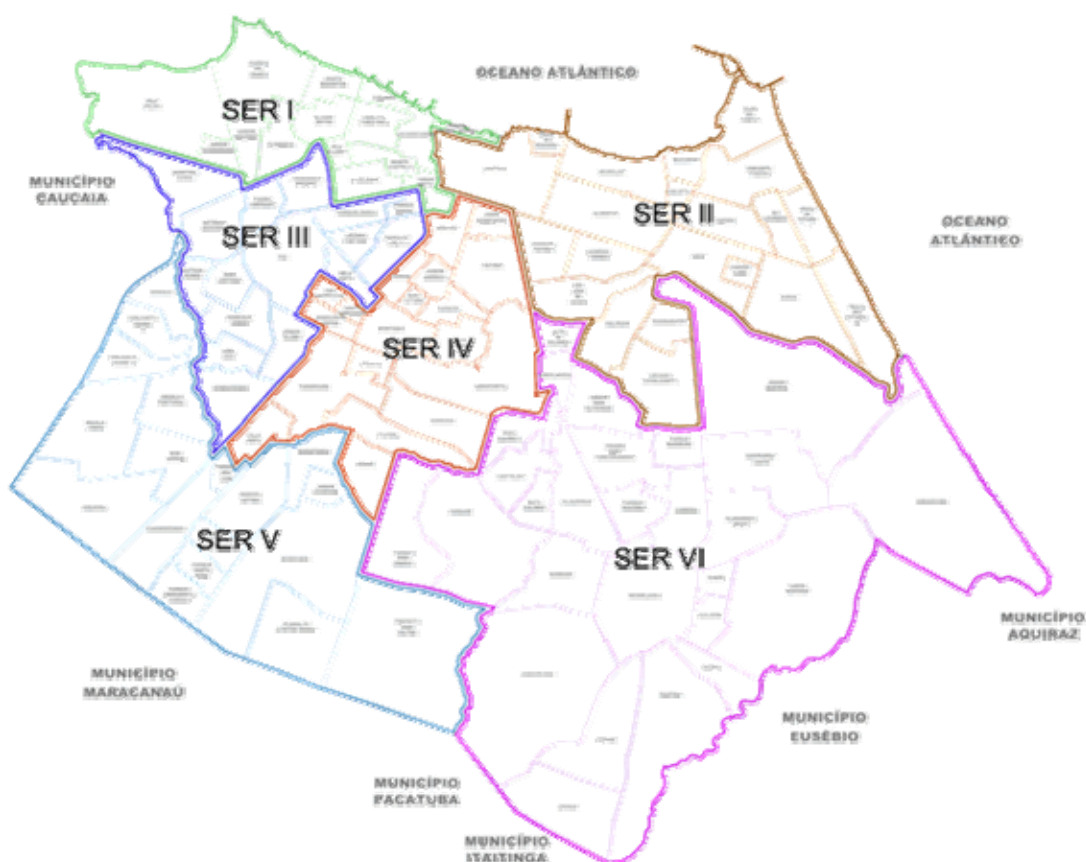


Figura 1: Mapa das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza

Dentre as regionais apresentadas pelo mapa acima, a maior em termos de população é a SER V, porém contando esta com apenas 44% em termos de cobertura das equipes de PSF, segundo o Relatório de Gestão de 2006 (FORTALEZA, 2007). Já a SER VI, segundo o mesmo relatório, é aquela que apresenta uma maior cobertura neste sentido, de 50% da população e a que possui uma menor cobertura das equipes de PSF é a I, com somente 33% desta cobertura.

Em dezembro de 2006, segundo ainda o último relatório de gestão do município (FORTALEZA, 2007), encontravam-se funcionando 304 equipes de PSF e 233 ESB. Em relação às ESBs, estas se encontram responsáveis por realizar atividades clínicas e coletivas. As clínicas referem-se a restaurações, limpeza e extrações. Enquanto as coletivas estão mais relacionadas, segundo dados da própria Prefeitura, às atividades realizadas junto aos escolares, que se constituem de escovação supervisionada, evidenciação e remoção da placa bacteriana, aplicação de flúor gel, além de palestras de educação em saúde bucal (FORTALEZA, 2008b)

Sendo assim, diante dos objetivos propostos para este estudo, resolvemos escolher, como sujeitos dessa pesquisa, os cirurgiões-dentistas alocados em uma dessas ESBs do município de Fortaleza. Inicialmente, pretendíamos começar entrevistando dois dentistas por SER, de forma que todas as seis regionais fossem representadas neste estudo, levando em consideração as diferenças existentes entre elas. Dessa forma, o número de entrevistas seria de, no mínimo, doze ao término da prática em campo. Contudo, como se trata de um estudo de natureza qualitativa, o número final de profissionais entrevistados foi definido pela saturação teórico-empírica e pela relevância das informações (GASKELL, BAUER, 2002). Ou seja, começaríamos por doze entrevistas, aumentando esse número caso não houvesse ainda chegado à saturação, o que aconteceu na prática.

O critério de inclusão e exclusão destes profissionais na pesquisa foi estabelecido tomando por base aqueles sujeitos que respondessem simultaneamente a dois importantes pontos:

1. que, atualmente, encontram-se trabalhando em uma das equipes de saúde bucal do PSF de Fortaleza, tendo sido contratado por meio do concurso realizado em 2006 para a admissão de novos profissionais;

2. que já tinham, anteriormente a esse concurso, trabalhado no sistema público de saúde de Fortaleza, ou seja, antes da implantação das equipes de saúde bucal do PSF

Esta escolha teve por finalidade compreender as diferenças trazidas através desta estratégia de reorganização do sistema de saúde, que é o PSF, para a prática do cirurgião-dentista no sentido da humanização da atenção à saúde bucal. Daí a opção por entrevistar um profissional que tenha trabalhado nas duas perspectivas diferentes de assistência odontológica.

Dessa maneira, como já explicado, partimos do pressuposto de doze entrevistas no início da pesquisa em campo, sendo duas por regional, chegando ao final, a dezesseis, de acordo com a saturação teórico-empírica.

2.2. Instrumentos para coleta de dados

Para a coleta dos dados, o instrumento utilizado foi a entrevista semi-estruturada. A entrevista, como afirmam Lakatos e Marconis (1990, p.84), pode definir-se como “um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”. Minayo (1994) confirma esta definição, afirmando que a entrevista consiste em uma conversa entre duas pessoas com um propósito bem definido. Ainda segundo a autora, trata-se de um instrumento que ressalta a importância da linguagem e do significado da fala, através da qual se obtém ainda informações sobre um determinado assunto. O pensamento destes autores, apresentados aqui, corresponde aos objetivos da pesquisa de natureza qualitativa que buscamos desenvolver com este estudo.

Vale ressaltar que, na entrevista semi-estruturada, também encontraremos características próprias tanto da modalidade de entrevista não-estruturada, permitindo o entrevistado abordar de forma mais livre o assunto proposto, como da estruturada, pois a entrevista partirá de perguntas previamente formuladas e direcionadas, como

afirma Minayo (1994). Dessa forma, o roteiro da entrevista semi-estruturada nos permitiu uma “maior flexibilidade nas conversas e absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de relevância” (SOUZA *et al*, 2005, p. 136) e nos ajuda a esclarecer melhor sobre como o sujeito pensa o assunto proposto. As entrevistas foram gravadas através de equipamento de áudio e transcritas integralmente, sendo mantida em sigilo a identidade dos entrevistados.

O roteiro da entrevista foi então constituído por algumas questões feitas de forma abrangente, no sentido de apenas orientar a entrevista de acordo com os objetivos da pesquisa. Tendo, por sua vez, como pergunta norteadora principal: como se encontra hoje a prática do cirurgião-dentista, dentro do PSF de Fortaleza, em vista da humanização da saúde bucal?

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho de cada profissional e no horário mais conveniente para esse, como já dito. Buscamos, durante as entrevistas, não fazer qualquer interrupção que pudesse romper com a livre expressão dos sujeitos de estudo, com exceção de quando surgia alguma estrutura de significada relevância na fala desses e que julgávamos precisar aprofundar o assunto para melhor compreensão.

Vale ressaltar que, no início dessa pesquisa, não tínhamos a pretensão de utilizar nenhum método de observação como instrumento, por saber que o tempo disponível seria insuficiente para tal fim. Entretanto, na prática, algumas observações puderam ser feitas a partir das visitas, através da técnica de observação simples, sendo alguma dessas consideradas relevantes em relação aos objetivos do estudo. Como não havia sido pensado antecipadamente nenhum roteiro para a observação, limitamo-nos a pequenas observações mais relacionadas às condições estruturais de cada centro de saúde. Dessa maneira, as informações daí geradas foram anotadas em um diário de campo e, posteriormente, utilizadas nas análises.

Foi realizada também, para complementação dos dados, uma análise documental no sentido de nos aprofundarmos um pouco mais no discurso oficial apresentado pelo Governo, como também para que depois pudéssemos promover uma discussão maior desses com a situação encontrada na prática e presente nas falas

analisadas. Segundo Chizzotti (1995, p. 109), temos como documento “qualquer informação sob a forma de texto, imagens, sons, sinais, etc., contida em um suporte material (papel, madeira, tecido, pedra), fixados por técnicas especiais como impressão, gravação, pintura, incrustação”.

A escolha dos documentos foi intencional, entretanto, esta foi se construindo à medida que íamos analisando cada uma das entrevistas e sentíamos necessidade de outras informações para complementarmos ou confrontarmos aos dados e aspectos encontrados.

Desta forma, através dos instrumentos referidos e apoiados pelo referencial teórico desta pesquisa, buscamos promover o diálogo entre os dados coletados, teóricos e práticos, através da triangulação dos métodos, como referido por Souza *et al.* (2005), e que se constitui em um dos pontos que garantem a confiabilidade da pesquisa qualitativa, considerando a possibilidade de contradições existentes entre os fenômenos quando visto sobre ângulos diferentes (GASKELL, BAUER, 2002).

2.3. Preceitos éticos

Vale ressaltar que, antes da entrada em campo, houve o encaminhamento do protocolo de pesquisa para a Comissão de Ética da Universidade Estadual do Ceará-UECE, obedecendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos aprovadas pelo Conselho Nacional de saúde, Resolução no 196/1996 (BRASIL, 2000c). Sendo solicitada também, junto à Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, a devida permissão para a realização do estudo.

A entrevista destinada ao cirurgião-dentista incluía ainda um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo modelo encontra-se na parte dos Apêndices, no fim deste trabalho, informando ao entrevistado o objetivo, as regras, os riscos e benefícios da pesquisa. Depois de lido, compreendido e assinado, foi esclarecido que o

termo seria mantido em arquivo. Todos os entrevistados envolvidos na pesquisa concordaram e assinaram o Termo de Consentimento.

2.4. Coleta de dados

Antes de entrarmos em campo para a realização das entrevistas com os odontólogos, foi necessário fazer, junto à cooperativa responsável anteriormente pela contratação de dentistas para prestação de serviço pela Prefeitura de Fortaleza, um levantamento desses profissionais que trabalharam no serviço público de saúde do município antes do concurso de 2006.

De posse destes dados, entramos em contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza para aquisição de uma listagem dos profissionais cirurgiões-dentistas que hoje se encontram trabalhando no município através do serviço público de saúde. Dessa forma, confrontamos as duas listas para obtenção do nome e local de trabalho daqueles profissionais que se enquadravam nos requisitos de seleção para essa pesquisa, devido não haver nenhum levantamento anteriormente feito nesse sentido.

Depois disso, o primeiro contato com estes profissionais foi realizado por telefone, quando pudemos marcar um horário mais favorável para a pessoa. Vale ressaltar que todos os profissionais com quem conseguimos estabelecer contato aceitaram participar do estudo, sem se oporem em momento algum.

Naquelas SERs em que encontramos mais de dois dentistas que correspondiam aos critérios mencionados para inclusão desse profissional na pesquisa, a seleção por quais seriam entrevistados se deu levando em consideração o acesso ao odontólogo, já que não conseguimos falar com todos por telefone, e o acesso ao CSF.

Começamos assim pela SER VI, onde realizamos primeiramente três entrevistas que serviram como teste para um melhor aperfeiçoamento do instrumento, além das duas entrevistas já programadas para esta regional. Fora este fato citado, em

outra SER, entrevistamos mais de dois dentistas pelo fato de primeiro termos optado por conversarmos com dois profissionais que trabalhavam em um mesmo CSF, aos quais acabamos por ter acesso, e depois percebermos que estas entrevistas representavam muito bem a realidade daquela unidade, mas poderia não representar a situação vivida por outras unidades daquela regional. Isto se deve ao fato de termos percebido que de um CSF para outro, dentro de uma mesma SER, também existem diferenças significativas.

Estas quatro entrevistas realizadas a mais, além das doze que estavam programadas inicialmente, trouxeram um material interessante que não poderia ser descartado, sendo importante também para compor o conteúdo da saturação teórico-empírica. Estes dados então foram utilizados por nós nas análises, resultando nas dezesseis entrevistas finais.

2.5. Tratamento e análise dos dados

Escolhemos como opção, para o tratamento dos dados, a análise de conteúdo, por entendermos que esta técnica nos permitiria, depois de uma leitura de primeiro plano das falas, atingir níveis mais aprofundados de compreensão da mensagem, levando-nos a ultrapassar o caráter meramente descritivo dos conteúdos manifestos e a interpretar estes mesmos conteúdos, relacionando as estruturas semânticas com as estruturas sociológicas, ou seja, com as variáveis psicossociais e do contexto tanto cultural como de produção da mensagem (MINAYO, 2007).

Bardin (1979, p. 42) define a análise de conteúdo como:

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção destas mensagens

Isto significa que, buscando responder aos objetivos da pesquisa, a análise de conteúdo parte da simples descrição do conteúdo manifesto, seja ele explícito ou

latente na mensagem, contextualizando social e historicamente seu processo de produção, para então chegar à inferência e interpretação desta mensagem. Ou seja, através da análise de conteúdo, partimos de uma leitura de primeiro plano do conteúdo da mensagem para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos em um primeiro momento. Para isso, portanto, faremos uso das inferências, que representam uma das finalidades da análise de conteúdo, estas podem ser feitas sobre qualquer elemento do processo de comunicação, seja ele a fonte emissora, o receptor ou ainda os processos de codificação e decodificação da mensagem. (FRANCO, 2005).

Segundo Franco (2005), através da inferência, elemento muito importante nesta técnica, são produzidas associações e comparações dos dados de um determinado conteúdo com o de outros produzidos em outras circunstâncias de tempo, lugar e também a partir de diferentes concepções de mundo, de indivíduo e de sociedade. Com isso, pudemos assim posicionar o conteúdo da mensagem analisada em relação às condições em que esta foi produzida, social e historicamente, sendo possível depois classificá-los e interpretá-los. A inferência, como nos diz Minayo (2007), é a hermenêutica baseada na dedução.

Para Minayo (2007), a análise de conteúdo pode ser classificada pela técnica a que se propõe em: análise lexical, análise de expressão, análise de relações, análise de avaliação ou representacional, análise de enunciação e análise temática. Para este estudo, fizemos opção pela análise temática que, segundo Minayo (2007), permite que identifiquemos a existência de temas ou núcleos de sentido em uma mensagem, cuja presença ou frequência apresentem significância no conteúdo das análises. A presença destes temas nos permitirá estabelecer então estruturas de referência, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes ao discurso.

Segundo Minayo (2007, p.316-318), a análise de conteúdo se dará a partir de três fases que buscamos trilhar durante esta pesquisa:

1) Pré-análise: momento de leitura exaustiva e organização do material de acordo com os objetivos e questões do estudo. São definidos aqui também a unidade de registro, obtida através da decomposição da mensagem; a unidade de contexto, que nos permite situar a mensagem a partir de uma referência mais ampla; os recortes; a forma de categorização; a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais para orientar a análise.

2) Exploração do material: aqui realizamos uma operação classificatória, como define a autora, através da qual buscamos atingir o núcleo de compreensão da mensagem, a partir de categorias que nos permitiram organizar o conteúdo das falas.

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: momento no qual, além do tratamento quantitativo dado as informações obtidas através de operações estatísticas simples (porcentagens), buscamos também desvendar o conteúdo subjacente ao que estava sendo manifesto, por meio de inferências e interpretações acerca do material coletado.

A análise de conteúdo, desde seu surgimento até os dias atuais, teve sua evolução perpassada por períodos de aceitação e de negação, despertando, ainda hoje, contradição e questionamento. Entretanto, assim como toda técnica de investigação, procura proporcionar aos investigadores um meio de apreender as relações sociais em determinados espaços, de uma forma apropriada ao tipo de problema de pesquisa proposto. A análise de conteúdo visa, portanto, sair do senso comum e do subjetivismo na interpretação para atingir uma vigilância crítica em relação à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação (MINAYO, 2007).

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas fielmente, respeitando todas as nuances das falas dos entrevistados. A identidade de cada um deles foi mantida em sigilo, sendo que para isso utilizamos como identificador de cada fala apenas a letra E, referente à letra inicial da palavra entrevistado, acrescida de um número específico para cada um deles. Vale ressaltar aqui também que nos momentos em que sentimos necessidade de nos referir a algum CSF visitado, estes também foram

identificados por uma letra do alfabeto, para não comprometer a identidade dos entrevistados.

Depois então de transcritas e identificadas as entrevistas, foram feitas leituras exaustivas destas, bem como dos documentos selecionados para análise, no intuito de determinarmos os núcleos de sentido, tomando como base, para tal, os objetivos do estudo e as perguntas realizadas durante as entrevistas.

Sendo assim os núcleos selecionados foram: acolhimento, vínculo, humanização, processo de trabalho no PSF, dificuldades. A partir destes núcleos, começamos a fazer recortes nas falas dos entrevistados e, destes recortes, pudemos montar um quadro onde realizamos tanto uma síntese horizontal, como vertical do que havia sido dito sobre cada tema, levando em consideração para isso tanto os pontos convergentes como também os divergentes presentes nos depoimentos dos profissionais entrevistados. A partir destes pontos, pudemos construir categorias de análises, organizando o conteúdo presente nessas falas recortadas.

Depois deste processo, descrito até aqui, realizamos a interpretação e as inferências, propostas pela técnica de análise de conteúdo, dos recortes das falas. Estes foram feitos baseados no referencial teórico construído anteriormente e que nos serviu posteriormente de base para as discussões dos resultados obtidos durante a análise, levando em conta também algumas observações realizadas em campo e a análise realizada nos documentos oficiais do Governo, em um processo de triangulação dos dados.

A análise dos documentos selecionados a priori foi realizada de acordo com as necessidades que surgiam à medida que íamos construindo cada categoria. Fizemos uma leitura de cada um deles, buscando interpretar os conteúdos manifestos e latentes presentes, relacionando-os então com tais categorias escolhidas. As informações extraídas daí foram então cruzadas com a análise feita nas falas dos sujeitos do estudo.

Dessa forma, depois de descrito aqui todo o caminho metodológico percorrido na busca de respondermos aos objetivos propostos anteriormente,

passaremos agora a apresentar a base teórica utilizada no estudo e que possui papel importante nas análises e discussões do material coletado em campo.

3. BASE TEÓRICA

3.1. Humanização das práticas em saúde

Todo serviço de atenção à saúde comporta o encontro com um outro que se constitui tanto como destinador do cuidado produzido como enquanto próprio agente que atua no processo de produção ou gerenciamento deste cuidado. Isto é, o serviço de saúde é composto por seres humanos, envolvidos em teias sociais, através das quais constroem e desconstroem constantemente a realidade ao seu redor. Influenciados pelos mais diversos aspectos, encontram-se na produção e satisfação de necessidades em saúde, gerando espaços aonde atuam enquanto sujeitos na construção do cuidado.

Sendo assim, percebemos logo a produção de ações em saúde como uma atividade do homem e que se encontra voltada para esse mesmo homem, que deve constituir-se como centro desse processo. Daí os inúmeros questionamentos e críticas direcionadas à forma de atuação e vivência do sujeito dentro do sistema de saúde. Essas inquietações vem ao encontro da necessidade de (re)construção de uma prática que valorize o ser humano e entenda a saúde como um direito de cidadania.

Nesse sentido, muito se tem discutido a respeito da humanização da saúde e vários são os enfoques dados para essa discussão. Pretendemos aqui então trazer um pouco dessas reflexões e o que constitui a Política Nacional de Humanização, relatando também um pouco do processo histórico em que tudo isso ocorreu.

Contudo, não é intuito deste trabalho definir aqui de forma fechada o termo humanização, pois segundo afirma Sampaio (2005), a humanização possui uma dupla e contraditória natureza: ela é uma problemática, pois constitui construção processual, refeita a cada momento histórico, e é uma utopia, sendo uma insatisfação presente e um desejo projetado no futuro. Dessa forma, compreendemos que seu conceito vai se

modificando à medida que o ser humano vai tendo novas experiências e conhecimentos a cerca das suas necessidades.

Puccini e Cecílio (2004) confirmam este argumento ao afirmarem que o homem é um ser sócio-histórico e, conseqüentemente devido a isso, a humanização, enquanto aspecto da realidade humana mutável com o tempo, como o próprio homem, também possui esse aspecto histórico-social. Dessa forma, procuraremos então, longe da busca por alguma delimitação rígida do conceito, conhecer, através do pensamento de alguns estudiosos, o que compreendem os mesmos acerca da construção deste tema na área da saúde, pois também, conforme afirma Teixeira (2005), o conceito de humanização adquire múltiplos sentidos nas discussões atuais sobre o assunto.

Para Campos (2005), o processo de humanização implica em uma mudança na tradição médica e epidemiológica, na qual se consiga combinar a objetivação científica à incorporação do sujeito e de sua história. Para o autor, ainda vale destacar, é necessário haver uma democratização das relações interpessoais, nas quais o outro, usuário, saía de sua situação de objeto, dominado pelos interesses e desejos do lado dominante, para ser considerado como sujeito.

Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006), ao citar a humanização do ambiente hospitalar, ressaltam a valorização e o respeito à dignidade da pessoa como centro desse processo que precisa contemplar, por sua vez, um conjunto de aspectos, como a estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, visando um atendimento de qualidade.

Para Mota, Martins e Vêras (2006), a humanização relaciona-se ainda com a ética, já que para a existência de ambas é necessária, antes de tudo, a experiência de ver e perceber o outro. A ética, segundo os autores, preocupa-se com a consequência da conduta de uma pessoa qualquer sobre um outro e, não poderia então estar desvinculada da prática humanitária. Esta ideia está em acordo com o pensamento de Vaitsman e Andrade (2005), ao darem ênfase à ética na relação entre profissional e usuário e destacarem, como núcleo do conceito de humanização, a questão da dignidade e do respeito à vida humana.

Com esses conceitos, podemos então perceber que as definições sobre humanização na área da saúde priorizam, na maior parte das vezes, a pessoa humana enquanto sujeito neste processo, fato esse que também achamos de suma importância ao pensarmos essa questão. Contudo, também compreendemos que não podemos esquecer os outros componentes necessários em uma iniciativa de humanização da atenção à saúde, pois ela comporta não somente a questão da subjetivação, mas também um conjunto de fatores que influenciam diretamente a forma de atenção e que devem, por fim, mais uma vez estar voltadas para o sujeito, seja ele usuário e/ou trabalhador. Exemplo disso é a necessidade de equipamentos e profissionais em número adequado para atender à demanda da população e uma estrutura política e administrativa que apóie as iniciativas necessárias para a sua concretização.

No que diz respeito à valorização do ser humano como centro desse processo de humanização da atenção, vale ainda esclarecer que tal prática não pode encontrar-se voltada somente para o usuário, mas também para os profissionais desta área, já que somente o indivíduo que se sente valorizado como pessoa e como profissional, tendo condições adequadas de trabalho, está mais apto para atender com qualidade. Pois, como afirmam Matsuda *et al.* (2003), a humanização da assistência só se dará com a realização pessoal e profissional dos que a fazem. E segundo os mesmos autores, o termo Humanização é concebido como:

atendimento das necessidades biopsicossocioespirituais do indivíduo tanto no contexto do trabalhador (servidor) quanto na do usuário (cliente/paciente). Nessa perspectiva, cada um deve ser compreendido e aceito como ser único e integral e, portanto, com necessidades e expectativas particulares. (MATSUDA *et al.*, 2003, p.163)

Expandindo um pouco mais o conceito sobre humanização, encontramos a definição de Ayres (2005), através da qual o autor afirma que:

o ideal de humanização pode ser genericamente definido como um compromisso das tecno-ciências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores confraticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente válidos como Bem comum (AYRES, 2005, p. 550)

Para Ayres, é necessário expandir o horizonte normativo das práticas em saúde, o qual se encontra preso, na maioria das vezes, à normalidade morfofuncional da visão tecnocientífica, para atingir a ideia de felicidade, considerada pelo autor como

experiências positivas vividas pelo sujeito que independem do estado de completo bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional (AYRES, 2005). O autor então propõe, para o processo de humanização na saúde, interações nas quais o conhecimento não se restrinja à positividade das ciências biomédicas, mas inclua também saberes humanísticos e através das quais tanto profissionais quanto usuários encontrem espaço para se expressar como sujeitos, no intuito de uma compreensão mútua e através de uma interação dialógica.

Sendo assim, o autor toca em um ponto importante dentro desta discussão que é o do modelo de atenção à saúde predominante até os dias de hoje e que se encontra intimamente relacionado aos conhecimentos e avanços tecnocientíficos. Nesse sentido, para entendermos a construção deste modelo conhecido como biomédico, é importante começarmos lembrando que a medicina, como base das ciências da saúde, assenta, na Grécia Antiga, suas raízes na filosofia da natureza e seu sistema teórico parte de uma visão holística que entende o homem como dotado de corpo e espírito. Hipócrates, considerado o pai da Medicina, definia esta como uma prática humanista por excelência (GALLIAN, 2000).

Assim, segue a história da medicina ocidental, que incorpora e desenvolve essa visão humanista e segue, por um longo tempo, sustentando essa concepção, mesmo com todas as mudanças históricas da época do Renascimento e do Iluminismo, quando a medicina foi tomando uma postura cada vez mais científica e baseada no biológico (GALLIAN, 2000).

O século XIX se inicia com o surgimento da figura do médico romântico que além de ser detentor de conhecimentos acerca da clínica, patologia e farmacologia, também se dedicava ao estudo da literatura, da filosofia e da história. A figura desse médico-romântico unia seus conhecimentos técnicos aos humanísticos, buscando a visão do homem como um todo. Mas, a partir da metade desse mesmo século, com os avanços no campo da microbiologia e da patologia e o consequente desenvolvimento das análises laboratoriais e de outros métodos clínicos, além do surgimento de novos medicamentos, como a penicilina, surge um novo modelo de médico que, com tantos

conhecimentos, julga possuir um maior controle sobre a doença, o mal que deseja eliminar (GALLIAN, 2000).

Com o crescimento das ciências exatas e biológicas, além do grande desenvolvimento tecnológico, vão perdendo espaço, dentro da medicina, as ciências humanas, com o fortalecimento da dimensão biológica do processo saúde-doença. A formação do médico passa então a apoiar-se, cada vez mais, no estudo do comportamento dos órgãos, tecidos e células, em detrimento do também importante conhecimento acerca de quem é o homem e de como esse interpreta o mundo ao seu redor. Essa formação vai tomando também um caráter fragmentado e de maior especialização em áreas, o que fortalece a visão do homem em partes (GALLIAN, 2000).

De acordo com o pensamento de alguns autores (DESLANDES, 2004; PUCCINI, CECÍLIO, 2004; TEXEIRA, 2005; AYRES, 2005), chegamos à conclusão de que não devemos cair nem no reducionismo de intitularmos as tecnociências como promovedoras de práticas desumanas, nem atribuímos somente à formação profissional toda a responsabilidade de uma prática centrada na doença e em saberes fragmentados, característicos do modelo biomédico. A tecnologia trouxe avanços inquestionáveis para saúde de todos os indivíduos, promovendo melhorias nas condições de cuidado, além de não se limitar ao aparato de equipamentos e materiais, mas compreenderem também dispositivos de suma importância na execução e gestão das práticas em saúde, como tecnologias de escuta e de negociação das regras comportamentais e organizacionais, como afirma Deslandes (2004). Já as mudanças na formação são um grande ponto de partida para uma nova prática, mas quando associadas a mudanças também na política de gestão e a fatores relacionados às relações sociais e de poder, por exemplo (DESLANDES, 2004; PUCCINI, CECÍLIO, 2004).

Como afirmam Puccini e Cecílio (2004), o interessante é que haja uma reflexão que leve a ponderar as verdades tecnocientíficas, mas sem a pretensão de criar uma ciência neutra e completamente reconciliada com o humanismo. Deslandes (2004, p 13) corrobora com esse pensamento ao apontar para a necessária superação da

dicotomia entre “tecnologia e fator humano”, tendo como finalidade a “construção de um olhar ampliado sobre a produção do cuidado em saúde”. E Campos (2003) afirma ainda, nessa direção de ultrapassar o destaque tecnocientífico dado ao problema, que outro ponto importante é a questão do sentido que o trabalho e as práticas em saúde tem para o trabalhador dessa área, ou seja, a finalidade que este busca ao executar seu ofício influi também diretamente na forma como este o executa. Isto é, entendemos então que o problema exige soluções que vão além da superação da ênfase dada às intervenções tecnológicas no campo da assistência, entretanto, também não pretendemos menosprezar aqui a importância do “impacto dessas tecnociências sobre os espaços de interação, diálogo e tomada de decisão”, como afirma Ayres (2005, p. 558).

Compreendemos então a complexidade desse projeto de humanização das práticas em saúde, a partir do qual não cabem olhares direcionados para um único foco, mas olhares que consigam pensar o serviço de saúde como o próprio ser humano, ou seja, em sua integralidade. Contudo, não queremos também cair no lado oposto onde, segundo alguns autores (AYRES, 2005; PUCCINI, CECILIO, 2004), o conceito de humanização torna-se tão amplo e genérico que acaba por perder seu sentido e operacionalidade.

Como afirma Deslandes (2007), o cuidado humanizado vai constituir-se como um conjunto de atitudes, conhecimentos e procedimentos dentro de uma dada relação terapêutica. Isto significa que, segundo o pensamento da autora, a humanização compreenderia um conjunto de atitudes de respeito, de empatia e de acolhimento a quem sofre, associadas a um conjunto de conhecimentos biomédicos, humanísticos e de gestão. Estes, por sua vez, devem ser operacionalizados por um conjunto de procedimentos que, envolvendo tecnologias apropriadas de acordo com a necessidade de cada paciente, visassem uma melhoria da condição terapêutica desse mesmo sujeito.

Dessa forma, diante de uma visão mais ampla sobre a humanização que nos permita discutir um pouco mais esse tema de acordo com o que tem sido publicado pelas próprias autoridades governamentais nesse sentido, passamos agora a refletir um

pouco sobre a construção da Política Nacional de Humanização e o processo histórico anterior a esta que, por sua vez, influenciou-a diretamente.

As reflexões sobre a humanização das práticas em saúde iniciam-se na década de 1970 com a discussão sobre os direitos do paciente. Como cita Fortes (2004), podemos dizer que esse projeto de humanização baseia-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos art. 1º que afirma a liberdade, a dignidade e a igualdade em direitos de todos os seres humanos, além da necessidade do espírito de fraternidade como condutor do agir humano.

No Brasil, como afirmam Benevides e Passos (2005), não podemos não associar esse processo de discussão sobre humanização com o próprio processo de construção do SUS e com o pensamento da reforma sanitária, isto é, com a nova proposta de reforma do modelo de atenção. Contudo, segundo os mesmos autores, esse movimento de humanização, embora sendo uma demanda dos usuários, foi por muito tempo banalizado por profissionais e gestores.

No final da década de 1990, crescem as discussões sobre esse tema e surgem alguns projetos e programas voltados para a humanização da atenção à saúde nas áreas ligadas à infância, à maternidade e ao parto. E em 2001, é lançado, pelo Ministério da Saúde, o Projeto de Humanização da Atenção Hospitalar³ - PNHAH.

Com a mudança de Governo, em 2003, a nova gestão do Ministério da Saúde decidiu-se pela elaboração de uma política com caráter transversal que englobasse essas iniciativas, além de superar o caráter fragmentário delas, e expandisse a humanização para além do ambiente hospitalar. Nesse período, foram feitas várias reuniões junto a diversos setores do Ministério, além de oficinas de trabalho e visitas aos estados, culminando com a Oficina Nacional HumanizaSUS em novembro de 2003.

Em 2004, o Ministério da Saúde lança então uma cartilha apresentando a atual Política Nacional da Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de

³ O Programa de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH foi lançado no dia 19 de junho de 2001, por iniciativa do Ministério da Saúde e visava à difusão de uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira.

Saúde - HumanizaSUS. Esta política vem apontando para mudanças no cenário nacional do SUS no que diz respeito a uma prática mais humanizada de atenção à saúde, o que implica por sua vez também mudanças no próprio processo de gestão. O discurso oficial do Governo define a humanização da assistência como a “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” e que deve basear-se em valores como “a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão”. (BRASIL, 2008a, p. 08-09)

Sendo assim, a PNH apresenta-se como uma política que deve atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras, implicando em (BRASIL, 2008a. p. 17-18):

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando “o Homem”. Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.
- Posicionar-se, como política pública: a) nos limites da máquina do Estado onde ela se encontra com os coletivos e as redes sociais; b) nos limites dos Programas e Áreas do Ministério da Saúde, entre este e outros ministérios (intersetorialidade).

Esta política tem ainda como seus princípios norteadores, os seguintes itens (BRASIL, 2008a):

1. A transversalidade: aumento do grau de comunicação intra e intergrupos e transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos envolvidos nos processos de produção da saúde
2. A indissociabilidade entre gestão e atenção: reconhecimento da inseparabilidade no que diz respeito às alterações no modo de cuidar e às

alterações no modo de gerir, além da mesma inseparabilidade entre clínica e política, entre produção da saúde e produção de sujeito

3. Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos: o trabalho como produção de si e produção do mundo e a afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos.

A PNH então, entre outras coisas, visa à produção do sujeito e de sua consciência de cidadania, promovendo sua participação ativa no processo de construção e de controle social em saúde e incentivando seu protagonismo e autonomia, através do seu comprometimento no processo de produção da saúde. Há, assim, a valorização do sujeito e de seus saberes, com a consequente promoção do diálogo entre profissional e usuário do sistema, melhorando a qualidade do relacionamento entre ambos e promovendo o estabelecimento de trocas solidárias que levem à co-responsabilidade dos sujeitos no processo de produção da saúde. Isto é, como política, a humanização deve traduzir os princípios e modo de operar no conjunto das relações interpessoais e entre os diversos setores e unidades. Como valor, deve estimular o protagonismo dos usuários e profissionais da área (MOTA, MARTINS, VÉRAS, 2006).

Segundo o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a), a humanização diz respeito a uma proposta ética, estética e política. Ética porque implica mudança de atitude dos usuários, dos gestores e dos trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como co-responsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados; estética, porque relativa ao processo de produção da saúde e das subjetividades autônomas e protagonistas; política, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão, na rede do SUS.

Deslandes (2004) realizou um estudo sobre o discurso oficial da humanização da assistência hospitalar, tomando como principal objeto de análise os documentos do Ministério da Saúde referentes ao PNHAH, como já referido no início desta pesquisa. Achemos importante ressaltar aqui este estudo já que parte do que traz a PNH vem destes documentos. A autora, em sua análise, identifica quatro eixos discursivos sobre a humanização: enquanto oposição à violência, seja ela física ou

psicológica; como qualidade de atendimento a partir da articulação entre os avanços tecnológicos e o bom relacionamento; como melhoria da qualidade de trabalho do cuidador e como ampliação do processo comunicacional, em que a palavra e o sofrimento do outro são reconhecidos. Ganham destaques ainda nesses documentos, segundo a autora, os valores de solidariedade e alteridade em busca de uma nova ordem relacional entre os sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde.

A PNH segue neste mesmo sentido, sendo ainda ressaltado, nessa política, a troca e a construção de saberes na busca por uma prática interdisciplinar, visando, por sua vez, à integralidade das ações; a preocupação com a ambiência; a gestão participativa e o controle social, através de incentivo ao protagonismo dos sujeitos, além de dispositivos como o do acolhimento, muito importante em todas as etapas percorridas pelo usuário dentro do sistema, facilitando a construção do vínculo entre o serviço e este mesmo usuário.

Como já nos referimos, o projeto de humanização das práticas em saúde não se restringe só aos aspectos ligados à valorização do sujeito, nem só aos fatores relacionais entre profissional da saúde e usuário. Contudo, não podemos deixar de afirmar que, inclusive nos documentos oficiais do Governo, estas questões ocupam um importante lugar. E é nesse sentido que passamos agora, neste estudo, a refletir mais sobre estes aspectos.

Boaretto (2004), discutindo o artigo de Deslandes sobre o discurso oficial da humanização da assistência hospitalar, citado anteriormente, ressalta o importante papel conferido a relação da clientela com a equipe de saúde, no sentido tanto da evolução do tratamento como da própria satisfação com o mesmo. A autora declara a necessidade de a equipe possuir a capacidade e sensibilidade para lidar com a dimensão subjetiva e social do paciente, dando assim o suporte emocional de que este necessita. Por sua vez, Hoga (2004) corrobora com essa ideia lembrando-nos da necessidade de um maior desenvolvimento da capacidade técnica e relacional do profissional nesse sentido.

O distanciamento, que acaba por ocorrer entre profissionais e pacientes decorrente dessas falhas no processo relacional entre ambos, acarreta o baixo envolvimento do paciente com o seu tratamento, segundo Traverso-Yépez e Morais (2004). E os autores afirmam ainda que o projeto de humanização deve ir além da relação estabelecida entre profissional/paciente, atingindo o desenvolvimento, nesse espaço, do sentido de cidadania e de participação crítica.

Para Puccini e Cecílio (2004), a área da saúde depende de um laço interpessoal forte e intenso para a própria eficácia de suas ações e, dessa forma, a valorização das inter-relações humanas, como proposta de humanização das práticas em saúde, apresenta-se hoje como uma resistência à suposta superioridade moral do mercado que enxerga somente o indivíduo enquanto consumidor dos atos em saúde e não como sujeito e cidadão.

Dessa forma, compreendemos que as ações em saúde se dão não somente através de procedimentos sobre o corpo do indivíduo, mas precisam considerar todos os aspectos da atenção. O processo terapêutico vai desde a relação estabelecida entre os sujeitos até as ações de intervenção propriamente ditas e o acompanhamento do caso. Sendo assim, alguns dispositivos, ou “tecnologias relacionais”, como afirma Merhy (2007a), tornam-se necessárias dentro do estabelecimento desta relação, como o acolhimento, a escuta, o diálogo, o sentimento de confiança e o vínculo, já citados.

Neste processo que envolve encontro e relação entre os sujeitos, se destaca no projeto de humanização da saúde, um importante instrumento que tanto aparece nos documentos da PNH como um dispositivo, como também como uma de suas principais diretrizes, que é o acolhimento. Segundo o documento do Ministério da Saúde, lançado especificamente sobre este, em 2008, e denominado “Acolhimento nas práticas de produção de saúde”, temos como definição, “acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2008b, p.06).

Desse modo, a humanização das práticas de saúde encontra-se com o desejo de construção de um novo modelo de atenção que tenha o ser humano como o seu centro. Este projeto, contudo não deve ficar somente como conceito, muitas vezes, genérico de manuais ou cartilhas, mas deve, como política a que se propõe, verdadeiramente interferir nas práticas em saúde. Pois, como afirma Campos (2005), o debate sobre humanização deve ter a capacidade para, além de produzir novas utopias, também interferir na prática do sistema. Benevides e Passos (2005) corroboram ainda com esse pensamento ao citarem que a política de humanização deve ser compreendida como estratégia de interferência no processo de produção da saúde, considerando que os sujeitos quando sensibilizados são capazes de modificar sua prática, transformando a si próprios nesse processo. Sendo necessário lembrar ainda que muitas dessas mudanças não dependem somente da vontade dos sujeitos, mas também de mudanças profundas no próprio sistema, as quais envolvam maiores investimentos e mudanças na infra-estrutura das redes de serviço (TRAD, 2006). A própria transformação do modelo de assistência à saúde promovida pela reorganização da atenção básica a partir da estratégia do PSF já é um bom exemplo de uma mudança que tem favorecido uma maior humanização do cuidado em saúde e que tem assim contribuído para a melhoria da qualidade da atenção prestada ao usuário.

3.2. O PSF e a inclusão do cirurgião-dentista

Antes de adentrarmos no assunto referente ao PSF, vemos a necessidade de fazer primeiramente uma pequena reflexão sobre a atenção primária em saúde, apontada como instrumento eficaz para atender às mais diversas necessidades de saúde de uma comunidade. Esta atenção primária encontra-se baseada não só na cura, mas principalmente na prevenção de doenças e promoção da saúde, favorecendo a equidade e o acesso ao sistema.

Segundo Mendes (2002), a atenção primária apresenta-se no cenário mundial a partir de três interpretações possíveis, como atenção seletiva; como o nível primário do sistema de saúde e como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. Para o autor, essas três visões distintas sobre o conceito da atenção primária são encontradas em diversos países, chegando até mesmo a coexistirem dentro de um mesmo país.

No Brasil, a atenção primária é definida tanto como porta de entrada do sistema, ou seja, constituindo o primeiro nível de atenção, como também a partir de sua função de reorganização do sistema de saúde. Sendo assim, a atenção primária deve se basear em um conjunto de ações capazes de responder à maior parte dos problemas de saúde da população, em um sistema de referência e contra-referência com os demais níveis do sistema.

Vários eventos e documentos importantes podem ser citados ao se falar de atenção primária, mas aqui gostaríamos de salientar o primeiro e mais importante deles que é a Declaração de Alma-Ata, formulada em 1978 durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) na cidade de Alma-Ata, capital da república do Cazaquistão. Este documento aponta, como meta para o ano de 2000, um melhor nível de saúde para todas as populações do mundo e define os cuidados primários como instrumento para alcance de tal meta (OMS, 1978). Segundo o conceito trazido por esse mesmo documento, os cuidados primários de saúde, tratar-se-iam de:

cuidados essenciais de saúde, métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocada ao alcance dos indivíduos e famílias das comunidades, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (OMS, 1978, p. 5)

Esses cuidados essenciais visariam aos principais problemas de saúde de uma comunidade, sendo estes definidos pela própria comunidade e pelos serviços de saúde. Para atender essas necessidades, os cuidados primários estariam então estruturados através de ações abrangentes, integrais e contínuas de promoção,

prevenção, cura e reabilitação, contando com o apoio dos demais níveis de assistência do serviço de saúde e, com isso, possibilitando uma utilização racional das diversas tecnologias envolvidas em cada um desses setores (OMS, 1978).

Segundo a declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), o trabalho deveria ser realizado por uma equipe multiprofissional, a partir de uma atenção centrada na pessoa e não na doença. Essa nova visão deveria enxergar o indivíduo como um todo e dar ênfase a ações preventivas e de promoção da saúde. O documento tenta ainda integrar o desenvolvimento econômico com o social, mostrando que um é indispensável para a realização do outro. Lembra, para isso, o valor das ações intersetoriais a fim de se trabalhar os maiores problemas que assolam as comunidades e ressalta a importância de melhorar as condições de saúde da população mundial, priorizando as necessidades daqueles mais marginalizados da sociedade, através do favorecimento da equidade e do acesso de todos aos serviços de saúde (OMS, 1978).

Surge também, a partir desse documento, a figura do agente comunitário que tem a possibilidade de trabalhar mais próximo à comunidade compreendendo melhor as suas necessidades, além um maior estímulo dado à participação dessa mesma comunidade nas atividades de identificação do problema, definição de prioridades, planejamento, cooperação na execução das atividades, avaliação e regulação dos serviços prestados (OMS, 1978).

Em 2005, no sentido do fortalecimento da atenção primária, é publicado ainda, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), um documento sobre a Renovação da Atenção Primária à Saúde das Américas no qual é defendida a construção de um sistema de saúde baseado na atenção primária (ANDRADE, BUENO, BEZERRA, 2007).

Assim sendo, a partir da Declaração de Alma-Ata, podemos dizer que são lançadas as bases de atuação da atenção primária, depois defendida pela OPAS como alicerce para a construção de um sistema de saúde que possa responder às necessidades de saúde da população. No Brasil, já em 1994, a atenção primária ganha reforço com a implantação do PSF que surge como uma estratégia de reorientação do

modelo assistencial a partir da atenção básica, buscando assim a consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 1998).

Para o PSF, a família constitui-se como objeto principal de atenção, tornando-se, dessa forma, necessário conhecer suas necessidades, condições de vida, valores e costumes para então pensar, junto à comunidade, as intervenções necessárias em saúde. O enfoque do PSF passa a priorizar o coletivo, de acordo com o qual ganham destaques as ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 1998). Trata-se, portanto, segundo Andrade (1998), de um rompimento com o modelo centrado na doença para o desenvolvimento de práticas sanitárias baseadas na vigilância à saúde.

Este programa então, articulado com os demais níveis de atenção do sistema, constitui-se na realidade em uma estratégia de reorganização do modelo assistencial que visa, entre outras coisas, a oferecer um cuidado integral, intervir nos fatores de risco, favorecer o desenvolvimento de ações intersetoriais, promover a participação da comunidade e humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre o serviço de saúde e a população (BRASIL, 1998). Isto é, as equipes do PSF realizam um trabalho multiprofissional a partir de uma visão integral sobre a saúde do sujeito e da realidade da população adscrita, estabelecendo com esta uma relação de vínculo que lhe permite atuar junto às necessidades identificadas, aspecto esse essencial para uma assistência humanizada como citado por Hoga (2004).

O estabelecimento desses laços de compromisso e vínculo permitem que sejam estabelecidas relações afetivas e de confiança entre equipe e população, facilitando, por parte da equipe, um maior conhecimento sobre as condições de vida da comunidade, a observação de patologias e a construção de indicadores de risco. O vínculo estabelecido fortalece assim a relação profissional/usuário, maximizando a efetividade do tratamento (ANDRADE, 1998).

Diante da proposta do PSF descrita até aqui, percebemos que esta estratégia vem contrapor-se ao modelo tradicional de atenção dos serviços de saúde públicos

brasileiros, marcado pelo atendimento episódico e limitado aos casos agudos da doença, em que o paciente quase nunca é atendido pelo mesmo médico e que conta com uma utilização exagerada de meios diagnósticos e de alta complexidade tecnológica, encarecendo o serviço, além da excessiva medicalização e hospitalização. Somam-se a estes fatos ainda a grande fragmentação do saber científico nesta área da saúde, aliada ao alto grau de especialização presente em todos os setores da área, marca registrada do modelo biomédico, que tem levado a uma enorme deteriorização da relação médico/paciente, tornando-a, por muitas vezes, impessoal, segundo Andrade (1998).

Esta mudança então proposta pelo PSF e que conseqüentemente influencia na relação do serviço/profissional com a comunidade/usuário é resultado, como já dito, do trabalho multiprofissional de uma equipe que visa conhecer melhor e de maneira integral a realidade em que vive o usuário, já que toda a atenção precisa estar centrada nele. Sendo assim, esta equipe, encontra-se formada, no mínimo, por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, cinco a seis agentes comunitários de saúde e, quando ampliada, conta também com uma equipe de saúde bucal, constituída por um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário (ACD) e um técnico em higiene dental (THD) (BRASIL, 2002).

No início da implantação, esta equipe de saúde bucal deveria atender, em média, 6.900 pessoas, ficando uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família em municípios com o número de habitantes superior a 6.900, segundo a Portaria N° 267 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). Mas, a partir da Portaria N° 673 de junho de 2003, fica a critério do município a implantação de outras equipes de saúde bucal, desde que não ultrapasse o número de equipes de saúde da família (BRASIL, 2003)

A inserção do cirurgião-dentista no PSF se dá, em 2000, através da Portaria N° 1.444 do Ministério da Saúde, em vista à integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2000a). A partir de então, os municípios começaram a organizar a implantação das equipes de saúde bucal, através de duas modalidades (BRASIL, 2001):

modalidade I, que compreende um cirurgião dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD); e
modalidade II, que compreende um cirurgião dentista (CD), um atendente de consultório dentário (ACD) e um técnico em higiene dental (THD).

Antes disso, a realidade encontrada no Brasil, segundo estudo feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) em 1998, sobre acesso e utilização de serviços de saúde, mostrava que 29,6 milhões de brasileiros, isto é, 18,7% da população, nunca tinham ido a um dentista, chegando este índice a 32% em zonas rurais. Verificou-se ainda que entre a população que ganhava até um salário mínimo, 36,5% nunca receberam atendimento odontológico, sendo este percentual nove vezes maior que os 4,07% registrados para aqueles que ganham acima de 20 salários mínimos. (IBGE, 1998)

Essa situação alarmante de injustiça fez com que a inclusão do cirurgião-dentista no PSF representasse uma maior possibilidade de acesso de milhões de brasileiros a um serviço de saúde bucal, fator esse por si só caracterizador de uma realidade mais humanizada. O PSF traz o dentista para mais perto da população, fazendo-o repensar sua prática a partir da reorganização do modelo de atenção. De acordo com a Portaria N° 267 de março de 2001, as ações de saúde bucal devem expressar, como características operacionais, entre outras, o caráter substitutivo das práticas tradicionais, a definição da família como centro da abordagem da equipe e a humanização do atendimento. Segundo a mesma Portaria, constituem-se em atribuições dos profissionais de saúde bucal, entre outras, o trabalho junto às famílias a fim de sensibilizá-las para a importância do cuidado com a saúde bucal e a realização de visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas (BRASIL, 2001).

No PSF, portanto, podemos reconhecer uma mudança no processo de trabalho do profissional da saúde, através de uma nova forma de “intercessão partilhada”, agora estabelecida não só mais entre o profissional e o usuário, mas também entre este mesmo profissional e a família/comunidade. Outro ponto forte ainda é a o maior espaço disponível para a atuação das tecnologias leves, de que fala Merhy (2004), dentro da produção dos atos em saúde, com a conseqüente valorização

de dispositivos como o vínculo e o próprio acolhimento, já que a relação e o momento de encontro entre profissional e usuário passam a ser mais valorizados e vistos como parte do próprio processo terapêutico. Na odontologia, um novo campo se abre, tendo como possibilidade a utilização de novos espaços para a prática e uma maior aproximação entre o cirurgião-dentista, o usuário e a comunidade, produzindo assim um cuidado mais humanizado.

Não podemos deixar de destacar ainda aqui que esta inserção da odontologia no PSF foi ainda mais fortalecida com a formulação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida também pelo nome de Brasil Sorridente, lançada em 17 de março de 2004 pelo Ministério da Saúde. Pela primeira vez o governo desenvolve uma política nacional de saúde bucal destinada a ampliar e garantir a assistência odontológica à população.

A PNSB encontra-se voltada para cidadãos de todas as idades, através das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros. Ela pretende agir nos três níveis de atenção, possibilitando uma assistência integral à população, promovendo para isso a ampliação e qualificação da atenção básica, principalmente por meio da inclusão da odontologia no PSF, como já dito, e a construção de mais Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Isso tudo, claro, através da proposta de um maior de investimentos nesse setor (BRASIL, 2004b).

A realidade é desafiadora, porém podemos perceber, ao longo do tempo, uma crescente preocupação em relação ao acesso da população à atenção odontológica e consideráveis conquistas que devem ser comemoradas neste caminho que busca a melhoria da qualidade de atenção em saúde bucal.

3.3. A importância do uso das tecnologias leves no setor saúde

Trataremos agora de um assunto já comentado, embora de forma ainda superficial, que é a importância do uso das tecnologias leves e sua atuação no processo de trabalho do profissional da saúde. Este tipo de tecnologia constitui-se em um instrumento fundamental para transformação das práticas em saúde, tantas vezes centradas na doença e no aparato tecnológico de equipamentos e saberes especializados que prometiam a cura sem considerar, entretanto, o sujeito. Ou seja, o mecanismo e o processo terapêutico adotado eram iguais para todas as pessoas que possuíam o mesmo diagnóstico, independente de que contexto social esse estava inserido e sem considerar os dispositivos relacionais que poderiam mediar todo planejamento e execução dos atos em saúde.

Sendo assim, aprofundar-nos-emos agora um pouco mais na lógica que rege a atuação desse processo de trabalho na saúde e que tem características particulares por se encontrar no setor de serviços e tratar de uma realidade que lida diretamente com as necessidades e expectativas do sujeito/usuário. Para isso, neste instante, deter-nos-emos sobre o pensamento de Merhy em relação ao processo de trabalho na área da saúde. Segundo este autor, o conjunto dos trabalhos em saúde produz um produto que são os atos em saúde. Estes por sua vez, são capazes de gerar intervenções nos problemas de saúde sob a forma de cuidado, em vista da obtenção de um resultado que seria a satisfação de uma necessidade/direito do usuário final (MEHRY, 2007a). Isto é, a produção de atos em saúde, objeto real do campo da saúde, tem por finalidade última o usuário e suas necessidades.

Nesse sentido, encontramos-nos, na produção dos atos em saúde, com a utilização de tecnologias que devem estar voltadas para o usuário. Vale salientar, contudo, que o autor aqui considera tecnologia não só o aparato tecnológico (tecnologia dura), mas também o conjunto de saberes estruturados e organizados (tecnologia leve-dura) e a capacidade relacional própria do processo de trabalho em saúde (tecnologia leve), como já mencionado (MEHRY, 2007a).

Segundo Merhy (2004), toda ação assistencial de um profissional de saúde junto a um usuário realiza-se através de um trabalho vivo em ato em que há o encontro de duas pessoas, atuando uma sobre a outra em um processo relacional. Nesse espaço do encontro, atuam as tecnologias leves, destacadas pelo autor, dentro do processo terapêutico, como de grande importância para o desenvolvimento de relações, permitindo a construção do vínculo, acolhimento e responsabilização. Alguns momentos são identificados pelo autor nesse instante, como:

momentos de fala, escuta e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 2004, p. 115)

O autor, porém, não deixa de lembrar a importância de que haja também uma combinação entre os três tipos de tecnologias, dentro do processo de trabalho na saúde, para que cheguemos à qualidade na atenção e ainda cita que o modo de combinação entre essas três formas tecnológicas é importante na determinação do modelo assistencial vigente (MERHY, 2007a). Isto significa que esses três tipos de tecnologias possuem então a sua importância e não podem ser desprezados quando tratamos do ato cuidador e o modo como se combinam entre si, revelam-nos a lógica do modelo. Porém, para Merhy (2007b), as tecnologias leves devem comandar os modos de incorporação das outras tecnologias, abrindo-se assim para repensar o processo de produção da subjetividade no interior das práticas de saúde.

Segundo Merhy (2007a), o ato cuidador, como referido anteriormente, é um fator intercessor do processo de trabalho dos diferentes profissionais da área da saúde e que tem sido esquecido diante da supervalorização dada aos núcleos de conhecimento específicos de cada área. A dimensão cuidadora dos atos em saúde precisa, na visão de Merhy, impor-se na prática dos profissionais, fazendo com que estes abandonem a lógica do modelo médico hegemônico dominante até hoje, que somente considera o processo de trabalho em saúde a partir de saberes médicos fragmentados e da utilização de tecnologias duras e leve-duras. Dessa forma, o autor defende um novo modelo em defesa da vida que busca ampliar a dimensão do núcleo

cuidador, reforçando o território comum aos diversos profissionais e melhorando a qualidade do serviço que deve estar centrado no usuário.

Com isso, encontramos-nos, no sentido dessa ação cuidadora, com a importante atuação dos processos relacionais do campo das tecnologias leves que devem ser exercidos por todos os profissionais da área da saúde. Para Merhy (2007a), o trabalho em saúde encontra-se centrado no trabalho vivo em ato, em que ocorrem simultaneamente o ato de produção e consumo do produto, gerando assim relações intercessoras construídas no encontro entre profissional da saúde e usuário, quando são produzidos os “bens relações”. O autor define esse termo como “o espaço de relação que se forma no encontro de sujeitos, isto é, nas suas interseções” (MERHY, 2004, p. 125).

Sendo assim, o autor, para descrever o processo de trabalho em saúde dentro do campo de assistência ao usuário, utiliza-se da imagem de dois conjuntos em intercessão, a partir da qual é produzido um espaço comum chamado, por ele, de “intercessão partilhada”. Essa intercessão é diferente do espaço construído em outros processos de trabalho, onde o usuário é externo ao processo, pois o momento intercessor se dá com o objeto produzido, conhecido assim como “intercessão objetual” e exemplificado, pelo próprio autor, através do processo de trabalho do marceneiro com a madeira para produzir uma cadeira que só depois chega ao usuário (2007a).

Já no setor saúde, essa intercessão será um espaço de encontro onde tanto o profissional quanto o usuário trarão e partilharão suas próprias expectativas, necessidades e desejos, de forma singular. Isto é, não deixa também de ser um lugar de conflitos e disputas, em alguns momentos, entre forças instituintes que desejam seu espaço no processo de produção dos atos em saúde (MERHY, 2007b).

Dessa forma, podemos, diante da realidade, constatar que em muitos momentos o processo assistencial na saúde parece se dar também de forma objetual, em que o usuário é praticamente desconsiderado dentro da produção de atos em saúde. Porém, segundo Merhy (2004), como esse tipo de intercessão nunca deixará de ser partilhada, o usuário, enquanto agente dentro deste modelo, estará sempre gerando

“ruídos” em seu interior, agindo ocultamente. Isto é, por mais que seja em parte objeto desse processo, o usuário sempre será também um sujeito que, em ato, coloca suas intencionalidades, conhecimentos e representações.

O espaço intercessor é então um lugar de vozes e escutas, onde tanto usuários como trabalhadores desejam ser considerados em suas necessidades. Nesse espaço são gerados, em ato, produtos básicos para operar esse tipo de processo de trabalho, como, por exemplo, o acolhimento e o vínculo. E o autor ainda reforça este fato ao afirmar que questões levantadas sobre as tecnologias leves podem levar-nos a descobrir mais sobre o modelo tecno-assistencial vigente, revelando as distintas lógicas presentes no modo de operar em saúde e expondo os ruídos e falhas aí também existentes (MERHY, 2004)

O autor ainda avalia a possibilidade que o trabalhador tem, dentro do processo de trabalho, de encontrar novos caminhos para sua ação, já que esse mesmo processo de trabalho está sempre aberto para o trabalho vivo em ato. Isso, contudo, não acontece sem fissuras nos processos instituídos, isto é, a mudança só pode acontecer quando se coloca em questionamento o modo de atuar até então cristalizado pelo trabalhador (MERHY, 2007b).

Já que, até então, muito se apostou na ação das tecnologias duras e leve-duras para a construção do modelo biomédico, concluímos, apoiados nas ideias do autor, que grande campo ainda existe, em termos de tecnologias leves ou relacionais, a ser explorado como potencial para a mudança do processo de trabalho na saúde, passando este de uma posição centrada em procedimentos à uma outra centrada no usuário.

Vale ressaltar ainda que estes pontos, discutidos por Merhy, são pontos comuns ao processo de trabalho em saúde dos diversos profissionais da área, incluindo o cirurgião-dentista que, em sua prática, também se depara com as mais diversas tecnologias no sentido de construção do cuidado. Como afirmam Santos et al. (2007), o dentista utiliza-se de tecnologias duras – composta por equipamentos, instrumentais e materiais odontológicos – associadas aos conhecimentos e saberes estruturados que

compõem as tecnologias leve-duras e, como opera também no espaço do encontro, faz uso de tecnologias leves, compondo assim o cuidado no atendimento odontológico.

Como os demais profissionais da saúde, o dentista encontra-se com o outro, usuário, construindo com este um espaço de intercessão frequentemente marcado pela dor, pela ansiedade e pelo sofrimento desse mesmo usuário que deseja ser compreendido e atendido em suas necessidades. Este espaço também, vale lembrar, é ainda um espaço de conflitos, gerados pelas diversas expectativas e interesses trazidos pelos diferentes sujeitos envolvidos nesse processo.

No intuito da humanização das práticas do cirurgião-dentista, tema que discutimos neste trabalho, as tecnologias leves ganham ainda maior relevância como instrumento de mudança dentro desse espaço de encontro. Além do dispositivo do acolhimento, proposto pela PNH, encontramos também com o vínculo, ferramenta forte dentro da prática do PSF, estratégia que surge como base para mudança do modelo de atenção à saúde. Estes dois instrumentos das tecnologias leves devem atuar então no espaço intercessor construído nesse encontro entre o profissional, cirurgião-dentista, e o usuário, a fim de produzir o cuidado, fator almejado como fim através de trabalho do PSF.

Vale salientar, contudo, que tanto o cuidado como os componentes das tecnologias leves, são vistos também, dentro de estudos realizados por diversos pesquisadores do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) do estado do Rio de Janeiro, como partes da integralidade, princípio norteador do SUS e que tem ganhado espaço junto às mais variadas discussões. Esses estudiosos trazem o cuidado visto como uma dimensão da integralidade, devendo, portanto, perpassar todas as práticas em saúde. Como ação integral, o cuidado pressupõe o reconhecimento do indivíduo enquanto sujeito presente tanto nos processos de trabalho quanto nas relações estabelecidas a partir daí.

Sendo entendido dessa forma, o cuidado afasta-se do conceito de mera intervenção em saúde, caracterizado pela objetivação do indivíduo, segundo alguns estudiosos, para constituir-se como uma ação que busca considerar as necessidades e

histórias de vida dos diferentes sujeitos, respeitando seus devidos saberes (PINHEIRO, GUIZARDI, 2004).

Esse cuidado então é realizado no momento do encontro entre profissional e usuário, permitindo a construção do vínculo, através do reconhecimento da autonomia e da singularidade destes mesmos sujeitos. Ele só pode existir a partir de uma ação mútua, marcada pela manutenção da relação social e só se faz possível se existe espaço para o diálogo, que compreende, por sua vez, a aceitação recíproca da condição de sujeito pelos pólos da relação, em que um não é objetivado pelo outro (PINHEIRO, GUIZARDI, 2004). Para Pinheiro e Guizardi (2004), o ser cuidado é a razão primeira do ser em saúde e o cuidado só pode concretizar-se a partir do estabelecimento do vínculo de uma relação social.

Como ainda afirmam, Lacerda e Valla (2004), grande é o sofrimento de toda espécie encontrado no interior dos serviços de saúde, sendo este nem sempre procedente de uma patologia física ou disfunção orgânica, mas dos mais diversos fatores, como os psicossociais. Sendo assim, a cura almejada nem sempre é alcançada pelo profissional que, por sua vez, menospreza os efeitos positivos do cuidado que, apoiado na compaixão, na solidariedade e no apoio mútuo, podem contribuir para atenuar o sofrimento do usuário.

Esses autores defendem o cuidado não restrito somente à dimensão técnica e aos cuidados tradicionais de higiene, mas também à dimensão da integralidade das ações em saúde. Para eles, o ato de cuidar significa:

uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e pela sua história de vida, a partir de atitudes como envolvimento, interação, a troca e o respeito pelos diferentes saberes (LACERDA, VALLA, 2004p. 95).

Não queremos aqui desprezar a importância da integralidade, nem sua relação com o cuidado e com os dispositivos do acolhimento e do vínculo, mas decidimos por trabalhar esses componentes do processo de saúde, neste estudo, através do olhar da humanização das práticas. Contudo, acreditamos válido reforçar a ideia trazida por esses pesquisadores, acima citados, no tocante ao fato do cuidado se dar no

momento do encontro entre profissionais e usuários, dependendo diretamente da relação estabelecida entre eles. Essa relação, por sua vez, é construtora de vínculo e se dá a partir do reconhecimento do outro enquanto sujeito. Concluímos que essas ideias corroboram com o que já foi descrito do pensamento de Merhy, ressaltando a importância do espaço de encontro e das tecnologias-leves.

A partir de agora então nos aprofundaremos um pouco mais nas discussões sobre dois dispositivos das tecnologias leves, destacados nesta pesquisa, que são o acolhimento e o vínculo, instrumentos importantes na atuação do profissional de saúde no PSF, no caso aqui o cirurgião-dentista, em vista de uma atenção mais humanizada da saúde bucal.

Sendo assim, estaremos tratando de dois conceitos que se complementam na construção de um cuidado humanizado na saúde. Pois, para Merhy (1997) o acolhimento é parte do processo de criação de vínculo, bem como do próprio processo terapêutico. E no âmbito da odontologia, o documento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b) vem contribuir um pouco mais com essa discussão ao trazer o acolhimento e o vínculo entre seus princípios norteadores. O documento que trata dessa política afirma que o acolhimento significa a base da humanização das relações e exige a organização de todo o serviço de saúde de modo usuário centrada, enquanto o vínculo, considerado como expressão-síntese da humanização da relação com o usuário, é o resultado das ações do acolhimento e da qualidade da resposta recebida por esse mesmo usuário (BRASIL, 2004b).

Os dois instrumentos possuem diferentes enfoques através dos quais são abordados tanto na literatura como na prática do serviço. O acolhimento constitui-se uma importante tecnologia leve que, dentro da PNH, segundo os próprios documentos dessa política, apresenta-se, como já dito, tanto como uma de suas principais diretrizes, como também um de seus dispositivos ou ferramenta tecnológica de intervenção.

Franco, Bueno e Merhy (1999), ressaltam o papel importante do acolhimento no espaço de encontro e relação entre profissional de saúde e usuário, definindo-o através de três princípios: como etapa do atendimento que visa o acesso

universal, como dispositivo reorganizador do processo de trabalho e como tecnologia de qualificação da relação trabalhador-usuário.

Também para Silva Junior e Mascarenhas (2004), o acolhimento possui três dimensões distintas que guardam convergências com os aspectos analisados anteriormente. Ele pode apresentar-se: como postura, como técnica e como princípio de reorientação do serviço. Na primeira dimensão, isto é, como postura, o acolhimento estaria relacionado à atitude de profissionais e equipe de saúde em “receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas” (SILVA JUNIOR, MASCARENHAS, 2004, p.243). Sendo assim, compreenderia ainda as relações intra-equipe e equipe-usuário, nas quais seria de fundamental importância uma postura de sensibilidade ao sofrimento e ao problema trazido por este usuário. Na segunda dimensão, visto como técnica, o acolhimento compreenderia procedimentos e ações instrumentalizadas para a escuta, a análise, a discriminação de risco e a alternativa apresentada para os problemas demandados. E na terceira dimensão, o acolhimento compreenderia uma reorganização do serviço através de um projeto institucional que deveria nortear todo o trabalho realizado e uma política de gerenciamento de trabalhadores e de equipe.

Merhy (2004) já considera que este termo adquiriu uma dupla dimensão, sendo de um lado considerado como parte de uma etapa do processo de trabalho, principalmente no momento da recepção dos serviços de saúde, relacionando-se ao primeiro contato com o usuário e, de outro lado, como um dispositivo do processo intercessor do trabalho em saúde, necessário em todos os lugares em que se dêem os encontros entre trabalhador e usuário (MERHY, 2004). Esta afirmação corresponde com o que nos mostra os documentos do Governo sobre o assunto, sendo que estes ainda alertam para o perigo deste acolhimento se restringir somente a uma prática realizada na recepção, no intuito de organizar a demanda espontânea, perdendo assim seu importante papel como construtor de uma relação de escuta e diálogo entre profissional e usuário. Para o documento, denominado “Acolhimento nas práticas de produção de saúde”, ambas as maneiras de se ver o acolhimento tem a sua importância, mas quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde,

podem constituir-se em ações pontuais, isoladas e descomprometidas com os processos de responsabilização e construção de vínculo (BRASIL, 2008b). Nesse sentido, ainda no referido documento, encontramos relatado que o acolhimento é:

passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2008b, p.16)

Teixeira (2005) corrobora com esta discussão ao afirmar que o acolhimento é bem mais que uma atividade de recepção no serviço, atribuída a um determinado profissional em um determinado espaço físico. Para o autor, trata-se de uma técnica de conversa que pode ser efetuada em qualquer momento do atendimento e por qualquer profissional. Este seria o acolhimento-diálogo que, segundo o autor, auxilia no conhecimento das necessidades dos usuários a serem satisfeitas. Para isso, faz-se necessário o reconhecimento do outro e dos diversos saberes presentes em uma determinada situação.

Para Manumoto (2003), o acolhimento é um processo de relações e de produção de subjetividades que implica no envolvimento entre as partes, ou seja, equipe/profissional e usuário. É produzido durante todo o tempo em que são produzidas também as ações em saúde e compreende escuta, responsabilização pelo outro, cuidado e desenvolvimento da autonomia e cidadania do usuário. Ayres *et al.* (2006) também corroboram com este pensamento ao identificar o acolhimento como a capacidade de solidariedade da equipe com as demandas do usuário, fazendo dele tanto meio como ferramenta reguladora de uma relação humanizada entre equipe e população.

Para a construção desta relação entre profissional e usuário no cotidiano do trabalho em saúde, por meio do acolhimento, faz-se necessário, todavia, segundo Manumoto, Mishima, Fortuna (2008), o reconhecimento da alteridade, ou seja, do outro. É necessário compreender que essa relação ocorre, segundo os autores, entre sujeitos diferentes que, através da linguagem, comunicam-se entre si (MANUMOTO, MISHIMA, FORTUNA, 2008).

Sendo assim, baseado no pensamento dos autores acima referidos, definimos o acolhimento como a capacidade de perceber e receber o outro e suas necessidades no momento do encontro entre profissional e usuário, permitindo a construção da relação entre esses sujeitos distintos. O acolhimento teria então, por sua vez, como intuito a construção do vínculo, interpretado aqui como compromisso e responsabilização com o outro e suas necessidades. Vários fatores se destacam assim como importantes para a produção do acolhimento, como o diálogo, a escuta, a sensibilidade para com o problema do outro e a solidariedade. Como dispositivo do projeto de humanização das práticas em saúde, concordamos ainda com Santos *et al* (2007) ao dizer que a potencialização do acolhimento, articulado ao vínculo, tem capacidade de apontar para uma nova maneira de se fazer saúde.

Não queremos aqui, contudo, menosprezar o acolhimento enquanto dispositivo técnico assistencial, sendo este importante na promoção de mudanças significativas no que se refere ao modo de operar a assistência e que se traduz como ação de dar respostas adequadas as necessidades demandadas pelos usuários que procuram o sistema de saúde, garantindo o acesso com resolutividade e responsabilização, fatores esses tão importantes no processo de humanização da saúde. O que pretendemos, a partir dessa discussão e apoiados nos documentos da PNH, é ressaltar a importância de se entender o valor mais abrangente do acolhimento enquanto diretriz, que deve ser “apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquela que se dá na recepção” (BRASIL, 2008b, p. 16).

Outra ferramenta compatível com a ideia das tecnologias leves e de grande importância no sentido da humanização da atenção à saúde refere-se ao vínculo, instrumento importante e privilegiado dentro da estratégia do PSF e que atua no sentido de contribuir com o papel desta na reorganização da atenção primária. As equipes do PSF trabalham a partir da definição de uma área de abrangência que fica sobre sua responsabilidade, composta por 600 a 1.000 famílias, com 4.500 habitantes no máximo. O vínculo então atua na criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde daquela equipe e a população da área

de cobertura correspondente, permitindo uma maior aproximação entre o serviço e a comunidade (BRASIL, 1998). Na estratégia do PSF, o vínculo, além de chamar atenção à questão da responsabilização do profissional com as demandas do usuário, ainda encontra-se associado diretamente a adscrição da população, tendo por base o critério territorial.

Porém, como nos afirma Silveira Filho (2002, p.39), o vínculo vai além do estabelecimento de um simples contato com a população de uma determinada área ou de um simples cadastro. Ele exige uma real aproximação do profissional com a realidade vivenciada pelo usuário dentro de seu contexto social para que então se possa compreender suas verdadeiras demandas, comprometendo-se assim com estas:

o vínculo é muito mais que conhecer os moradores de sua área. É saber identificá-los em seu contexto familiar, de trabalho, de comunidade. É conhecer suas atividades, sua exposição ao estresse, enfim, é conhecer os fatores que possam estar interferindo na sua qualidade de vida.

Merhy (1997) corrobora com esse pensamento ao afirmar que a construção do vínculo deve estar associada ao estabelecimento da responsabilidade e do compromisso com o usuário, a partir de relações de proximidade que permitam com que o profissional se sensibilize com o sofrimento do outro, inibindo qualquer intervenção impessoal sobre esse.

Já o documento base da PNH (BRASIL, 2008a) nos coloca que o vínculo é construído no encontro estabelecido entre profissional da saúde e usuário, ou seja, entre dois sujeitos que possuem suas próprias intenções, necessidades, razão, sentimento e interpretação da realidade, em uma situação de desequilíbrio de habilidades e expectativas, em que um, com estado físico e emocional fragilizado, busca assistência e o outro é aquele que supostamente encontra-se preparado para atender e dar suporte a essa demanda trazida pelo primeiro. Ainda para o documento da PNH, o vínculo é capaz de gerar uma ligação afetiva e ética entre profissional da saúde e usuário, a partir de uma convivência de ajuda e respeito mútuo. Sendo assim, outro importante ponto vem somar-se a responsabilização e ao compromisso, como produtos importantes da construção do vínculo, que é o laço afetivo construído a partir da aproximação do profissional da saúde com o usuário.

De acordo com o pensamento de Silva Junior e Mascarenhas (2004), o vínculo possui três dimensões: a da afetividade, da relação terapêutica e da continuidade. Conforme a primeira, o profissional da saúde deve gostar de sua profissão, interessando-se pela pessoa do paciente para então construir um vínculo com este. Na segunda dimensão, a própria relação entre ambos, profissional e paciente, é vista como terapêutica, através da qual o paciente é considerado como sujeito no processo de tratamento e na qual se desenvolve o sentimento de confiança entre este e o profissional. E na terceira dimensão, a continuidade do processo terapêutico é apontada como fortalecedora do vínculo e do mútuo sentimento de confiança entre profissional e paciente.

Diante de todas essas afirmações, feitas pelos autores e documentos anteriormente mencionados, sobre o acolhimento e o vínculo, percebemos a complementaridade destes instrumentos e sua importância na construção da relação entre o profissional da saúde e o usuário do sistema. Esses dispositivos constituem-se em importantes tecnologias relacionais, como descrito por Merhy (2007a), que devem atuar em todo momento de encontro existente na prática em saúde, administrando o uso das demais tecnologias necessárias neste processo.

4. A PRÁTICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA, NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, E A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.

Neste capítulo, promovemos a discussão a respeito do tema proposto, pautado no pensamento dos autores que utilizamos como base teórica. Refletimos sobre o conteúdo coletado em campo, junto aos cirurgiões-dentistas entrevistados, levando em consideração, para essa discussão, os pontos convergentes e divergentes existentes no recorte das falas dos entrevistados e o que dizem os documentos estudados. Buscamos assim realizar um diálogo entre todo este material teórico e o empírico, em um processo de triangulação dos dados, já descrito em outra seção deste trabalho.

Assim sendo, refletimos um pouco, neste capítulo, sobre todo este material, buscando analisá-lo à luz dos objetivos propostos nesta pesquisa, ou seja, visando compreender como se encontra hoje a prática do cirurgião-dentista, no Programa Saúde da Família, no sentido da humanização da atenção à saúde bucal. Temos ciência, entretanto, que não esgotaremos o assunto, mas procuraremos trazer uma compreensão maior sobre alguns aspectos propostos através do tema discutido.

4.1. Discussão sobre a prática do cirurgião-dentista no PSF do município de Fortaleza

A inserção do cirurgião-dentista no PSF de Fortaleza trata-se de um fato ainda considerado recente. Neste município, as cem primeiras ESBs começaram a ser implantadas em 2005, segundo dados colhidos do Relatório de Gestão 2005 do

Município de Fortaleza (FORTALEZA, 2006), ocorrendo uma maior expansão dessas, no ano de 2006, com o concurso realizado pela prefeitura para contratação de um maior número de profissionais a fim de comporem essas equipes. Dessa forma, as ações de saúde bucal na atenção primária encontram-se, segundo a própria Prefeitura de Fortaleza, associadas estreitamente à proposta do PSF nessa cidade, com atividades realizadas tanto na clínica, referente aos procedimentos de restauração, limpeza e extração, como no âmbito coletivo, com as ações junto aos escolares (FORTALEZA, 2008b).

Na prática, durante essa pesquisa, pudemos ver a participação dos cirurgiões-dentistas, embora de forma ainda tímida na maioria dos centros de saúde, em outras ações além dessas referidas inicialmente pela Prefeitura, como nos programas de hipertensão, diabetes, puericultura, pré-natal, ademais de outras atividades da unidade de saúde. Essa inserção ainda precisa ser incentivada, principalmente devido ao histórico isolamento da odontologia em relação às demais áreas da saúde, mas já percebemos uma tentativa de mudança com a realidade interdisciplinar trazida pela estratégia do PSF.

Sendo assim, percebemos que a inclusão da odontologia no PSF, tem possibilitado, ao cirurgião-dentista, novos e importantes espaços de prática, com a conseqüente reorganização de seu processo de trabalho. É o odontólogo que começa a perceber que sua ação não precisa se restringir simplesmente às atividades próprias do consultório odontológico, mas que ele pode também atuar junto às outras áreas disciplinares na busca pela integralidade da atenção. Compreensão que se encontra de acordo com o próprio discurso do Governo através das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b), na qual se afirma que a inserção da odontologia no PSF gera a “possibilidade de criar um novo espaço de práticas a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde”. Segundo o mesmo documento, espera-se, a partir dessa inserção, um aumento de cobertura associada a uma resposta adequada às demandas da população e de medidas de alcance coletivo.

Neste sentido, Santos (2005) ainda afirma que o cirurgião-dentista precisa ampliar seu campo de atuação nos espaços coletivos, e essa atuação não deve se restringir só aos procedimentos de prevenção e promoção de saúde, mas também atingir os mais diversos núcleos como questões de cidadania, políticas de saúde e questões socioeconômicas. Concordamos com o autor e percebemos que as ações individuais, em muitos momentos, repetem o modelo que se encontra centrado na doença e em ações curativas, enquanto as atividades fora do consultório passam a ser um dispositivo deflagrador de mudanças no processo de trabalho em saúde.

Na fala dos entrevistados acerca do que o PSF trouxe de novo, no caso da inclusão das equipes de saúde bucal, percebemos nitidamente o reflexo do que nos coloca o documento anteriormente citado, além de também ficar clara a grande contribuição trazida por esta proposta de reorganização da atenção primária e de transformação do processo de trabalho do cirurgião-dentista:

[...] você sair daquele centro clínico e ir para a casa do paciente, tentar atendê-lo, conhecer a família. Porque você sabe que saúde não é só aquela pessoa, a gente tem todo aquele aparato social, aquele aparato familiar. Então o PSF tem esse diferencial porque a gente não fica restrito a clínica, agente sai, agente conversa, participa de grupo de gestante, de diabético e de hipertenso. A gente tem uma interação com o médico, com a enfermeira, a gente tem uma interação com a família e com a comunidade através do conselho local. Então é bem diferente, é um atendimento bem mais humano e mais vinculativo (E6)

[...] as pessoas pensam que a dentista é mesmo só cadeira, só obturação, só extração [...] O PSF é bom porque a gente consegue fazer um grupo, vamos tentar conversar com o pessoal, eu acho que a abertura para conversar, exatamente a questão do diálogo, a diferença do diálogo que antes não existia, é bem maior onde existe o PSF mesmo [...]. Enquanto fica muito no consultório, o pessoal já vem assim “ah, o dentista é aquele que só arranca, aquele que só obtura” [...] eu to tentando tirar aquela coisa que o dentista é só boca [...] o pessoal já aborda a gente aqui no corredor As pessoas já procuram mais a gente, não é aquela coisa que a doutora é muito intocável, então eu brinco, tem mais essa abertura maior (E12)

A gente tá mais presente, mais presente no posto, mais presente no acolhimento e avaliação das pessoas. Porque antigamente você só via o dentista dentro do consultório, você não o via atuando fora do consultório [...] palestras que a gente faz, das campanhas contra a dengue, contra o sarampo também, agora também vai ter a campanha da vacina, o trabalho educativo também (E14)

Pontos importantes e bem próprios do PSF são encontrados nesses relatos, como uma visão integral da saúde, a importância das ações interdisciplinares e um enfoque voltado mais para a família e para o coletivo. Além disso, percebemos bem caracterizados os novos espaços que a odontologia vem conquistando a partir de sua

inserção no PSF e a reorganização pela qual passou seu processo de trabalho, voltando-se um pouco mais para as ações realizadas em equipe e permitindo uma maior aproximação do profissional cirurgião-dentista com o usuário em sua realidade. Tal aproximação tem ocorrido a partir de um maior uso das tecnologias leves, como podemos verificar também nas falas anteriormente citadas, com uma maior ênfase dada às tecnologias relacionais, como a escuta e o diálogo.

Como nos afirma ainda Santos (2005), a odontologia comporta uma prática que sempre será dependente das tecnologias duras e leve-duras, porém, como qualquer outra ciência no campo da saúde, necessitará sempre ter sua prática também perpassada pelas tecnologias leves ou relacionais, como a escuta, o diálogo, o acolhimento e o vínculo. Este fator é um importante contribuinte no sentido da construção de um modelo de atenção à saúde bucal mais adequado as necessidades da população, pois como diz ainda o autor anteriormente citado, tal modelo só pode ser construído a partir de práticas que envolvam esses três tipos de tecnologias disponíveis.

A partir do que acabamos de discutir, podemos verificar o importante papel que o PSF tem representado para a humanização da assistência odontológica no serviço público de saúde em Fortaleza, apesar do pouco tempo de sua implantação. Novos espaços de atuação, bem como a possibilidade de um maior uso das tecnologias leves para administração do processo de trabalho são pontos importantes que valem a pena serem ressaltados.

Porém, os desafios são muitos e essa nova realidade ainda exige certos ajustes. Deparamo-nos, no dia a dia, com uma situação contraditória, pois ao mesmo tempo em que o PSF tem significado a conquista desses novos espaços para o cirurgião-dentista e, conseqüentemente, isso o tem conduzido a uma melhor relação com o usuário, percebemos, por outro lado, que as condições de trabalho de várias ESBs ainda se encontram longe de atender às reais necessidades da população. Os motivos para esse fato são vários: falta de estrutura dos centros de saúde, pequeno número de profissionais contratados e a grande demanda reprimida ainda existente, como bem representado nas falas dos entrevistados abaixo descritas.

[...] continua só uma cadeira, a gente não faz atendimento por equipe porque só tem uma cadeira, então, ficou mais ou menos como era antes [...] a gente atende todo mundo (E4)

[...] mas aqui a gente tem uma dificuldade grande porque nós somos duas equipes só de PSF. Então pra cobrir a área teriam que ser sete equipes, então a gente tem uma deficiência grande de profissionais. [...] Mas tem outro nó, porque se viessem outros profissionais, a gente nem tem onde colocar porque o posto é pequeno, é um consultório e só tem duas dentistas, então a gente faz um revezamento e não tem para onde crescer porque a gente tá imprensado. Cogitaram até ideia de a gente mudar de localização, mas isso é uma coisa que a prefeitura demora muito (E10)

No nosso posto, nós temos em torno de umas 18 a 20 mil pessoas pra 3 equipes. Então você já vê que cada equipe está sobrecarregada. Você fazendo uma divisão, são quase 7 mil pessoas por equipe, que deveria ser de 4.500 e aqui é área de risco [...] são três equipes de PSF, só que só são dois dentistas para as duas equipes de PSF [...] na prática mesmo, eu acho que eu vou me aposentar e não vou dar atendimento para todo mundo. É muita gente! [...] Então, a gente nem se estressa porque a gente sabe que é impossível dar conta de tanta gente (E11)

Esses problemas, apresentados nos relatos acima, são situações presentes em quase todos os CSFs que visitamos durante este estudo e muito enfatizado no diálogo de quase todos os profissionais. Percebemos que a falta de estrutura sobressai, em alguns momentos, sobre os outros fatores apontados e cremos que isso se dá pela realidade insustentável que encontramos em muitos centros de saúde.

Além do problema relacionado à quantidade de equipamentos que se apresenta como insuficiente, na fala dos entrevistados, diante do tamanho da população, temos também que muitas unidades foram adaptadas de forma inadequada para receber o consultório odontológico. Arranjos feitos sem a realização da ampliação necessária nesses CSF. Dessa forma, percebe-se que não falta só espaço, mas a própria biossegurança da saúde encontra-se comprometida.

Em Fortaleza, no ano de 2006, segundo o Relatório de Gestão do Município, foram contratados 248 profissionais e montadas 233 equipes a partir do concurso realizado (FORTALEZA, 2007). De lá para cá, outros cirurgiões-dentistas já foram chamados, porém a estrutura física dos centros de saúde pouco foi alterada, ficando a reforma muitas vezes relacionada à fachada externa e a algumas mudanças internas, como a retirada das grades nas janelas e portas, segundo o que foi observado em campo. A maioria dos consultórios foi montada em salas pequenas e sem nenhum tipo de preparação para recebê-los.

A questão da sala aqui, você vê que essa sala aqui já é um improviso, não tem uma sala específica para a odontologia. Tem ar-condicionado, mas não tem uma janela para liberar aerosol, fica cheio de contaminação, até quando o paciente vem com acompanhante, vem a mãe e não tem aonde sentar. A sala é pequena e se for um paciente especial, por exemplo, na cadeira de roda, com muleta, é difícil a gente manejar. A própria sala, as vezes, você vê que é aquela coisa que sufoca [...] O engenheiro, que veio aqui, disse que aqui não tem muito para onde ir, é derrubar e fazer tudo de novo porque esse posto aqui é um dos primeiros de Fortaleza, é um posto bem antigo, então aquela estrutura dele ainda é aquela estrutura de pronto-atendimento. Acho que nem tinha a preocupação da odontologia aqui. Aqui era antes uma sala de esterilização, uma sala pequena, abafada, não tem um lugar próprio para lavar material, então não é o ideal da biossegurança. A pia é pequena, o material não é lavado aqui, é lavado lá fora, tá longe do ideal (E12)

Sendo assim, apesar da necessidade de um maior número de equipes para atender a demanda real da população e, conseqüentemente, uma maior contratação de profissionais em saúde bucal, vemos que não existe espaço físico adequado, nem equipamentos em número suficiente para acomodar essas equipes. Os problemas, entretanto, não se restringem somente à questão do espaço, mas também às próprias instalações elétricas dessas unidades que, por serem muito antigas na maioria das vezes, interferem no funcionamento de alguns aparelhos, como relatado a seguir:

O autoclave está quebrado há 15 dias mais ou menos. A coordenação de saúde bucal da regional já tem conhecimento [...] A empresa de manutenção já veio aqui olhar, eles detectaram que há um problema na rede elétrica do posto por isso está queimando todos os equipamentos que eles colocam aqui. Aí tá nesse impasse porque a regional coloca a responsabilidade na empresa de manutenção e a empresa de manutenção tem um laudo para provar que o problema é na rede elétrica e a culpa é da regional. Enfim, quem sofre é o paciente nesse entrave todo (E11)

Percebemos então que não houve um devido planejamento estrutural para a incorporação das ESBs no PSF, mas o aproveitamento dos espaços dos velhos postos de saúde já existentes. Sendo que estas antigas unidades de saúde já não possuíam, na maioria dos casos, uma estrutura adequada também para a nova proposta de trabalho das equipes do PSF. Este fato fica evidente nas visitas realizadas, durante este estudo, bem como também no depoimento de alguns profissionais quando estes relatam a necessidade, presente nos centros de saúde, de lugares próprios onde se possam realizar as reuniões dos grupos e o acolhimento, além de outras atividades. É o que a PNH também vai apontar quando fala sobre a ambiência na saúde, ou seja, o “tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana”

(BRASIL, 2008d, p.5). Chama-nos atenção nessa definição o fato de ser dado à ambiência um tratamento não só referente à organização da estrutura física, mas também considerá-la importante para a construção das relações e do cuidado que ocorrem em seu interior, o que acreditamos ser verdadeiramente necessário para uma maior humanização da atenção.

Porém, ao mesmo tempo, não podemos apontar essa falta de estrutura física como o único problema existente, referente à prática do cirurgião-dentista no sentido de mudança de seu processo de trabalho. Pois também foi verificado durante esse estudo que, mesmo naqueles CSF que possuíam boas condições físicas e um maior número de equipamentos, outras dificuldades persistiam e favoreciam a acomodação do profissional ao modelo antigo, preso ao consultório odontológico.

Eu sinto falta de tempo, de tempo pra fazer outras atividades, principalmente depois que aumentaram as cadeiras, embora eu acho que esse número de quatro dentistas para três cadeiras tá bom. Antes do concurso, era uma cadeira para dois dentistas, então tinha muito mais tempo para fazer outras atividades, outros grupos, de fazer visita. A enfermeira fazia as visitas de puericultura e eu fazia junto com ela. Já que eu não tinha tempo de clínica, eu aproveitava para me inserir mais no grupo (E8)

Neste acaso, o entrevistado oito mostra que soube aproveitar a situação anteriormente vivenciada no CSF onde trabalha e que ainda corresponde à realidade da maioria dos centros de saúde visitados por nós. A falta de estrutura o levou a tomar uma postura mais participativa em outras atividades da unidade de saúde com a adoção de ações interdisciplinares importantes. Contudo, com as melhorias advindas da aquisição de novos equipamentos, o que aumentou o acesso da população ao serviço e conseqüentemente, a demanda por ações curativas, o cirurgião-dentista passou a se dedicar somente às atividades da clínica odontológica, não encontrando mais tempo para as outras atividades que já desempenhava antes.

Esse fato está de acordo com o recomendado pelo documento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b), já referido, quando esse fala sobre a histórica demanda reprimida na odontologia e sugere que 75% a 85% das horas trabalhadas pelo cirurgião-dentista estejam voltadas para a assistência curativa. Porém, questionamo-nos se com essa recomendação não se acaba deixando de lado outras necessidades do usuário, como a promoção e a prevenção em saúde bucal, ações de

grande importância dentro da proposta do PSF. Isto é, precisamos refletir se estamos conseguindo com essa decisão infundir alguma mudança ao antigo modelo centrado apenas no consultório odontológico e na velha percepção do profissional focada, na maior parte das vezes, somente na estrutura dentária a ser tratada.

A proposta apresentada pelo documento anteriormente referido em relação a uma maior assistência curativa está relacionada a uma necessidade real, não duvidamos disso. Porém se não ampliarmos os olhares para a nova proposta do PSF para a odontologia, podemos ficar presos a um modelo antigo que não tem conseguido suprir as demandas da população brasileira ao longo da história. Podemos cair no erro de pensar que esse problema seja resolvido somente a partir de uma maior dedicação do profissional às atividades curativas, como sugerido pelo documento, esquecendo outros pontos importantes, como o número de cirurgiões-dentistas hoje contratados pela Prefeitura de Fortaleza e que parece ainda não ser suficiente para dar conta de todas as atividades que precisam ser realizadas pelo odontólogo.

Dessa forma, o fato descrito pelo entrevistado oito pode parecer, a primeira vista, contraditório, pois ao mesmo tempo em que se apresenta a necessidade de um maior número de equipamentos odontológicos para atender a demanda da população por serviços curativos, temos que este aumento também pode ser responsável por uma maior permanência do dentista no espaço do consultório. Contudo, é preciso considerar que a realidade é mais complexa do que imaginamos. Veremos assim que outras necessidades se apresentam, como o aumento dos investimentos em saúde bucal, a contratação de novos dentistas e uma melhor divisão do trabalho desses profissionais de forma a oferecer uma assistência adequada tanto a parte clínica individual como também a parte coletiva. Sendo assim, o odontólogo poderia atuar no consultório, sem, contudo, deixar de conquistar seu espaço também fora dele, mais próximo à população.

No quadro 1, apresentamos uma síntese das informações sobre a realidade dos CSF visitados durante a pesquisa, como: população adscrita de cada CSF, número de equipes de PSF, número de ESF, número de cirurgiões-dentistas e número de consultórios dentários. Estes dados nos permitem visualizar o quantitativo da

população que está atualmente sob a responsabilidade das ESB das unidades visitadas. Embora esses dados não possam ser generalizados para todo o município, eles são importantes para ajudar a compreender a forma como está se dando a inserção do cirurgião-dentista - CD nos CSFs onde ocorreram as entrevistas. Vale deixar claro também que quanto à população adscrita, em número de habitantes, temos um valor aproximado fornecido pela SER ou pelo próprio CSF de acordo com os cadastros realizados em cada área.

Quadro 1. Distribuição dos cirurgiões-dentistas entrevistados por SER e a relação entre o número de profissionais e a população adscrita

SER	CSF	POPULAÇÃO ADSCRITA	No. PSF	No. ESB	No. CD	No. CONSULTÓRIOS
I	CSF A	25.400	5	4	4	2
	CSF B	22.000	2	2	2	1
II	CSF C	30.103	5	4	4	3
	CSF D	52.200	4	4	4PSF + 2cd(20h)	2
III	CSF E	12.619	2	2	2PSF + 1cd(20h)	1
	CSF F	24.121	4	3	3	2
IV	CSF G	25.563	4	2	2	1
	CSF H	25.395	2	2	2PSF + 1cd(20h)	1
V	CSF I	47.000	3	2	2PSF + 1cd(20h)	1
	CSF J	35.000	4	2	2	1
VI	CSF K	15.315	4	4	4	2
	CSF L	15.491	5	5	5PSF	3
	CSF M	15.000	5	5	5PSF + 1cd(20h)	3
	CSF N	28.443	4	3	3	1
	CSF O	74.667	3	3	3PSF + 1cd(20h)	2

Fonte: pesquisa direta

O quadro nos mostra que alguns CSFs são responsáveis por uma população numerosa e contam ainda com poucas ESBs, como é o caso do CSF O da Reginal VI, uma das mais populosas de Fortaleza, onde cada ESB é responsável por mais de 20.000 habitantes. Em alguns centros, temos ainda a realidade de um profissional que possui carga horária de 20h apenas e não trabalha como dentista do PSF, atendendo normalmente a demanda espontânea que chega ao CSF. Este fato torna-se importante ao facilitar o acesso da população, embora, por compreender somente o caráter curativo da assistência, não tem conseguido transformar a realidade de acordo com a proposta do PSF de vigilância à saúde.

Vale ressaltar, entretanto, que a contratação de novos profissionais com o concurso realizado em 2006, pela Prefeitura de Fortaleza, já representou um importante fator promovedor de mudanças na prática de alguns CSFs. Mesmo ainda não sendo suficiente o número de contratados na maior parte das unidades de saúde, não podemos deixar de apontar, contudo, a realidade de alguns centros de saúde nos quais essa mudança já é sentida, como bem expresso pela fala de um dos entrevistados descrita abaixo:

De antes do concurso, eu acho que melhorou. Mais pela quantidade de profissionais que foram admitidos, mais por isso. Por exemplo, antes eu atendia, era eu pra quatro equipes do saúde da família, então, eu não dava conta de tudo, a questão da visita, atividade coletiva em escola, eu não dava conta de tudo e também o consultório ficava um pouco a desejar, mas hoje que eu sou responsável por uma equipe, eu acho que tá bem, acho que melhorou (E7)

Porém, como abordado por esse profissional, no caso particular da unidade em que trabalha, o odontólogo encontra-se responsável por apenas uma equipe de saúde bucal, podendo assim, segundo sua avaliação, prestar uma atenção adequada tanto à parte de clínica quanto à parte coletiva. O que confirma mais uma vez que um número maior de profissionais, atuando junto ao PSF, resultaria numa melhor atenção prestada, tendo em vista um olhar integral para a saúde.

No início de sua implantação, como já descrito, a equipe de saúde bucal deveria atender, em média, 6.900 pessoas, ficando uma ESB para cada duas equipes de saúde da família em municípios com o número de habitantes superior a 6.900 (BRASIL, 2001). Sendo essa determinação alterada, em 2003, quando passou a ser

responsabilidade do município decidir sobre a implantação de outras equipes de saúde bucal, desde que não ultrapasse o número de equipes de saúde da família (BRASIL, 2003).

Diante dessas determinações, concordamos com Santos (2005) quando afirma, primeiramente em relação à Portaria N° 267 (BRASIL, 2001), que esta, ao estabelecer uma relação desigual entre as ESBs e as equipes de PSF, fere o Artigo 2° da Portaria 1.444 que define a reorganização do modelo de atenção à saúde e a ampliação das ações de saúde bucal de forma integral, a partir de ações tanto individual como coletivas, além da construção do vínculo territorial que deve ser estabelecido com uma determinada área adscrita. Ou seja, trabalhando com um número grande de pessoas por área, tornam-se inviáveis tais atitudes. O autor segue ainda afirmando que a outra Portaria N° 673 (BRASIL, 2003) avança no sentido de permitir a cada município implantar o número de ESB que julgue necessário, sem, contudo, ultrapassar o número de equipes de saúde da família. Porém, o autor argumenta que esta poderia ter sido mais ousada ao definir tanto o cirurgião-dentista como a ACD como membros da equipe mínima do PSF e garantido financiamento compatível para esse fim, ao invés de ter deixado essa decisão para o gestor municipal.

Como já referido, com a Política Nacional de Saúde Bucal temos um maior investimento financeiro na área da saúde bucal coletiva por parte do Governo Federal, voltado, entre outras coisas, para a ampliação do acesso à atenção primária (BRASIL, 2004b). Esse fato representa um grande avanço e a partir daí se tornou possível a ampliação do número de ESB pela maioria das prefeituras em todo o país, embora, vale esclarecer que este investimento ainda não parece ser suficiente para mudar a realidade marcada por tanta desigualdade ao longo da história. A situação ainda clama mudanças nesse sentido, sendo necessário também lembrar que de nada adiantam maiores investimentos sem uma adequada gestão destes, bem como de todo o processo de trabalho dentro não só do município como também em cada centro de saúde.

Reconhecemos assim, mais uma vez tomando como ponto de partida o fato das ações do cirurgião-dentista encontrarem-se mais centradas na prática curativa, a existência não só de uma grande demanda reprimida e da falta de maiores

investimentos na saúde, mas também as marcas do que talvez seja uma falha na organização do processo de trabalho deste profissional, a partir de uma divisão que continua privilegiando as atividades dentro do consultório, mesmo quando as condições são favoráveis para a inserção de outras atividades. Isto é, o problema pode apresentar-se como reflexo de uma prática não planejada adequadamente para suprir as reais demandas do usuário, sendo necessários assim ações voltadas para melhorias na gestão e gestores comprometidos com a proposta da saúde coletiva. Pois, como nos coloca Lopes e Silva (2008), a figura do gestor apresenta-se como um elemento fundamental para a mudança da prática em saúde.

Segundo Araújo e Dimenstein (2006), a implantação das ESBs, em alguns municípios, tem se dado de forma desorganizada, sem planejamento por parte da gestão, o que vem acarretando o atendimento somente da demanda espontânea a partir de procedimentos centrados na resolução imediata dos problemas de saúde bucal. Esse pensamento torna-se enriquecido ainda pela afirmação de Pontes e Aguiar (2008) ao se referirem ao sentimento de angústia sentido pelos cirurgiões-dentistas quando estes precisam equilibrar, na prática, a enorme demanda reprimida com as ações coletivas. Para os autores, nessa situação, advinda da pressão exercida pela população e por outros membros da equipe de saúde, o planejamento e o monitoramento constituem-se em instrumentos valiosos para identificar as necessidades e eleger as devidas prioridades, ou seja, para uma melhor gestão do processo de trabalho.

Levando em consideração ainda esta organização do processo de trabalho do cirurgião-dentista, vale destacar que, em muitos momentos, ela se encontra direcionada não para a demanda apresentada pelo usuário, mas estabelecida de acordo com o interesse e a disponibilidade do profissional, o que nem sempre está associado a uma distribuição justa da prática, nem no que se refere à divisão do trabalho entre os cirurgiões-dentistas, nem em relação à demanda dos usuários.

Eu acho que cada posto tá fazendo de uma forma diferente, depende muito da comunidade e, dentro de cada posto, cada profissional trabalha de um jeito diferente (E13)

Mas o outro dentista já não gosta de trabalho com criança. As quatro equipes da puericultura quem atende sou eu, ficam mesmo só comigo (E12)

Ponto importante talvez a ser considerado, nessa divisão do trabalho realizada pelos profissionais, seja o respeito à potencialidade e às características de cada cirurgião-dentista, a partir do momento em que cada um pode trabalhar naquilo em que se sente mais à vontade e apto a realizar. Porém aqui cabe ainda um questionamento, se este é o perfil do profissional que o PSF, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, necessita, pois não estamos neste instante discutindo sobre o perfil de um profissional apenas para atuar na atenção primária, mas em um programa que pretende trabalhar mais próximo às famílias e à comunidade, em uma concepção que se pensa hoje como integral da saúde.

Voltando ainda um pouco ao problema relatado anteriormente pelo entrevistado oito, que deu início a essa discussão sobre a falta de estrutura dos CSFs e as falhas na gestão, e que diz respeito à prática do odontólogo encontrar-se hoje ainda mais centrada no consultório, deparamo-nos com a possibilidade de diferentes enfoques a serem abordados sobre esse mesmo ponto. A partir disso, concluímos que esse problema possui várias vertentes, as quais permitem diferentes interpretações e que, na prática, deixam marcas reais no processo de trabalho do cirurgião-dentista. Isto se deve à complexidade própria do setor dos serviços de saúde, principalmente, a partir do momento em que buscamos centrá-lo mais no sujeito. E todos esses pontos devem ser refletidos e discutidos, não devendo ser nada desprezado, para então podermos verdadeiramente pensar em uma mudança da realidade.

Sendo assim, com a continuação da fala desse mesmo entrevistado oito descrita adiante, outro ponto relevante ainda se apresenta para discussão que é a grande influência histórica da prática odontológica centrada no consultório e da formação profissional voltada para o modelo biomédico e centrada na doença. É nesse espaço, tanto físico como de práticas, que o cirurgião-dentista ainda se sente mais à vontade para atuar e que as mudanças na realidade têm acontecido de forma mais lenta.

A gente não pode deixar muito tempo de acesso fora do consultório porque ficar o consultório vazio não é bom. Aqui, passou seis a oito meses que era um consultório só, aí a gente fazia visitas programadas, por exemplo, visita de puericultura com a enfermeira, mas com o aumento da demanda, com a necessidade de ficar só no consultório, aí a gente tirou, era com necessidade (E8)

Neste depoimento, fica bem expresso o grande receio que o profissional tem de sair do consultório odontológico, ou seja, de deixar aquilo para o qual ele foi tão bem treinado para fazer e que ele crê, muitas vezes, ser sua principal ação enquanto profissional. Como referido por Araújo e Dimenstein (2006), o PSF hoje representa, para o cirurgião-dentista, uma fonte de emprego em expansão, mas em contrapartida, esse profissional nem sempre se encontra devidamente preparado para atuar nesse campo, questão que os autores associam a formação recebida.

Percebemos, no perfil dos entrevistados, que grande parte deles, mais de 80%, possui menos de dez anos de formado e que a metade, ou seja, oito dos dezesseis, sente hoje a necessidade de procurar uma maior formação no que diz respeito ao PSF, o que tem sido feito através de especializações realizadas pelos profissionais nessa área. Dos dezesseis profissionais entrevistados, 73% já buscaram realizar alguma especialização sobre o PSF ou na área de saúde pública. Fator positivo se pensarmos que isso pode ser o indicativo de uma maior importância dada a este campo da saúde bucal coletiva até então esquecido e desprezado dentro da odontologia.

Outro fato também interessante, nesse sentido, presente na fala de dois dos dezesseis entrevistados, chama atenção para a valorização do profissional advinda com a estratégia do PSF, através das melhores condições salariais e do vínculo empregatício, o que apoia a ideia apresentada anteriormente desta estratégia ser uma nova fonte de emprego para o odontólogo e que, por isso, tem a cada dia atraído novos profissionais para este campo.

Em relação aos nossos trabalhos melhorou bastante, uma coisa que melhorou foi o salário antigo, mas ainda não é o ideal para um trabalho de 40 horas (E13)

Na cooperativa antes, o salário é menor, o tempo de trabalho era 20 horas, depois foi aumentado para quarenta horas no PSF que deu aquele vínculo mais empregatício. O dentista pode dar continuidade ao trabalho. Aquele negócio que você trabalhava ali, mas não sabia se no próximo mês estaria trabalhando, até pela questão da motivação (E14)

Outro ponto ainda relevante a ser abordado quanto à prática do cirurgião-dentista no PSF, no que se refere a esta estratégia como novo espaço de atuação para esse profissional, diz respeito às ações coletivas. Estas têm sido realizadas ainda de

forma tímida dentro e fora dos centros de saúde, com a participação desses profissionais em reuniões de grupos, palestras sobre diversos assuntos e atividades realizadas junto aos escolares. Embora essas ações possam expressar uma maior participação do cirurgião-dentista em outras atividades fora da clínica, o que por si só já vale ser mencionado como um avanço em sua prática, precisamos registrar também que a maior parte das horas destinadas a essas atividades coletivas encontram-se centradas nas ações de educação em saúde bucal realizadas nas escolas da rede pública.

O PSF trouxe consigo, de uma forma geral, a ampliação do acesso a todos os grupos etários em relação à assistência bucal, como recomendado também pelo documento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b), além de levar o cirurgião-dentista para mais próximo do usuário através de sua participação nos grupos vinculados aos programas de saúde - pré-natal, puericultura, hipertensos, diabéticos e grupo de idosos. Porém, como já relatado, o direcionamento oficial da Prefeitura de Fortaleza encontra-se voltado, ainda hoje, prioritariamente para as ações dirigidas aos escolares (FORTALEZA, 2008b). O que nos indica, além da falas dos entrevistados descritas abaixo, que há um maior enfoque de ações direcionadas para esse grupo.

Nossa atividade é focada principalmente no escolar, as atividades coletivas (E9)

E, na parte fora da clinica, a gente tá nas ações coletivas que são as coberturas das escolas, uma vez por semana. Não, até mais de uma porque tá sendo assim: 50% clínica e 50% de ação coletiva (E3)

Além da clinica, a gente faz as ações coletivas que, na maioria das vezes, são feitas nos colégios. Aí é aplicação tópica de flúor gel, escovação supervisionada, palestra que a gente dá (E5)

Aí nas escolas, é o que é protocolo, o que todo mundo faz [...] faz a escovação supervisionada e a aplicação trimestral de flúor gel (E1)

Vale esclarecer mais uma vez que, apesar desse enfoque dado aos escolares, na prática do PSF de Fortaleza, as ESB se ocupam ainda de outras atividades relatadas também pelos profissionais entrevistados, porém, através das citações acima selecionadas, quisemos deixar claro o caráter privilegiado que as atividades realizadas nas escolas possuem no âmbito das ações coletivas.

Esse direcionamento da prática do odontólogo para os escolares tem também um caráter histórico, como nos conta Bartole (2008), quando em 1950, foi implantado, a partir da atuação da fundação SESP/MS, o modelo incremental de saúde bucal, baseado no modelo norte-americano e que se voltava para o atendimento da população em idade escolar de 6 a 14 anos. Segundo o autor, esse modelo foi implantado sem a devida consideração da diferença existente entre os Estados Unidos e o Brasil, levando a uma prática cada vez mais liberal, de cunho individual, baseada no tratamento restaurador e mutilador e, por isso, compreendida na assistência curativa. As ações de prevenção e promoção eram esquecidas nessa lógica, resultando assim numa baixa resolutividade desse programa. O autor ainda concorda com Paiva, citado por Bartole (2008) ao afirmar que essa prática se caracterizava como excludente, no que diz respeito à população adulta que ficava à mercê da livre demanda.

Mesmo com as mudanças advindas com a Constituição de 1988, segundo a qual a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, através dos princípios da universalidade do acesso, da equidade e da integralidade da atenção, percebemos que as marcas deste modelo antigo persistiram. Este fato torna-se evidente quando, em 1989, por meio da Portaria Nº 613 do Ministério da Saúde, continua firmado, como um dos objetivos centrais do Governo, as ações voltadas para os escolares, agora na faixa etária de 6 a 12 anos de idade, no intuito de reduzir em 50% a prevalência de cárie dentária destas (LOPES, SILVA, 2008).

A partir disso, percebemos que os tempos e as concepções em relação à saúde mudaram, mas a odontologia, como afirmam Lopes e Silva (2008), continua presa à prática de quarenta anos atrás, uma vez que se trata ainda de ações que têm como foco uma determinada parcela da população. Esse modelo continuou exercendo influência na odontologia durante muito tempo, sendo hoje também incorporado na prática dos serviços de saúde da Prefeitura de Fortaleza, embora esta decisão não corresponda à forma de organização descrita oficialmente para o PSF, segundo a Portaria Nº 267 (BRASIL, 2001) e o documento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b). No caso da Portaria, que estabelece as atribuições dos

profissionais responsáveis pela saúde bucal para esta estratégia, não encontramos nenhuma citação referente ao fato das atividades na área odontológica necessitarem se voltar para uma parcela específica da população. E, no caso do documento das Diretrizes, anteriormente citado, vemos a necessidade de criação de diferentes linhas de ação que compreendam toda a população.

Segundo Silveira Filho (2002) alguns questionamentos importantes precisam ser feitos acerca da prioridade dada aos escolares. Tais questionamentos giram em torno dos próprios princípios do SUS, como o acesso e a equidade. Pois, levando em conta que as doenças relacionadas à boca não dizem respeito somente à cárie, vale o questionamento se estamos permitindo o acesso àqueles que mais necessitam dele realmente. Cresce no Brasil, segundo ainda o mesmo autor, a porcentagem de pessoas apresentando câncer bucal, por exemplo, tornando-se assim tão importantes quanto as ações de educação em saúde direcionadas para os escolares, as ações voltadas para a detecção e o tratamento deste tipo de câncer.

Concordamos com o autor em relação à necessidade de ações que levem em conta os princípios da equidade e do acesso como direito de todo o cidadão. Não queremos, entretanto, menosprezar a importância das ações coletivas realizadas nas escolas, principalmente por considerar o valor preventivo delas. Acreditamos que elas vêm contribuindo e continuarão ajudando na diminuição do índice de dentes cariados, perdidos e obturados. Porém, centrar as ações em saúde bucal somente nessa parcela da população, cremos ser uma prática excludente, que fragmenta e reduz o campo do cuidado em saúde bucal como também afirmam Pontes e Aguiar (2008), já que se trata de ações voltadas apenas para um grupo populacional específico.

Outros pontos foram ainda abordados pelos profissionais ao serem questionados sobre as mudanças que o PSF trouxe no sentido da construção de um cuidado mais humanizado. Alguns cirurgiões-dentistas apontaram as ações interdisciplinares, já comentadas, como um forte fator de mudanças em relação à prática anterior dos serviços de saúde. Outro ponto também relevante, na fala da maioria deles, refere-se ao vínculo construído com a comunidade e com o usuário, questão sobre a qual nos debruçaremos mais adiante. Além desses dois pontos mais

comentados, outros ainda foram lembrados pelos entrevistados, como o fim da produtividade, o maior acesso da população, a maior importância dada à prevenção e à promoção da saúde bucal, o agendamento dos usuários e participação dos profissionais nos grupos realizados em cada CSF.

Diferentes opiniões foram ainda expressas pelos cirurgiões-dentistas entrevistados e, embora pareça ponto comum que o PSF trouxe uma nova prática para esses profissionais, tratando-se de uma boa estratégia em termos de saúde pública, restam ainda certos comentários que, ao considerarem algumas das dificuldades anteriormente descritas e discutidas, afirmam que este programa, na prática, ainda não tem se concretizado como deveria.

Assim, eu ainda não considero que a gente aplique o PSF, eu acho que já não é só a cadeira, mas ainda não é o PSF propriamente dito [...] por enquanto em Fortaleza, tem pouquíssimos PSFs, tem posto que tem um trabalho maravilhoso de visita, de área coberta, mas esse, infelizmente, ainda não é muito PSF, tá caminhando em termos de interdisciplinaridade de profissionais, de quebrar aquela coisa de ser só dentro da sala (E12)

Assim, em termos de humanização, da época que não era PSF para agora, eu não vi muita mudança, na parte odontológica. Porque continua só uma cadeira, a gente não faz atendimento por equipe porque só tem uma cadeira, então, ficou mais ou menos como era antes (E4)

PSF, da forma que os livros dizem, eu ainda não vejo funcionar, não é só com o dentista, é com o médico e a enfermeira também (E13)

Podemos perceber, mais uma vez, através da fala do entrevistado doze, as diferenças existentes entre os CSFs no município do Fortaleza, onde alguns têm condições bem melhores de funcionamento que outros. Porém, é importante lembrar, como nos colocam Pontes e Aguiar (2008), que a implantação do PSF por si só é insuficiente para modificar o modelo assistencial, pois esta mudança depende também da forma de se produzir o cuidado, além do modo de agir dos profissionais entre si e em relação com o usuário. Aqui, entra a importância, mais uma vez, da atuação das tecnologias leves, já comentadas, instrumentos importantes na aproximação do profissional com o usuário, bem como do serviço com a comunidade.

Pensando assim, contudo, torna-se indispensável que os profissionais desenvolvam novas habilidades, principalmente no campo relacional da atenção, para que, dessa forma, o PSF realmente possa se firmar cada vez mais como uma estratégia

de mudança de um antigo modelo de saúde preso à questão da queixa-conduta, passando a centrar-se mais no indivíduo e em todo o contexto social onde esse se encontra inserido.

Concluimos então que, no caso da odontologia, sua inserção no PSF tem significado uma reorganização do processo de trabalho da saúde bucal junto à atenção primária do município de Fortaleza, no que diz respeito a uma nova divisão do trabalho e a atuação do cirurgião-dentista realizada de forma mais próxima à população. Porém, como vimos, esta é uma questão que também requer um olhar mais minucioso para diversos fatores, como maiores investimentos, melhorias na gestão e na organização do processo de trabalho das ESBs, pois não podemos negar que um novo modelo de atenção à saúde bucal tem sido construído, levando em conta a realidade de cada CSF, entretanto esse modelo ainda aparece, no cenário atual, junto a práticas tradicionais de abordagem individual.

4.2. Discussão sobre a humanização da prática da odontologia no PSF

O projeto de humanização da saúde retoma o debate de temas fundamentais da reforma sanitária, buscando contribuir na construção do SUS que dá certo e tocando para isso em questões essenciais na constituição do sistema de saúde brasileiro que são a universalidade e a equidade do acesso, a integralidade da atenção e a participação social.

Vale lembrar ainda que a humanização da atenção deve envolver também todos os sujeitos inseridos no processo de produção da saúde, isto é, gestores, profissionais e os próprios usuários do sistema que precisam, por sua vez, perceber-se como construtores do SUS. Sendo assim, neste instante da discussão, buscaremos refletir sobre o processo de trabalho do cirurgião-dentista dentro do PSF de Fortaleza, tendo como foco a humanização da atenção em saúde, ou seja, durante as análises,

buscamos compreender como tem se dado esse processo de trabalho do cirurgião-dentista no sentido da humanização da atenção no PSF e quais ações e tecnologias têm sido privilegiadas para a construção deste cuidado humanizado. Discutiremos os pontos percebidos na fala dos entrevistados sobre sua prática e que correspondem aos valores, aos dispositivos ou às diretrizes da PNH, analisando também as divergências e as dificuldades enfrentadas diante da realidade do sistema no que se refere à proposta de humanização da saúde.

A partir da constituição de 1988, na qual a saúde passou a ser garantida como um direito de todo cidadão brasileiro, temos a questão do acesso ao sistema de saúde como um dos objetivos centrais para a concretização do princípio da universalidade. Esse acesso vem se ampliando com o passar do tempo, mas tem convivido com inúmeras dificuldades históricas, sociais, econômicas e políticas que persistem e que o tornam ainda uma conquista a ser adquirida na luta pela humanização da atenção a saúde. Afinal, não podemos falar da humanização da saúde sem primeiramente nos questionar sobre o acesso do usuário ao sistema, como bem refletido na fala do entrevistado seis:

[...] o problema aqui central é o acesso [...] como você vai trabalhar a humanização se você não tem um ponto chave que é o acesso (E6)

No sentido de ampliar e melhorar o acesso, a PNH traz como proposta a organização da demanda que chega ao serviço de saúde através do dispositivo do acolhimento (BRASIL, 2008a), aspecto esse bem presente na fala dos entrevistados e que marca a definição, por parte de alguns desses, sobre o conceito de humanização. Entretanto, não nos deteremos aqui sobre este assunto, deixando uma maior reflexão sobre ele para outra seção deste estudo quando nos aprofundaremos um pouco mais na construção e na definição que o acolhimento assume na concepção dos cirurgiões-dentistas.

Vale ressaltar, entretanto, que, no sentido prático deste acolhimento como dispositivo de organização da demanda espontânea, vemos sua contribuição para a diminuição do tempo de espera e o fim das filas nos CSFs, sendo estas outras ações identificadas pelo cirurgião-dentista como importantes dentro do processo de

humanização da saúde. O usuário é agendado de acordo com seu grau de necessidade, não sendo mais necessário para isso chegar de madrugada no centro de saúde, gerando assim as famosas filas para marcar consultas e exames. Este fato tem contribuído para melhorar o acesso, diminuindo a demanda reprimida, além de respeitar outra diretriz importante do SUS que é a equidade, ou seja, a distribuição dos recursos e dos serviços de acordo com as necessidades da população e dos usuários.

[...] a gente procura organizar tempo para aquela semana. Você vai na segunda, se o caso tiver grave, é agendado na segunda, se não é, fica pro final da semana. Se for alguma coisa, como os que dizem que não tem nada, querem só fazer um checkup, agenda pra próxima semana (E1)

[...] antes era marcação, marcava aqui, aí você ia conseguir de novo quando desse sorte de você chegar antes do que chegou mais cedo e agora não é assim (E3)

[...] aqui no posto a gente já tá fazendo muitos pacientes só para retorno, então já é só a manutenção. A gente tá dando conta dos serviços, já conseguimos concluir alguns pacientes, então tá chegando a um nível melhor de tratamento. E antes não, por exemplo, você atendia um paciente que tinha dez restaurações e passava um ano para ser concluído o tratamento, hoje em dia a gente tá dando um retorno mais rápido (E14)

A eficácia desse processo de agendamento de acordo com a classificação de risco é evidente na ausência de filas nos CSFs, contudo, cabe o questionamento a respeito da demanda já que esta, no caso da odontologia, se caracteriza como histórica devido ao pequeno número de profissionais nos serviços públicos de saúde até pouco tempo atrás e, conseqüentemente, o restrito acesso da população aos cuidados em saúde bucal.

A odontologia, ao longo do tempo no Brasil, foi considerada de forma secundária em termos de saúde pública, passando a ser então privilegiada na esfera privada, como afirma Zanetti (1999). Dessa forma, segundo o mesmo autor, a prática odontológica foi sendo mediada pela lógica de mercado, de acordo com a qual todas as ações são reduzidas à forma de serviços passíveis de compra e venda. Fato que provavelmente favoreceu, segundo Bartole (2008), para que esta área da saúde se afastasse da realidade de uma boa parte da população que não poderia pagar os custos de um tratamento odontológico.

Os reflexos dessa realidade são sentidos até os dias atuais e para esclarecer melhor essa situação, podemos tomar os resultados do levantamento SB Brasil 2003

(BRASIL, 2004c), que avaliou as condições de saúde bucal da população brasileira entre os anos de 2002 e 2003, apontando para uma realidade ainda marcada pela desigualdade e pela exclusão. Esse levantamento revela, por exemplo, que o acesso ao dentista ainda é um problema em todo o Brasil, quando 14% da população adolescente nunca teve contato com este profissional. Esta situação encontra-se como realidade em todo o país, embora se torne mais grave em regiões como o Nordeste, onde 22% desta mesma população nunca visitou um consultório odontológico. Percebemos, através desses números, uma quantidade muito significativa ainda de adolescentes que nunca foi ao dentista e que caracteriza a deficiência do acesso ao sistema de saúde brasileiro.

Sendo assim, as filas visíveis podem ter acabado, mas considerando que esta grande demanda aos poucos tem chegado aos centros de saúde todos os dias, vale questionar como tem se dado esse acesso e a resolubilidade do serviço, principalmente no que diz respeito à questão da referência à outros níveis de atenção. Neste instante, uma nova fila virtual pode estar surgindo e, como afirma Santos (2005), esta pode ser tão implacável quanto à primeira no sentido de restringir o acesso do usuário ao sistema. Soma-se a isto, o fato de que o medo, a ansiedade e, muitas vezes, a falta de informação são marcas que sobrevivem a esse processo histórico, fazendo com que o sujeito não perceba ou ignore sua necessidade por cuidados específicos em saúde bucal, não procurando atendimento. Desse modo, vemos como de suma importância, nesse processo de ampliação do acesso tendo em vista uma maior humanização da saúde, a implantação da busca ativa de novos casos por parte do cirurgião-dentista no PSF. Fato esse comentado por um dos entrevistados como uma necessidade já visível em seu CSF e, por outro, como uma das atividades já realizadas por sua equipe pelo menos no que se refere ao âmbito familiar:

Agora o que tá faltando são novos pacientes porque os pacientes eles estão vindo e eles já estão até se repetindo, porque quando termina o tratamento a gente solicita que eles retornem com 6 meses pra fazer uma nova consulta, começar tudo de novo. E eles estão retornando, mas só que na maioria dos casos, não geralmente, mas eles são os mesmos [...] Parece que aquelas pessoas que conseguiram, que conseguiram não, porque não é difícil de conseguir, mas aquelas que entraram, elas dão continuidade, mas outros não chegam tanto como a gente esperava. Chegam, mas não tanto novos pacientes (E3)

[...] a gente dá o retorno, por exemplo, digamos que sejam dez vagas por semana aí vem aquela pessoa marcada. Quando ela termina o tratamento dela, aí não libera aquela vaga, eu vou buscar o filho, traz outra [...](E8)

Embora positiva a experiência e necessária a busca ativa por essa demanda real e silenciosa, compreendemos ser inviável esta prática hoje na maioria dos CSFs devido à pequena quantidade de profissionais contratados ainda pela prefeitura de Fortaleza, à falta de estrutura dos centros de saúde e à grande demanda da população, fatores já discutidos. Estes fatores exemplificam o problema referente ao acesso e que ficam bem expressos na fala de alguns profissionais ao se referirem às dificuldades enfrentadas junto à população no que diz respeito ainda à cobertura do PSF:

O maior problema que a gente tem realmente é o acesso [...] porque a população é muito grande para a quantidade de profissionais que tem para atender (E13)

O que ainda atrapalha o desenvolvimento do nosso trabalho é principalmente por conta que não existe 100% de cobertura no PSF de Fortaleza, então nós acabamos tendo que dar conta da nossa área e, muitas vezes, a gente acaba atendendo também pessoas que não são da nossa área adscrita (E2)

Acho que a maior dificuldade ainda é a cobertura. A cobertura do PSF aqui em Fortaleza ainda tá muito pequena, a cobertura aqui é ainda não tem nem 40%. Se a gente botar aqui que 80% da população de Fortaleza é usuária do SUS, então existe ainda 40 % da população descoberta, não tá tendo acesso a essa nova forma de abordagem (E9)

Diante de tal realidade, construir uma atenção a saúde mais humanizada é pensar o acesso ainda como ponto crucial dentro da ideia de um sistema que se quer universal, equânime e que pensa a saúde como direito de todo cidadão. Mas pensá-lo também requer questionar mais uma vez a gestão e os recursos aplicados na contratação de novos profissionais e na reestruturação dos CSFs. Além de considerarmos que pouco adianta ao usuário conseguir ter acesso na atenção primária se a sua necessidade não encontra resposta posterior nos outros níveis de atenção quando solicitados. Isto por uma deficiência na organização do sistema de referência e contra-referência, principalmente pela falta de serviços no nível secundário, o que compromete outro ponto importante dentro da proposta da PNH que é a resolutividade.

Segundo a PNH (BRASIL, 2008a), a resolubilidade se refere a uma combinação entre eficiência e eficácia das ações em saúde. Isto é, associa-se a eficiência quando toca a relação custo-benefício, com o emprego do menor investimento de recursos financeiros e humanos para atingir o maior resultado em indicadores sanitários, fato esse ato alcançável quando aplicamos os recursos certos no lugar certo. E associa-se a eficácia quando toca a saúde como valor de uso em relação

à qualidade da atenção e gestão da saúde. Ou seja, a resolubilidade comporta a escolha da resposta mais adequada para a demanda do usuário, com o menor custo, todavia buscando a maior qualidade da atenção prestada.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b) nos revelam que os serviços especializados em saúde bucal não têm acompanhado a expansão da oferta que vem ocorrendo na rede básica, com a implantação das equipes de saúde bucal no PSF. Esse problema encontra reflexo na fala de alguns entrevistados no que diz respeito à referência à atenção de média complexidade, o que demonstra que a situação hoje continua a mesma de 2004, ano em que foram lançadas as Diretrizes. Além disso, tal situação tem gerado, por parte dos profissionais, medidas em muitos momentos radicais e não condizentes com a proposta de um cuidado humanizado da saúde, devido à urgência apresentada pela realidade.

[...] por exemplo, hoje, se chegar qualquer caso de endodontia e prótese, eu não vou fazer nada, não tem como referenciar. A própria agenda do CEO tá bloqueada (E1)

A gente encaminha pro CEO, não tá tento resolatividade. Tem muitas especialidades que estão fechadas porque a fila de espera é muito grande e outro problema é que tem encaminhamento que a gente faz e o paciente volta. Essa semana mesmo, eu encaminhei para fazer uma gengivectomia no CEO [...] o paciente não foi atendido porque a dentista do céu, da área de periodontia, disse que “não, nós não estamos aptos a fazer isso aqui no CEO”. Aí é complicado, eu fiquei constrangida porque a paciente gastou com passagem, foi e voltou e não foi resolvido. E eu vi que era um problema simples, não é assim nada complicado de ser feito não [...] E a gente tem acompanhado muitos problemas, paciente que pega um encaminhamento para fazer um procedimento, um procedimento que precisa de mais de uma seção, vai e faz uma seção e aí, eles mandam vir no posto e pegar um outro encaminhamento para fazer a segunda seção do mesmo procedimento. Isso não está certo, se a gente encaminha para ela fazer um procedimento, esse procedimento precisa ser garantido do início ao fim (E11)

Então a gente tá fazendo isso, a parte do CEO, que é a atenção secundária, a gente tenta acabar a fila de espera [...] Quando a gente vê que uma pessoa passa seis meses na fila de espera, a gente chama a pessoa de novo, olha e, às vezes extrai até o dente. A gente faz o possível para desobstruir a fila (E16)

Percebemos então que a não resolubilidade, como consequência da insuficiência dos serviços especiais, e a burocracia do sistema de referência continuam contribuindo para a existência não só das filas, mas de procedimentos desnecessários e radicais, como é o caso da exodontia sem indicação, chegando a ser esta a única forma de se resolver o problema do usuário. Sabemos dos avanços que ocorreram com a mudança no processo de marcação de consultas e com a ampliação do acesso na

atenção primária, fato que não podemos deixar de reconhecer, mas para atingir o objetivo de humanização da saúde, sabemos também que muito ainda se precisa fazer, principalmente em termos de organização da atenção secundária e em relação à articulação entre todos os níveis de atenção.

Contudo, no meio das dificuldades e questionamentos que realizamos a respeito do acesso e da resolubilidade, precisamos apontar também algumas iniciativas de humanização do processo de produção da saúde que têm se revelado importantes na prática do cirurgião-dentista no PSF. Ações que, ao contrário do que explanado anteriormente, acabam por promover uma maior resolubilidade para o usuário e, por sua vez, também atuam facilitando o acesso. Aqui incluímos, além da organização da demanda pela técnica de classificação de risco, já discutida, o atendimento preferencial a pacientes especiais e a mudança do processo de trabalho no que diz respeito à conclusão do tratamento.

A gente tem um atendimento priorizando eles, ou a gestante ou hipertenso, diabético, idoso que queira atendimento, ele não precisa nem ir pra fila não de marcação. Ele consegue o acesso facilmente. É só chegar e solicitar esse atendimento (E1)

Algumas pessoas, a gente tenta fazer é o tratamento concluído que é o ideal, só que às vezes a gente não consegue pela dificuldade do acesso que a pessoa tem a gente, mas a maioria a gente ta conseguindo fazer. A gente tem 30 % de tratamento concluído (E6)

No caso da conclusão do tratamento, que representa uma significativa mudança no processo de trabalho do PSF se comparado a alguns anos atrás quando os procedimentos eram realizados de forma pontual, já vemos outra preocupação com a resolubilidade. Como afirma Santos (2005), dado o caráter infeccioso da maior parte das doenças bucais como a cárie, muitos elementos dentários afetados não iriam poder receber um tratamento conservador se não atendido a tempo, outros acabariam sendo acometidos por essa doença, como também o procedimento realizado na última seção em um determinado elemento dentário poderia encontrar-se novamente comprometido, necessitando de uma nova intervenção.

Diante de todos esses fatores, é importante lembrar o que diz o documento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b) ao sugerir a inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica, a conclusão de

tratamentos e a adoção de procedimentos conservadores quando possível. Estes são pontos que compreendemos como importantes na construção de uma nova prática em saúde na qual o centro do processo deve se encontrar no sujeito e em suas necessidades. O respeito ao usuário deve ser então buscado como prioridade através de uma resposta adequada a demanda apresentada por este, seja no atendimento preferencial, seja no agendamento ou ainda no encaminhamento desse usuário a outro nível do sistema quando necessário.

Esse respeito também se reflete nas ações que promovem a participação ativa, seja do usuário, seja do profissional, como sujeito no processo de produção da saúde, bem como de seu controle. Aqui tocamos outro ponto importante para a PNH que se refere ao protagonismo dos sujeitos dentro do sistema de saúde. Este protagonismo deve se concretizar tanto na participação ativa de ambos na luta por melhorias das condições de produção da saúde, bem como através da autonomia e protagonismo do usuário como primeiro responsável por sua própria saúde, não delegando a outro essa responsabilidade.

Então, realmente, essa parte da humanização, a gente tenta fazer o milagre [...]. A gente tem um esforço muito grande [...] A gente luta muito por uma reforma aqui do posto (E16)

Essa política deles de enfatizar essa parte de educação, de ação coletiva, que a pessoa tem que tá consciente que ela é responsável pela saúde dela, que não é o dentista, o médico ou o enfermeiro que tem que tá ali pra deixar você saudável, mas você tem que ser capaz de saber o que é bom pra você, desde a alimentação, como lazer, tudo (E5)

Na maioria dos relatos dos entrevistados que tratam sobre este assunto, encontramos o interesse do profissional tanto em promover no usuário esta atitude protagonista, como de exercer esse mesmo protagonismo. Todavia, segundo os mesmos, este direito nem sempre é reconhecido e exercido pelo próprio usuário que aparenta ainda, segundo os entrevistados, não ter dimensão da importância de seu papel como sujeito ativo na construção de ações de mudanças.

É um pouco difícil porque nem o conselho vem para essas reuniões. Assim, vem o presidente, mas não vem o resto do conselho e a comunidade é difícil também de vir. A gente faz convite, apela, coloca cartaz no posto, pede para os agentes de saúde avisarem, no mínimo com uma semana de antecedência, mas é difícil dos usuários virem. Eles aqui são muito pouco conscientes dos direitos deles [...] A gente tenta colocar isso na cabeça deles, esse problema aqui que tá acontecendo de equipamento quebrado, a gente pede para que eles também tomem posse da situação, que eles entendam porque o posto é pra eles, mas a gente nota ainda um certo comodismo, infelizmente. Mas eu acho que isso, com o tempo, vai mudar. Alguns já estão mudando de mentalidade, já estão mais

participativos [...] a gente liga, cobra, to pedindo também para o pacientes se moverem, se sensibilizarem em relação a isso, para cobrarem também porque os maiores prejudicados são eles (E11)

Como cita Benevides e Passos (2005), falar de saúde coletiva é sempre também discutir sobre autonomia e protagonismo dos sujeitos, tanto usuários como profissionais que, por muito tempo, se posicionaram de forma passiva diante das práticas em saúde. Para os autores, a força emancipatória, que se encontra na base do SUS, sustenta-se no pressuposto de que o processo de produção de saúde precisa ser inseparável do processo de produção de subjetividades protagonistas e autônomas. Essa questão também constitui um dos princípios da PNH que nos lembra o fato de que todo trabalho é ao mesmo tempo uma produção de si e do mundo ao seu redor, sendo necessária a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde (BRASIL, 2008a).

Pensamento que nos remete também a ideia de cidadania, como afirma Fortes (2004) ao acrescentar que o ato de humanizar passa por uma mudança cultural da gestão e das práticas desenvolvidas no serviço no sentido de considerar o usuário enquanto cidadão e não apenas um consumidor de serviços. Esse pensamento é corroborado por Traverso-Yépez e Morais (2004) ao afirmarem que a humanização da saúde precisa apontar para o desenvolvimento do sentido de cidadania e participação crítica e que é necessário reconhecer a dimensão educativa presente no espaço intercessor gerado pelo encontro entre o profissional e o usuário. Percebemos isso, voltando à fala do entrevistado onze, quando ele se refere a sua preocupação em fomentar a participação do usuário no processo de produção da saúde.

Nesse momento, vale salientar ainda algumas outras iniciativas tomadas pelos profissionais, cirurgiões-dentistas, no sentido de buscar mudanças diante das mais diversas situações conflituosas existentes no dia a dia do sistema de saúde. Mudanças sejam na forma de acolhimento, na forma de agendamento ou ainda no próprio processo de trabalho do profissional, tendo em vista melhorar o acesso diante da realidade do CSF onde trabalha. Iniciativas válidas no sentido de humanização do cuidado prestado ao usuário, mas que se sobressaem no presente momento por seu

valor enquanto ações pensadas e realizadas pelos próprios profissionais como sujeitos do processo de produção da saúde.

Então a gente tá vendo uma possibilidade de mudança, de melhorar porque a gente se chateava porque tinha que dá muitos não [..] E aí, com a mudança que a gente quer fazer, a gente quer tirar esse acolhimento diário. A gente vai chegar, vamos ter os nossos pacientes já lá, então a gente vai fazer mais tranquilo (E15)

A questão da ansiedade, o que a gente tem feito aqui no posto para melhorar isso, eu pensei assim, eu acho que posso trabalhar aqui no posto como eu trabalho no meu consultório particular. Porque não tratar os pacientes com hora agendada? Então, eu faço isso aqui. E eu notei que, depois disso, melhorou muito. Os pacientes vem só naquela horinha que eles estão marcados, eu marco de meia em meia hora, boto no papelzinho, igual o do meu consultório que a gente xeroca aqui, eles sempre trazem, eles trazem mesmo (E11)

E, no consultório, o que eu faço, é inclusive uma estratégia que eu tava até comentando com uma dentista de São Paulo porque eles fazem lá, é diminuir a quantidade de pacientes atendidos agendados, naquele paciente fazer o máximo de procedimentos possíveis. Em vez de fazer um procedimento em cada paciente atendido é fazer o contrário, fazer oito procedimentos em um paciente para dessa forma estar facilitando assim o acesso de novas pessoas (E13)

Percebemos a iniciativa desses profissionais diante de diferentes conflitos encontrados em sua prática, o que já representa um fator positivo para a construção da humanização do SUS, mas, ao mesmo tempo, esses relatos não nos mostram ter havido alguma consulta ou participação da população na tomada de tais decisões. Sendo isso significativo diante da situação de passividade ainda assumida pelo usuário e comentada anteriormente, o que nos mostra que não necessariamente essa está associada à falta de vontade de participação deste sujeito, porém muitas vezes à falta de informação sobre seus direitos e de incentivos por parte dos próprios profissionais e gestores, pois mesmo apesar da iniciativa do entrevistado onze, no sentido de mudar essa realidade, sabemos que nem todos os profissionais assumem esse compromisso.

Nesse sentido, Merhy (2004) descreve a postura de ‘mudez’ assumida pelo usuário no sistema, quando a relação entre este e o profissional da saúde se dá de forma objetual. Esse mesmo pensamento é confirmado por Campos (2005) ao tratar do tema da democratização das relações interpessoais e, conseqüentemente, da democratização da instituição. Ou seja, é necessário que na relação profissional e usuário, este último não seja tratado como objeto e manipulado em função dos interesses e desejos daquele, já que o usuário deve ser visto como sujeito ativo no

processo de gestão da saúde. É assim, que o autor vai tecer suas ideias sobre a gestão compartilhada na saúde, ponto também de suma relevância na constituição da PNH na forma de gestão participativa que objetiva a ampliação dos espaços públicos e coletivos, com o conseqüente exercício do diálogo e pactuação das diferenças entre todos os sujeitos envolvidos (BRASIL, 2008a).

Outra questão importante a ser destacada referente à participação popular no caso da odontologia, segundo Bartole (2008), é o fato de não ter sido o povo, que sofre as injustiças de uma histórica exclusão no caso da saúde bucal, que lutou por mudanças maiores nesse setor, com a conseqüente formulação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004. Dessa maneira, quem acabou por assumir essa luta foi, ainda segundo o autor, um grupo de militantes não pertencentes ao governo federal, mas que disputavam um espaço institucional junto ao Ministério da Saúde. Isso não significa, entretanto, que em nenhum momento os usuários não tenham demonstrado seu descontentamento com a realidade enfrentada por eles, porém que a sua luta, na maioria das vezes, encontrou-se limitada a reivindicações acerca de pequenas melhorias no acesso. Entretanto, a ausência ou pouca participação dos usuários é uma questão complexa que não pode ser analisada de forma simplista. Existem estudos, por exemplo, que demonstram como a participação popular foi sendo historicamente excluída ao longo do tempo (GONH, 2001).

Aqui, ao falarmos sobre a questão da produção de sujeito e a participação ativa do usuário no processo de construção da saúde, saímos um pouco da discussão sobre o acesso e a resolutividade para alcançar outra questão que nos indaga a respeito de que tipo de atenção tem sido ofertada e encontrada no sistema de saúde. Ou seja, deparamo-nos com outro importante questionamento sobre para onde o acesso tem nos levado na atenção primária, isto é, qual a qualidade do serviço que encontramos na realidade do PSF (CAMPOS, 2003). Mais uma vez o assunto da humanização da saúde vai encontrar-se com outro princípio do SUS que é a integralidade e, a partir dessa discussão, podemos tocar em diferentes pontos bem interessantes e presentes também na fala dos entrevistados a respeito de suas ações no sentido de um novo tipo de cuidado. Pontos como a percepção das necessidades do usuário por parte do

profissional e uma mudança na concepção do processo saúde-doença, bem como a necessidade de uma ação interdisciplinar e da inserção do profissional da saúde na comunidade.

Primeiramente, aproximar-nos-emos da questão da percepção do profissional a respeito das necessidades dos usuários e a consequente responsabilização desse com estas. Pois para que haja uma efetiva tomada de atitude por parte desse profissional é necessário primeiro que este esteja sensível ao problema demandado pelo usuário. Isto é, um dos primeiros quesitos para uma prática humanizada é a percepção dos profissionais diante das mais diversas realidades e problemas, pois sem ela não haverá nem responsabilização, nem serão possíveis atitudes que gerem mudanças no processo de trabalho.

Deslandes (2007), diante da realidade encontrada hoje no sistema, chama atenção para um ponto importante que é a banalização do sofrimento do outro dentro da esfera do sistema de saúde. A autora, antes de adentrar nesse assunto, faz questão de definir o que seja a banalização, “ação de um sujeito, grupo ou instituição em considerar algo comum, ordinário, trivial, corriqueiro e vulgar.” Sendo assim a autora identifica, no cenário dos serviços de saúde, tanto a banalização do sofrimento do usuário, como, em muitos momentos, a banalização do próprio usuário. Neste caso, tudo que se referencie a esse, é considerado menor, inclusive seu sofrimento.

Diante dessa realidade, como compreendido por Fortes (2004), humanizar a saúde é enxergar cada pessoa em sua singularidade, com necessidades específicas que não compreendem somente problemas biológicos, mas que abrangem também circunstâncias sociais. Essa percepção já existe, na prática de alguns cirurgiões-dentistas, e fica clara na fala do entrevistado citada abaixo:

a gente já tem a ideia do geral, por exemplo, eu trabalho com paciente que é dono de boca, que vende droga, paciente que é viciado, eu tenho gestante que é viciada em craque. [...] a gente até já fez grupos de alcoólicos anônimos, grupo de apoio a paciente viciado e é difícil porque assim é difícil você exigir uma condição de qualidade de vida para o paciente quando o paciente não tem essa condição de ter essa qualidade (E12)

Esta percepção do profissional a cerca das condições sociais de vida do usuário já representa um importante passo para uma conscientização maior de sua

importância como agente modificador das práticas em saúde, práticas essas que precisam estar voltadas para o usuário e sua realidade. Sendo assim, outra percepção ainda importante é aquela que leva em consideração também as condições emocionais com as quais o sujeito chega ao consultório odontológico, pois este, nesta ocasião, não apresenta somente um sofrimento relativo à dor física, mas muitas vezes também um sofrimento psíquico.

O medo e ansiedade são exemplos desse tipo de sofrimento que se encontram tão presentes no tratamento odontológico. Segundo Singh, Moraes e Bovi Ambrosano (2000), tais sentimentos podem ter as mais diversas origens, sendo que as mais frequentes estão relacionadas a traumas anteriores vivenciados pela pessoa em experiências passadas no consultório odontológico, geralmente na infância, e a procedimentos invasivos e dolorosos. Outro fator bem presente também na origem do medo e da ansiedade diante de uma consulta odontológica, segundo os autores, refere-se às ideias passadas às crianças, principalmente, por pessoas próximas a essas ou até mesmo pelos meios de comunicação.

Eu vejo que, muitas vezes, é uma questão cultural isso. Questão do medo que a mãe passa para o filho. Eu tento sempre evitar fazer algum procedimento invasivo na primeira vez que a criança vem, mesmo quando ela ta precisando, ta com dor, a gente tenta dar medicamento, porque se a primeira vez que a criança chega no dentista e vai logo fazendo uma exodontia, aí traumatiza muito porque você já vem com medo (E14)

Tinha paciente meu que tinha que beber para ter coragem para vir para cá, eles já chegavam aqui altamente alcoolizados, mas era medo. Aí tinham uns que viam e eu fazia só uma limpeza. Tem adultos, tanto mulheres como homens, que você tem que ter todo um preparo, uma coisa que eu trabalho muito é a questão do medo... medo é uma coisa presente demais mesmo (E12)

Diante destas declarações, podemos concluir primeiramente que, embora uma grande parte dos artigos existentes sobre o assunto tenha sido escrita na área de odontopediatria (RANK et al 2005; MONTEIRO et al 2005; JOSGRIBERG, CORDEIRO, 2005), esse medo e essa ansiedade, já comentados, não se restringem somente ao período da infância, mas também estão presentes na idade adulta, tanto em homens como em mulheres. Outro ponto que podemos observar e que está de acordo com o que os autores relatados anteriormente dizem é a influência da mãe nesses sentimentos apresentados pela criança. A figura do dentista, segundo ainda alguns

profissionais, está associada ao castigo que a criança terá que enfrentar caso não corresponda a um determinado comportamento ou atitude esperada.

É importante reconhecer, além da percepção do profissional em relação a esses sentimentos apresentados pelo usuário, sua preocupação e responsabilização com estes, manifestadas através da decisão de não realizar procedimentos invasivos na primeira vez que o indivíduo vem ao consultório. Esse protagonismo e responsabilização com as demandas advindas dos usuários, a partir de uma primeira percepção delas por parte do cirurgião-dentista, remetem-nos a questão do vínculo que se dá com a construção da relação entre ambos.

Trazemos então aqui, mais uma vez, para reflexão, o pensamento de Merhy (2004), já exposto, sobre o espaço de intercessão surgido do encontro do profissional de saúde e o usuário, onde devem atuar as tecnologias leves ou de relações. Como o acolhimento, o vínculo também será discutido em maior profundidade mais adiante em outra seção deste trabalho, mas cabe salientar, neste instante, sua importância como ferramenta responsável pela construção de relações de troca e de confiança, facilitando assim o processo terapêutico (GOMES, PINHEIRO, 2005).

A humanização, como afirma Deslandes (2004, p. 8), aponta para a possibilidade de constituição de uma “nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e do diálogo”. Sendo assim, a construção de uma relação entre o cirurgião-dentista e o usuário torna-se possível somente a partir de uma postura ou atitude de escuta por parte deste profissional, fator esse indispensável tanto na construção do vínculo como do acolhimento. Importante registrar ainda que esta postura de escuta é identificada, através das falas dos entrevistados, como uma das consequências de algumas ações e atitudes tomadas, como, por exemplo, o fim da produtividade:

Mas, hoje em dia, não é priorizado produção, então você tem mais tempo pra conversar, dar conselho, perguntar se fuma, para incentivar não fumar [...] A gente pode tranquilamente tá conversando com o paciente, tentando explicar aquilo que a gente tá fazendo até porque não tem a questão da produtividade, isso é uma coisa que prejudica bastante a interação paciente profissional porque você trabalha muito bitolado na questão de tá produzindo. Aqui não, a gente tem a liberdade de tá desenvolvendo o tratamento da melhor forma possível, sem essa cobrança em relação à produtividade, mas sim em relação à qualidade do atendimento (E9)

Outro fator facilitador da construção do vínculo é comentado pelos entrevistados, além do fim da produtividade, foi a maior inserção desses na comunidade, bem como nas próprias atividades do CSF, o que proporcionou, por sua vez, uma maior aproximação do profissional com o usuário e sua realidade, humanizando assim a atenção na estratégia do PSF. Essa inserção, todavia, dá-se a partir de um olhar mais integral lançado à saúde enquanto processo que envolve não somente fatores biológicos ou funcionais, nem se encontra preso ao modelo curativista. Desse modo, a prática do cirurgião-dentista, a partir desse novo enfoque, não deve ser entendida como construída somente dentro do consultório odontológico, como já comentado, mas como uma prática que também passa pela realidade psicossocial vivenciada pelo sujeito. Como afirma o documento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b), a equipe de saúde bucal não deve limitar sua área de atuação ao campo meramente biológico ou ao trabalho tecno-odontológico.

A gente tem um grupo de idosos que eu participo, inclusive, eu sou a representante do idoso da unidade [...] Não é só voltado para a odontologia. É um grupo que a gente vê várias coisas, tem vários temas, tem atividades, a gente fez São João semana passada. Então é bem variado (E10)

Antes então era só curativo, curativo. Criança, agora, a gente acompanha desde a gestação, a gente pega ela lá no pré-natal, isso é humanizar. A gente vê a grávida se precisa, ela chega no último trimestre sem dor de dente, ou não é para chegar [...] Isso tudo a gente se organiza porque tem acompanhado ela desde o início, sabe como é que ta a pressão, sabe se é uma gravidez de risco, se não é, eu acho que isso já é humanizar [...] E vem da gestação, tem o neném e ele já é acompanhado por nós [...] (E15)

Percebemos um olhar ampliado do cirurgião-dentista, nesses relatos, tanto em relação ao indivíduo, visto aqui não somente como um dente a ser tratado, como também em relação ao processo de trabalho ocorrido no serviço de saúde. No sentido do sujeito ser visto de forma integral, Silva e Lopes (2008) afirmam que essa visão de inclusão “da boca no corpo” é importante também no sentido de fazer a odontologia responsável pela saúde geral do indivíduo, o que fica bem claro na declaração do entrevistado quinze. E quanto à inserção do cirurgião-dentista em outras ações ocorridas no CSF, percebemos que esse posicionamento dos profissionais, além de garantir uma maior aproximação com o usuário, melhorando a atenção prestada a esse, gera uma relação de confiança entre os dois.

Como afirmam Cord e Knupp (2008), o foco na atenção integral favorece o estabelecimento de relações interpessoais que estejam voltadas para o favorecimento das ações em saúde, a partir da compreensão do outro. Daí a importância do envolvimento e do compromisso do profissional tanto com a demanda apresentada pelo usuário como com a construção de uma relação promotora de vínculo e facilitadora do processo terapêutico. Isso só se faz possível, como citado pelos mesmos autores, a partir de uma visão mais ampla do processo saúde-doença que considere, no caso da odontologia, o indivíduo de uma forma integral e que compreenda a relação entre dentista e usuário instrumento fundamental na busca por uma maior qualidade na atenção.

Puccini e Cecílio (2004) corroboram com esta questão ao afirmarem que essa visão mais integral deve ser vista não apenas como fim das dicotomias existentes, mas principalmente como valorização e priorização da responsabilidade com a pessoa, com o devido reconhecimento da importância do encontro singular entre os indivíduos que participam do processo de produção da saúde. Para construção desse encontro, uma maior inserção do profissional tanto no centro de saúde quanto na comunidade, como já falamos, torna-se indispensável. É o dentista que sai de seu consultório e descobre novos espaços construtores de vínculo, transformando assim seu processo de trabalho, como já discutido antes.

Entretanto, cabe aqui deixar claro que não podemos afirmar também que todos os profissionais empenham-se na mudança dessa realidade a partir da transformação da sua prática e nem todos estão empenhados em ações que busquem a construção de um cuidado humanizado. No sentido da aproximação e da construção do vínculo entre profissional da saúde e usuário, Campos (2005) reconhece um embrutecimento ou burocratização das relações pessoais no SUS, o que pode ser constatado também através das observações feitas por alguns entrevistados:

alguns profissionais não estão ligados, estão pelo salário, não é pela saúde pública, não é pela paixão a saúde coletiva. Então, eles não têm esse vínculo, e a população sente isso, se distancia. Ele não procura fazer visita, ele não procura trabalhar com o grupo de gestantes, com o grupo de hipertensos e diabéticos, ele não procura ir para as escolas e fazer o levantamento de necessidades [...] A maioria dos dentistas não foram formados para esse tipo de trabalho [...] tem pessoas que nem para as escolas vão, colocam a ACD,

e fazem só aquela supervisão, não fazem aquele trabalho com as crianças [...] Agora tem profissionais sérios, que só de você falar eles até choram porque são apaixonados e tem profissionais que ficam só apáticos, vendo a coisa acontecer e esperando (E6)

Colegas também que não ajudam muito no trabalho, porque sabe que existe bons profissionais e maus profissionais, como tem boas pessoas e más pessoas. Dificulta porque acaba sujando um pouco o nome do que a gente tá fazendo, quem tá querendo fazer alguma coisa acaba sendo prejudicado também (E13)

Alguns dentistas, segundo os depoimentos acima, relatam uma alienação do trabalho por parte de certos profissionais que permanecem presos a mesma lógica de produção da saúde centrada na doença e não no sujeito e, como afirma o entrevistado seis, ao preferirem tomar uma atitude apática frente à realidade que clama por mudanças. De acordo com o pensamento de alguns autores já comentados (MERHY, 2004; CAMPOS, 2005; AYRES, 2005) temos que, em muitos momentos, a relação dialógica que deveria acontecer entre profissional da saúde e usuário é substituída por uma relação monológica e objetal a partir de uma leitura tecnocientífica, isto é, a relação, que deveria considerar a subjetividade dos dois lados envolvidos, passa a se dar entre um sujeito detentor das mais variadas técnicas – o profissional - e o objeto de intervenção de seus saberes e ações – o usuário. O autor alerta assim para a necessidade de interações, através das quais os dois pólos da relação usuário e profissional da saúde encontrem canais abertos para sua expressão enquanto sujeitos.

Concordamos com esse pensamento de Ayres (2005), ao identificar características dessa forma objetal e monológica na atitude de alguns cirurgiões-dentistas descritas anteriormente pelos entrevistados. A falta de envolvimento do profissional e sua ação ainda centrada sobre o foco da doença e do curativismo são boas expressões do que acabamos de relatar. Os próprios profissionais percebem isso uns nos outros e identificam esse problema como um daqueles que dificulta a execução das ações do PSF enquanto estratégia de mudança do modelo anterior. Quanto a essa questão, fala-se também da formação profissional como uma das responsáveis por tal situação e este realmente é um ponto importante, pois sabemos da marca deixada até os dias de hoje por uma escola biomédica, caracterizada pelo mecanicismo, pela fragmentação do conhecimento e excessiva especialização, além do individualismo que compreende o sujeito isolado de seu meio.

A gente, pelo menos a minha turma da faculdade, a gente foi muito ligado ao curativismo. Aos poucos é que a gente tá moldando a odontologia mais para a saúde pública (E6)

Botazzo (2008) nos coloca que, apesar das novas perspectivas pedagógicas buscadas pelo ensino de odontologia nos últimos tempos, o “núcleo duro” desta área do conhecimento não foi mexido, permanecendo ideias que se contrapõem ao SUS e aos ideais da Reforma Sanitária. A formação do cirurgião-dentista mantém-se presa a estrutura dentária como centro de tudo e caracterizada pelo mesmo adestramento técnico e consumo tecnológico de antes. Ou seja, o profissional na odontologia permanece o mesmo repetidor de procedimentos e técnicas pré-definidas e cristalizadas, sendo fortemente influenciado pelo mercado de equipamentos e materiais odontológicos e com pouca capacidade reflexiva sobre sua prática e sua responsabilidade social, o que, por sua vez, como ainda cita o autor, vem promover o que ele denomina de proselitismo do consultório particular.

Concordamos com a colocação de Botazzo (2008) e compreendemos ser esta forma de ensino odontológico um dos determinantes da prática do cirurgião-dentista que em muitos momentos não foi preparado para trabalhar no sistema público de saúde, mas sim na lógica privatista de atenção. Porém, não podemos ser tão radicais na afirmação de que esta influencia da formação profissional seja a única a interferir no processo de trabalho do dentista junto à atenção primária, por exemplo. Pois, como lembra Deslandes (2004, p. 12), “não se muda uma cultura de assistência unicamente com capacitações dirigidas aos profissionais”, faz-se necessário mudanças também na gestão, com o desenvolvimento de meios que permitam a democratização do poder e fortaleçam a comunicação.

Essa visão maior e mais integral da saúde, já relatada anteriormente, vai desembocar em ações interdisciplinares que devem considerar todos os saberes presentes na produção da saúde. Tais ações, estruturadas a partir de uma equipe multiprofissional, são destaque dentro da estratégia do PSF e promovem a comunicação e a interação entre os profissionais em torno da demanda do usuário, fazendo assim com que este mesmo usuário possa ser percebido como um todo e respeitado em sua dignidade, fato de grande importância quando pensamos na proposta

da humanização da saúde. Franco, Bueno e Merhy (1999) vão ainda afirmar que a interdisciplinaridade está intimamente relacionada à construção, mais uma vez, do vínculo entre a equipe de saúde e a população. Vínculo este que quando associado ao acolhimento leva ao reordenamento do processo de trabalho.

Então eu acho que o primeiro passo para humanizar isso são os profissionais estarem em sintonia, então a gente tem muita afinidade de médico, dentista, enfermeiro. Então a gente forma realmente uma equipe [...] Então, para essa humanização do atendimento, acho que o paciente se sente mais acolhido por ter uma equipe que se integre e que não faz ele tá toda hora procurando separadamente os atendimentos [...] eles sentem segurança de tá conversando comigo e saber que a enfermeira pensa como eu, me respalda, ou se tem alguma coisa contra, ela ajusta e vai conversar comigo. A gente tem essa proximidade e os pacientes sentem isso e sentem-se seguros, eu acho (E10)

Como aqui no posto, a gente almoça junto, alguns profissionais, então é um momento que a gente tem também de tá fazendo uma pequena reunião. Aí, a gente sempre debate sobre os casos para poder saber se o paciente tá tendo uma atenção integral, todos os atendimentos (E11)

O que eu acho é que tem que ter entrosamento, interdisciplinaridade e abertura com o médico, enfermeiro da sua equipe, você estar bem entrosado para poder compartilhar. Até mesmo porque você precisa porque, as vezes você tem um paciente que você nota que ta com algum problema e que tem que repassar para o médico, pro enfermeiro, ter esse companheirismo (E5)

Percebemos nessas falas, a compreensão por parte desses profissionais da importância de um trabalho interdisciplinar e a sua associação direta com uma atenção à saúde que vise à humanização. De acordo com isso, Botazzo (2008) ressalta ainda que quando o cirurgião-dentista resolve se comunicar com outros profissionais, numa comunicação que compreende uma conversa entre a clínica odontológica e outras clínicas e práticas em saúde, esse passa a entender melhor, enquanto profissional, seus limites de atuação sobre o seu objeto de ação, dentro do universo clínico do caso por inteiro. Fato que, por sua vez, leva o profissional a melhores resultados, em vista da integralidade no cuidado bucal.

Hoga (2004, p. 14) enriquece ainda essa discussão ao lembrar-nos que a assistência à saúde demanda a interdisciplinaridade, pois “nenhuma categoria profissional consegue contemplar a totalidade humana na vivência do processo saúde-doença”. Entretanto, quanto à essa atuação interdisciplinar, vale declarar também a pouca familiaridade do cirurgião-dentista com essa forma de processo de trabalho, isto é, um trabalho em equipe tendo em vista a integralidade (TEIXEIRA, 2008).

A odontologia por ser uma área detentora de práticas bem particularizadas, permaneceu, por muito tempo, isolada no consultório com um pensamento autônomo quanto a outras especialidades. A dificuldade de comunicação deve-se também, segundo Teixeira (2008) ao tradicional desenho de organização do serviço de saúde instaurado pelo modelo biomédico e que tem o médico como agente central de todo o processo de trabalho. Sendo assim, a prática odontológica, por não se realizar de forma dependente da atuação do médico, acabou por se isolar e hoje enfrenta dificuldades no que diz respeito a ultrapassar as barreiras existentes entre ela e as outras especialidades da saúde. Essa realidade, historicamente construída, tem se transformado aos poucos com a estratégia do PSF, mas ainda de uma forma considerada, por nós, tímida.

O PSF, em Fortaleza, conta com espaços específicos que buscam facilitar essa interdisciplinaridade como as rodas⁴, espaço onde há uma maior possibilidade de integração entre profissionais e uma maior informação, por parte destes, sobre o funcionamento e os problemas do CSF. O método da roda constitui-se, segundo Campos (2007), em um método de apoio a co-gestão, ou seja, importante instrumento para a realização de uma gestão partilhada. Constitui-se em um método que apoia a construção de espaços coletivos, através dos quais, todo o grupo, composto pelos sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde, bem como pelo próprio usuário, deve participar das discussões e decisões a respeito dos problemas existentes.

Porém, o que constatamos é que essas rodas, em alguns CSFs, ainda não acontecem com regularidade, realizando-se somente uma vez por mês.

Porque, antigamente, a roda era uma coisa que não existia e eles estão voltando muito à questão da roda que é importante até para o funcionário da limpeza, pro pessoal do SAME porque, às vezes, o pessoal do SAME sabe da marcação, mas não sabe o que é que tem aqui, não sabe o tipo de trabalho, quer dizer, o pessoal chega pedindo uma orientação, aí eles: “ah, procure fulano de tal” (E12)

[...] A gente tá até um pouco assim sem ter. Nossa coordenadora estava está de licença maternidade, ela voltou ontem à unidade. Nós fazíamos assim, reuniões de profissionais, mas abrir mais pra comunidade, nós não estávamos tendo com uma frequência normal não. Aí agora, como ela voltou, ela tá querendo chamar de novo, fazer essas reuniões de roda e tá chamando o conselho de saúde local para tá participando (E11)

⁴ O método da roda constitui-se em uma escolha da atual gestão tendo em vista promover o desenvolvimento da gestão participativa.

Embora não possamos, com este trabalho, aferir a real contribuição que esse instrumento tem trazido para a melhoria do processo de trabalho dos profissionais no PSF, por esse ponto não ser contemplado nos objetivos dessa pesquisa, ousamos, entretanto, questionar por que a sistemática das rodas não ocorre com a mesma frequência em todos os centros de saúde, mas parece depender da forma particular de organização de cada CSF. Entende-se que esse poderia ser um importante espaço utilizado para melhor se trabalhar o diálogo entre a equipe e onde poderiam ser realizadas reflexões sobre várias questões como a sensibilização do profissional para a construção de uma nova prática usuário-centrada, considerando tanto a busca pela integralidade das ações como também a utilização das tecnologias leves no desenvolvimento do processo terapêutico.

Outro importante ponto abordado pela PNH e que discutiremos por fim nesta seção será a humanização das condições de trabalho do profissional cirurgião-dentista, já que sem elas este profissional não conseguirá, por sua vez, agir de modo a construir uma atenção humanizada ao usuário. A PNH aponta para a realização de atividades de valorização e cuidado dos trabalhadores de saúde, reconhecendo que atualmente existe uma situação de desvalorização vivenciada pelos profissionais, bem como de uma precarização das relações de trabalho presentes na história no serviço público brasileiro (BRASIL, 2008a). Esses fatores apresentam-se como consequências da adoção do projeto neoliberal e da reestruturação produtiva do capital que tem impactado também nos espaços estatais.

Deslandes (2007), que antes nos falou sobre a banalização do sofrimento do usuário, ainda identifica esta banalização também presente na realidade atual do sistema em relação ao sofrimento do profissional da saúde, devido a vários fatores, como más condições de trabalho, relações tensas no serviço tanto com a chefia como com outros sujeitos envolvidos na assistência e a sobrecarga de trabalho entre outras questões. Acrescentaríamos também a pressão sofrida por este sujeito devido aos problemas próprios do sistema de saúde.

Sabemos que as dificuldades enfrentadas ainda hoje pelo SUS geram conflitos e situações de tensão principalmente para aqueles que se encontram na ponta

do sistema, como é o caso do profissional de saúde. Este, muitas vezes, vê-se tendo que dar respostas ao usuário que fogem de sua capacidade resolutiva, pois são situações que se referem a organização do sistema de saúde em geral, como questões referentes a gestão e ao financiamento. Sendo assim, é para o profissional que, na maior parte das vezes, converge a maioria dos conflitos existentes no serviço, provenientes do descontentamento do usuário em relação aos grandes e persistentes problemas do sistema. Esta situação, com certeza, transforma-se em fonte de desgaste emocional para esse profissional, agente importante nesse processo de produção da saúde. Compreendemos assim que sua voz precisa ser ouvida além de que mudanças reais no serviço precisam também ser pensadas no sentido de oferecer ao profissional melhores condições de trabalho, tanto em termos de estrutura física para realização de suas funções, como também de organização de sua prática.

Neste último sentido referente à organização do processo de trabalho do cirurgião-dentista, entretanto, embora persistam grandes desafios, parece-nos que a proposta do PSF tem, aos poucos, provocado algumas mudanças nas condições de trabalho deste profissional a partir de sua proposta de reorganização da saúde bucal na atenção primária. Uma dessas mudanças se refere à aproximação e ao vínculo construído com a comunidade, o que parece ter refletido em uma melhor condição de trabalho para o cirurgião-dentista apesar dos limites ainda existentes no sistema. Isso se encontra presente na fala de um dos entrevistados que expressa sua satisfação em relação ao seu lugar de trabalho e ao vínculo já existente com a população:

Eu adoro esse posto. Eu já trabalhei em outros postos. Sempre você tem um lugar que lhe atrai. O que eu mais gosto aqui é a interação das equipes. Toda vida que eu chego aqui, eu sinto que tem vida. Tem lugar que a gente chega e que não sente vida e aqui a gente sente. Aquele calor humano, sabe aquele lugar que você gosta de vir trabalhar, eu gosto daqui. Eu gosto do trabalho, eu gosto da população (E6)

Neste sentido, Cord e Knupp (2008) afirmam que um fator de grande importância e influência no que diz respeito às condições de trabalho do profissional da saúde são as relações que este vai construindo durante sua prática. Relações que são criadas pela própria organização do trabalho durante o processo de produção da saúde, devendo ser então foco de atenção por parte da gestão. Outros pontos também de

necessária atenção, segundo os autores, dizem respeito aos aspectos organizacionais vinculados ao planejamento, à estruturação e a execução do trabalho. Entram aqui, então, as discussões, já comentadas, sobre a pressão sofrida no exercício da profissão e que sabemos ser agravada muitas vezes por situações adversas do sistema público de saúde, além da existência ou não da participação do sujeito no processo de planejamento e de seu ritmo de trabalho. Este fato encontra-se bem refletido na fala do entrevistado onze, quando ele relata uma das maiores dificuldades hoje do PSF, já citada, que é a questão da falta de cobertura da assistência e da tensão gerada a partir daí:

[...] Não sei como porque, pelos números, é interessante o secretário dizer “olha, antes a cobertura era de 15%, agora é de 50%”. É, melhorou bastante, mas a comunidade não quer saber disso, todos querem ser atendidos. Então, a gente que tá aqui na prática, no posto de saúde, vê que tem que dá cobertura de 100% (E11)

[...] às vezes é muito cobrado, nosso trabalho é muito cobrado tem seus problemas, mas às vezes parece que fica descontando na gente, como se o problema fosse o profissional (E13)

O profissional sofre a pressão da desorganização do serviço que ainda não se encontra preparado para atender a demanda existente. Pela fala do entrevistado onze, percebemos que é apresentada à população uma ideia que nem sempre corresponde as reais condições de concretização na realidade dos CSFs, ficando a cargo do profissional, que se encontra na ponta do sistema, administrar da melhor forma possível essa situação. Situação essa, com certeza, desgastante para esse sujeito que também necessita de uma atenção maior por parte do sistema.

Diante de toda essa realidade apresentada até aqui, algumas ações têm sido postas em prática, mas sabemos que esse é um processo lento, por se tratar de uma mudança na concepção de todos os agentes envolvidos. No caso da odontologia, que por muito tempo se encontrou a margem da saúde pública, percebemos ainda mais essa lentidão no que se refere a alguns pontos, como acesso, estrutura física compatível com o trabalho a ser realizado, inserção do profissional na comunidade e na realização de um trabalho interdisciplinar, além da própria conscientização do profissional a respeito de sua responsabilidade social como agente transformador da realidade atual.

A gente queria que fosse uma coisa mais rápida porque a odontologia sempre caminhou mais devagar [...] Aos poucos é que a gente tá moldando a odontologia mais para a

saúde pública. Eu sinto que a humanização, essa coisa na odontologia, Ela tá mais lenta, mas está caminhando, está melhorando (E6)

Boa parte das mudanças, referidas pelo profissional acima, têm sido implementadas com a proposta trazida pelo PSF e a inserção das ESBs nesta estratégia. Um novo espaço de práticas tem se delineado para o cirurgião-dentista, através do qual, esse tem se aproximado mais da realidade do usuário e da comunidade. Mudanças em seu processo de trabalho, que por muito tempo esteve mais centrado no consultório, já tem ocorrido, porém os desafios ainda são grandes no sentido da humanização do cuidado em saúde bucal.

Como já referido, a própria proposta do SUS foi considerada uma forma de humanizar a saúde na época da reforma sanitária, mas com o passar do tempo novos desafios se fazem presentes e novas formas de pensá-los são discutidas. Grande importância tem, por sua vez, os debates sobre a humanização da assistência ao (re)colocar o ser humano como centro desse processo. Percebemos a necessidade da busca crescente por esse aspecto humanístico próprio da saúde, esta área da ciência que não consegue se desenvolver longe do homem, já que para este deve estar diretamente voltada.

4.3. Discussões sobre o acolhimento e o vínculo para a humanização da atenção em saúde bucal

Nesta discussão, centrar-nos-emos no acolhimento e no vínculo, tecnologias leves ou relacionais de grande importância em todo o processo de trabalho em saúde. Tais tecnologias, como já comentado, estão presentes no espaço intercessor existente em todo encontro entre um profissional da saúde e um usuário do sistema. Começaremos pelo acolhimento, discutindo logo após o vínculo, no sentido de nos aprofundarmos em como estes tem sido construídos entre os dois sujeitos citados, dentro da estratégia do PSF de Fortaleza.

Sendo assim, encontramos-nos com o acolhimento, em todas as entrevistas analisadas, sendo identificado com, pelo menos, um dos sentidos discutidos até aqui pelos documentos da PNH, isto é, ora como uma postura ou atitude de escuta e de diálogo entre profissional e usuário, sentido que o remete a sua posição enquanto diretriz dessa política, e ora como apenas uma primeira etapa do processo de trabalho, associada à recepção administrativa ou à triagem administrativa e a encaminhamentos necessários. Porém, fica também claro, que na maioria das entrevistas analisada, isto é, em treze das dezesseis entrevistas, a definição que primeiro surge e que prevalece na fala do cirurgião-dentista, é a do acolhimento como uma etapa do processo de trabalho, geralmente reconhecida como ação de triagem ou classificação de risco, além do próprio agendamento, como referido nesses depoimentos:

a gente faz essa triagem no dia da marcação, é o que a gente chama de acolhimento [...] as pessoas que estão aqui para marcar, a gente faz o acolhimento, vendo quem tá necessitando mais (E3)

Quando a pessoa não consegue atendimento naquele dia, a gente avalia o grau de necessidade e deixa pro outro dia [...] a gente tenta priorizar, quando olha, a gente faz aquele levantamento de necessidade rápido. Você vê que aquilo ali, vamos supor, é uma necessidade grau um, uma necessidade grande, então a gente prioriza aquele paciente para aquele dia (E6)

Acolhimento como triagem, como avaliação de risco, como agendamento de uma consulta que a pessoa possa esperar e não precisa ser pra hoje (E10)

Então, no final das contas acaba sendo mesmo uma triagem, quem vai ser atendido e quem não vai, existe até prioridade para isso (E13)

A partir dessas falas, compreendemos que há, de uma forma geral, um esvaziamento ou empobrecimento do sentido mais amplo do que seja acolhimento por parte dos profissionais entrevistados, que centram suas respostas em apenas um dos aspectos do acolhimento enquanto dispositivo técnico assistencial de organização do processo de trabalho. Fica ainda bem caracterizado, através da fala do entrevistado seis, o caráter de rapidez do exame realizado para a classificação de risco e, na fala do entrevistado treze, o caráter excludente que esta prática muitas vezes assume. Estes fatos encontram ressonância na citação de Teixeira (2003, p. 98) ao afirmar, sobre o acolhimento, que:

As soluções práticas que temos conhecido ultimamente para a questão do acolhimento na atenção primária, principalmente em unidade de PSF, tendem a concebê-la como uma atividade particularizada, que realizaria a combinação de alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde (recepção, triagem, acesso). Em muitos casos, tende a sofrer deslocamentos (acesso, porta de entrada, pronto-atendimento), que vão até o limite de esvaziá-la de significado próprio, sendo apenas um nome novo para uma velha atividade.

Concordamos com o autor, acima referenciado, e percebemos que esta crítica já apresenta também reflexos na fala de alguns profissionais cirurgiões-dentistas que, por possuírem uma visão mais ampla sobre o conceito de acolhimento, nos mostram a necessidade de uma mudança que centre a prática de produção da saúde nas necessidades do usuário enquanto sujeito desse processo, identificando a escuta como fundamental no acolhimento:

Com relação à unidade atual, eu vejo uma dificuldade muito grande no entendimento de acolhimento. Porque assim, o que é que a gente vê, inclusive por enfermeiros, por médicos, que pensam muito o acolhimento como sendo uma triagem [...] Na minha cabeça não é entendido o que é acolhimento (E7)

Às vezes, a pessoa tá tão assim com o trabalho que não escuta a queixa do paciente, quer logo mandar embora e eu acho que assim o mais difícil aqui no posto, para alguns funcionários é a escuta.. O que ainda existe um pouco é classificação de risco, eu acho que a escuta é que tá mais falha que é o que eu acho que é a questão da humanização [...] tem alguns funcionários que realmente não escutam, tão nem aí, é aquele negócio de medir pressão, como eles chamam, aferir pressão e acham que isso é acolhimento e mandar para o médico e o enfermeiro (E12)

Vale lembrar ainda, neste ponto da discussão, a diferença entre triagem, tantas vezes presente na fala dos cirurgiões-dentistas, e a técnica de avaliação com classificação de risco propriamente dita e recomendada como dispositivo da PNH. No acolhimento com avaliação de risco, recomenda-se a avaliação do grau de sofrimento do usuário que chega ao sistema de saúde, considerando neste sofrimento tanto a vertente física como a psíquica, pois o usuário pode chegar andando e aparentar um bem estar físico, mas encontrar-se altamente abalado emocionalmente, necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade. Posterior a essa avaliação, segue-se a consequente identificação daqueles usuários que necessitam de algum tipo de tratamento imediato, com a priorização destes em relação à assistência ou o seu encaminhamento a outros níveis de atenção ou a outros serviços quando necessário. Essa forma de acolhimento com classificação de risco implica então a necessidade de

uma escuta qualificada das queixas e sofrimentos trazidos pelo usuário, além da busca por uma responsabilização e resolutividade dos problemas apresentados por este, o que, por sua vez, marcará também a humanização da relação construída entre ele o profissional de saúde (BRASIL, 2004d):

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira exerce-se uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos. (BRASIL, 2004d, p. 16-17)

Merhy (1997, p. 138) vai acrescentar a essa discussão sobre o conceito de triagem e classificação de risco a seguinte afirmação em relação a porta de entrada do sistema: “a função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento e, sim, responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e em nossas relações”. Isto é, diferente da triagem, que traz a ideia apenas de uma seleção, escolha (SACCONI, 1996) de quem vai ou não ser atendido de acordo com algum critério pré-estabelecido.

No acolhimento enquanto tecnologia da avaliação com classificação de risco, todos os usuários que procuram o serviço de saúde por demanda espontânea devem ter uma resposta de acordo com sua necessidade e com a oferta de serviço disponível, sendo, quando necessário, encaminhado a outro nível de atenção. É o que se refere o documento “Acolhimento nas práticas de produção de saúde” quando fala da necessária pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço de saúde, com a devida responsabilização com aquilo que não se pode resolver de imediato (BRASIL, 2008b).

Essa é assim outra observação que fazemos diante das falas dos entrevistados que, além de salientar de forma predominante o acolhimento como apenas uma técnica de avaliação de risco, referem-se a esta última, na maior parte das vezes, como triagem, o que diminui seu conceito e empobrece ainda mais o sentido do acolhimento até mesmo como dispositivo dentro da PNH. Isso pode ser um reflexo das práticas tradicionais, que tinham na triagem um dispositivo de seleção dos que seriam

atendidos, como também dos problemas existentes na rede de referência entre os níveis de atenção, pois essa responsabilização necessária com as demandas do usuário muitas vezes esbarra nos entraves existentes no próprio sistema como a questão da falta de vagas nos CEOs.

Essa realidade, presente no dia a dia dos CSFs, acaba, em muitos momentos, por conceder um caráter realmente de seleção à técnica de classificação de risco, ou seja, são escolhidos aqueles casos para os quais o serviço pode dar uma resposta, sendo encaminhados, sem esperança de retorno, aqueles que necessitam de uma atenção mais especializada. Prática essa que se apresenta como excludente e que talvez reforce, na fala de alguns entrevistados, o sentido da triagem.

Contudo, apesar dessa realidade, podemos dizer que hoje o acolhimento, enquanto ferramenta tecnológica de intervenção, pautado em uma busca pela universalidade do acesso e na avaliação de risco com definição de prioridades, já representa um grande avanço, no sentido da humanização da atenção. Quando voltamos um pouco na história e encontramos, na maior parte dos antigos postos de saúde, a situação do acesso organizado burocraticamente a partir das filas por ordem de chegada que privilegiavam não aqueles que necessitavam, de forma mais urgente, de assistência, mas os que se mostravam mais resistentes ou aqueles que conseguiam comprar uma ficha. Isto é, nessa lógica antiga ficava mais caracterizada ainda a questão da exclusão presente, em muitos momentos, nas práticas em saúde e que busca ser superada atualmente com a PNH:

Quem trabalhava antes de quando começou o acolhimento, era briga no céu, então todo mundo chegava e quem chegava mais cedo, tinha aquela velha história, de pedra, de venda de ficha, de tudo [...] Aí, quem chegava de madrugada, quem acordava 7h, era quem tava na frente e então pegava as primeiras vagas e o resto ficava para depois. Aí nunca tinha vaga para ninguém, a agenda sempre cheia, e assim não, a gente procura organizar tempo para aquela semana. Você vai na segunda, se o caso tiver grave, é agendado na segunda, se não é, fica pro final da semana (E1)

Essa realidade tem sido transformada a partir de algumas mudanças nas práticas em saúde, destacando entre elas essa nova forma de organização da porta de entrada que dá acesso ao usuário em relação ao sistema, neste caso, na atenção primária. Porém, deparamo-nos aqui também com o fato do acolhimento, enquanto técnica de avaliação e classificação de risco, representar uma prática bastante nova

dentro do SUS e que, como tal, ainda não conseguiu se organizar em todos os CSFs da mesma forma, gerando certos pontos de tensão e necessitando ainda de alguns ajustes, como presente na fala de alguns entrevistados:

O acolhimento aqui vai engatinhando. Começou a cerca de um mês só, ele não era estabelecido [...] Ainda tá sendo meio tumultuado porque tá no começo, então ainda tá meio tumultuado [...] toda semana é feito um ajuste como ele tá engatinhando, então, toda semana é feito um ajuste. Ah, vamos fazer toda a marcação passar pelo acolhimento, não, não vão. Não dá certo uma estratégia, a gente muda e faz outra (E10)

E, nesse posto não tem acolhimento porque a população dele é gigantesca, são quase 100.000 habitantes e se tu vier aqui de manhã é lotado, não tem como fazer atendimento de jeito nenhum. A gente tá querendo fazer, mas não viu direito como é porque é muita gente (E5)

Nós, do PSF, a gente tava funcionando com a lista de espera, mas sem critério de prioridade, então o paciente que era da área, agente pegava e colocava no caderninho, só que a gente tá tentando implantar exatamente isso, marcar um dia para eles serem examinados para a gente poder estar podendo ver o que dá para resolver. Pro paciente de urgência não ter que esperar tanto tempo para ser atendido e o paciente que necessite de um tratamento que possa esperar [...] A gente tá pretendendo implantar isso logo, logo (E9)

A gente quer mudar a metodologia agora do acolhimento [...] A nossa marcação de consulta está um pouco estressante para nós profissionais. A gente tá vendo possibilidade de mudança. Como está, ficava muito bom para os pacientes, mas para nós não [...] A triagem toma muito tempo porque você examina 30 pessoas numa manha e ali você explica as coisas, você termina umas nove, nove e meia e, depois, ainda tem os pacientes para atender [...] E aí, com a mudança que a gente quer fazer, a gente quer tirar esse acolhimento diário (E15)

Vemos assim algumas dificuldades que tem impedido, até certo ponto, a técnica do acolhimento com classificação de risco se implantar em alguns CSFs, como, por exemplo, a grande demanda e a própria técnica em si que precisa ser adaptada a cada realidade. Como referido na última fala do entrevistado quinze, por encontrar-se ainda em fase inicial, esse processo de acolhimento, em determinados centros de saúde, tem gerado ruídos que se manifestam no meio da relação entre o profissional e o usuário. Para melhor nos aprofundarmos neste aspecto, segue a descrição do problema apresentado por este mesmo entrevistado:

O problema era o que, a gente tinha que dar muitos não e isso era desgastante para a gente, a comunidade se chateava com a gente. Ela não entendia que a gente queria priorizar os mais necessitados, fazendo aquele exame, mas a população não entende isso [...] Então a gente tá vendo uma possibilidade de mudança, de melhorar porque a gente se chateava porque tinha que dá muitos não. Os pacientes se chateavam porque recebiam muitos não [...] Você dar quinze não por dia, a pessoa fica com raiva de você porque você vai priorizar; E sempre tinha duas vagas, a gente acabava colocando mais um

porque via a necessidade, aí lá vai a consciência da gente querendo colocar quem precisa, e agente se sufocava e corria [...]a gente corria porque tinha a triagem e aí ainda tinha que atender, no final, ainda tinha as medicações (E15)

Vemos, portanto, através da fala desse cirurgião-dentista, que a organização do processo de trabalho, utilizando-se do dispositivo do acolhimento diário, no CSF do qual esse profissional faz parte, gerou uma sobrecarga de trabalho para os profissionais de odontologia, já que estes precisavam dar conta dos usuários agendados, das urgências e, um deles também precisava, além do que já foi descrito, realizar o exame para avaliar a classificação de risco nos usuários que chegavam todos os dias em busca de atendimento no CSF.

Vale salientar que o processo de acolhimento encontra-se organizado de diferentes formas em outros CSFs, sendo, porém, comum este tipo de organização descrito pelo entrevistado quinze, em boa parte deles. O que acontece, neste caso específico e de acordo com o dentista, é resultado de uma grande demanda existente neste centro de saúde. Tal problema tornou-se responsável, segundo o entrevistado, pela existência de uma forte linha de tensão entre estes profissionais e os usuários, dificultando a relação entre ambos. Outro ponto destacado ainda pelo entrevistado quinze é a insatisfação do usuário com o processo de trabalho e organização da demanda realizada pela equipe.

Tal situação é comentada no documento “Acolhimento com classificação de risco” da PNH (BRASIL, 2004d) quando esse se refere aos questionamentos que podem surgir por usuários que se sentiriam prejudicados dentro dessa lógica de organização do sistema que busca dar prioridade a quem apresenta uma maior classificação de risco. Como solução para esse problema, o documento aponta que deve haver a explicação desse dispositivo para os usuários na sala de espera, ou seja, ele prevê a utilização do próprio dispositivo como solução já que esta técnica deve lançar mão da escuta e do diálogo com o usuário, na tentativa de fazê-lo compreender a nova proposta de organização da demanda.

Entretanto, entendemos que nem mesmo a adoção desta postura de escuta e diálogo vai ser suficiente em alguns casos, já que este mesmo usuário, quando chega ao serviço, vem fragilizado tanto devido ao processo de adoecimento, quanto às dificuldades provenientes do contexto social em que vive, trazendo assim necessidades

e anseios que nem sempre são compreendidos em totalidade pelo profissional de saúde, tendo em vista que este também possui seus próprios anseios e necessidades (MERHY, 2004). Em outros momentos, também é necessário entender que esses ruídos provenientes dos momentos de tensão vividos por profissionais e usuários são pistas importantes a respeito de como se encontra organizado o processo de trabalho em saúde, não devendo assim ser silenciados, mas sim avaliados para que novos rumos possam ser pensados, lembrando ainda que a solução nem sempre é simples e, em diversos momentos, escapa à capacidade do profissional de resolver o problema, pois este, em várias situações, corresponde às dificuldades e desafios estruturais do próprio sistema de saúde, como já comentamos em outro momento da presente pesquisa.

Como cita Merhy (2004), esses processos ruidosos que surgem nos serviços de saúde operam então em busca de novos caminhos, como linhas de fuga do que se encontra estabelecido. Para o autor, o espaço intercessor estabelecido na relação entre profissional da saúde e usuário será sempre um espaço de vozes e escutas desses dois instituintes presente neste processo. Isto é, caso o modelo assistencial não permita a expressão de um desses sujeitos, sempre aparecerá, de alguma forma, certos ruídos, representados tantas vezes por fissuras ou disfunções no processo de trabalho que devem ser percebidas pelo profissional e pelos gestores, abrindo possibilidades de uma nova forma de gerir e operar o trabalho em saúde.

Voltando então ao discurso do Governo, presente no documento da PNH sobre acolhimento com classificação de risco (BRASIL, 2004d), em relação ao fato já relatado anteriormente acerca da utilização do próprio dispositivo do acolhimento como instrumento para resolver as situações de tensão existentes no serviço, precisamos tomar cuidado somente para que esse dispositivo venha a atuar apenas como meio de escuta e diálogo entre os sujeitos, mas não como instrumento silenciador de uma situação que requer mudanças. O profissional também não deve querer exercer o papel de “disciplinador” de certas condutas dos usuários, mas deve sim tomar consciência dos desafios existentes e de seu importante papel como transformador dessa realidade.

Na fala do entrevistado quinze, percebemos ainda o que já foi comentado em outro momento da pesquisa, o fato da grande sobrecarga de tensão que recai sobre

o profissional de saúde que se encontra na ponta do sistema, no lugar onde ocorre o encontro direto com o usuário, recebendo deste todas as suas queixas. Porém, é importante lembrar que os problemas apresentados pelo usuário não se apresentam como reflexo somente de falhas na organização do acolhimento, por exemplo, mas também trazem em si toda uma carga de insatisfação do sujeito em relação a todo um conjunto de injustiças sofridas por ele em relação ao sistema, até mesmo como memória de experiências anteriores. O profissional acaba por se tornar o ponto de encontro de toda essa tensão proveniente dos conflitos existentes no serviço de saúde e que vão além da própria organização da demanda, passando por questões como má administração, necessidade de uma maior quantidade de recursos a serem investidos, ampliação do acesso, entre outros. Tudo isso converge para ele que acaba sendo obrigado a se responsabilizar por um problema que exige um olhar bem mais amplo sobre o sistema de saúde.

Com base nessa análise e no que Merhy relata anteriormente, compreendemos então que se faz necessário uma contínua avaliação e reflexão a respeito do processo de produção da saúde, permitindo a escuta e uma profunda compreensão dos ruídos surgidos neste período provenientes tanto da parte dos profissionais, como também dos usuários. Lembrando ainda que tal escuta e compreensão, em muitos momentos, apontará como saída mudanças na realidade. É o que também vemos exemplificado na fala do mesmo entrevistado quinze, quando, apesar da tentativa, por parte dos profissionais, de explicar o processo de acolhimento aos usuários que chegam ao CSF, não parece ter havido um retorno positivo por parte destes mesmos usuários que continuaram reclamando do serviço, além das próprias reclamações advindas dos profissionais que demonstram já não aguentarem mais tal situação.

Diante de tal fato, foi pensado um caminho para mudança dessa realidade, uma nova forma de acolhimento por parte destes profissionais. Entretanto, não percebemos na fala do entrevistado que tenha havido uma avaliação mais profunda a respeito das reais causas geradoras dessa situação, o que seria de suma importância, mas as mudanças parecem provir mais do desconforto produzido por esta.

Diante dessa realidade, lembramos também do que afirma Santos (2005) quando diz que o que é imprescindível não é a resolução de todos os problemas apresentados pelo usuário, até porque isso se trataria de algo impraticável, mas sim a co-responsabilização e a procura do melhor cuidado por parte do profissional. Merhy (2007b) corrobora também com esse pensamento ao falar da diferença entre uma simples recusa e a negação dentro de uma lógica acolhedora e assistencial, que deve ser aberta a escuta, a troca de informações, ao reconhecimento dos direitos e necessidades dos sujeitos e a intervenções eficazes em torno das necessidades reais do usuário. O pensamento destes dois autores é percebido na fala do entrevistado quatro quando este explica que há várias formas diferentes de se negar algo e que o mais importante é buscar dar uma resposta, seja qual for, a necessidade do usuário. Esta questão da resolutividade também é encontrada na fala dos entrevistados nove e onze, como objetivo da ação do acolhimento:

a população deste posto é muito grande, a gente dá muitos “nãos”, então, assim, eu fui aprendendo com o tempo que é muito melhor tentar dar um “não”, mas um não que não é propriamente um “não”, tentar encaminhar ou tentar dar uma resposta depois (E4)

Paciente chega, a gente vai examinar, ver as necessidades dele pra poder dar uma melhor resposta com o menor tempo possível (E9)

[...] elas já vêm a possibilidade, por exemplo, se for um caso urgente e se a agenda do médico já tiver lotada, elas encaixam como extra. Ai, quando é um caso pra nós dentistas, elas já mandam um papelzinho, tenta conversar com a gente [...]. O que a gente não consegue resolver, a gente indica a pessoa mais correta para resolver, a gente não fica rodando aqui feito barata tonta não [...](E11)

Isto é, percebemos aqui claramente a importância da responsabilização do profissional cirurgião-dentista com a necessidade apresentada pelo usuário, buscando assim uma resolutividade ao seu problema, fato que parece ser um facilitador da relação entre ambos neste caso. Diante disso, confirmamos mais uma vez a necessidade do acolhimento ser entendido para além da sua função enquanto dispositivo de classificação de risco, sendo capaz também de fazer um reconhecimento das sinuosidades tensionais, presente nos vários momentos de encontro entre os profissionais da saúde e os usuários, procurando estabelecer novas comunicações que, por sua vez, sejam capazes de produzir técnicas terapêuticas centradas no sujeito que demanda por um cuidado. Isto é, o uso das tecnologias leves ou relacionais, das quais o acolhimento faz parte, pode vir a ser o grande diferencial quando não se tem

condições e estruturas físicas adequadas (SANTOS, 2005). É importante ainda lembrar que para a concretização dessa ideia se faz necessário:

Ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes em atributos e habilidades relacionais de escuta qualificada, de modo a estabelecer interação humanizada, cidadã e solidária com usuários, familiares e comunidade (BRASIL, 2008b)

No sentido de qualificação desta escuta e aplicação da classificação de risco, foram realizados alguns cursos de capacitação no que se refere à PNH, enfocando-se a questão do acolhimento. Estes cursos foram promovidos pela prefeitura de Fortaleza, iniciando-se com o Curso de Extensão Universitária Fortaleza HumanizaSUS, realizado em duas etapas. A primeira, em 2005, com a participação de cerca de 5.000 trabalhadores da saúde, com carga horária de 40h, no sentido de sensibilização destes trabalhadores para a implantação da PNH e a segunda, em 2006, de 40h, realizou-se com um grupo menor de 40 trabalhadores no intuito de formar facilitadores que pudessem dar continuidade aos cursos nas unidades de saúde. Após essas duas etapas, aconteceram algumas oficinas sobre o acolhimento nas regionais que compõem o município de Fortaleza, além de outros encontros realizados em alguns centros de saúde. Este dado também se encontra presente na fala dos entrevistados:

Eles (os cursos) falam muito no acolhimento, em relação a humanização. Teve curso de acolhimento. Veio uma equipe aqui para trazer o acolhimento para cá, então foi feito em todas as unidades, para mostrar o que é o acolhimento, que tem que tratar bem, tarara, tarara, essas coisas todas. Foi feito e é batido muito nessa tecla do acolhimento. E o acolhimento é toda hora (E15)

Percebemos, através desses exemplos que a visão mais ampla do acolhimento, como diretriz que deve estar presente em todos os momentos dos processos de saúde e que se encontra expressa no discurso oficial do governo através dos documentos lançados sobre a PNH, também se faz presente nos cursos de capacitação oferecidos. Entretanto, ao mesmo tempo, apresenta-se aqui como um discurso que parece ser cansativo para o entrevistado quinze, dada a forma como ele se refere ao assunto.

Diante disso, questionamo-nos como tem se dado a abordagem do acolhimento nestes cursos de capacitação. Se ela tem conseguido motivar o

profissional para uma nova postura e a atitude de acolhimento dentro de sua prática diária ou apenas o treinado para a realização de procedimentos pré-estabelecidos para a classificação de risco. Não poderemos aqui, entretanto, fazer uma análise do conteúdo destes cursos, nem da forma que têm sido ministrados tais conteúdos, pois isto não faz parte dos objetivos do presente trabalho, ficando este questionamento como uma proposta de investigação futura. Mas, contudo, concluímos que é um fato real a questão do acolhimento ser visto de forma privilegiada, pelos entrevistados, como uma técnica de organização da demanda a partir da classificação de risco.

Sendo assim, apoiados pelos documentos do próprio Ministério da Saúde que tratam sobre o acolhimento (BRASIL, 2004d; BRASIL 2008b) e que, em determinados momentos, abordam o seu caráter sistemático enquanto técnica integrante de uma etapa dentro do processo de trabalho em saúde, concluímos que provavelmente seja essa necessidade de sistematização de atividades para sua concretização que induza com que esta visão acabe tomando um lugar privilegiado, se não no discurso dos agentes capacitadores, mas na prática do trabalhador que precisa efetivá-lo no CSF junto ao usuário. Isto é, pela preocupação do cirurgião-dentista em apreender esse processo e por este mesmo processo se referir a um dos pontos de maior conflito dentro do CSF, associado diretamente ao acesso do usuário ao serviço de saúde, este profissional acaba por centrar suas colocações e atenções no conceito restrito do acolhimento como classificação de risco, etapa do processo de trabalho que, embora de suma importância, reduz o conceito de acolhimento enquanto uma importante diretriz desta política de humanização da saúde.

Nos grupos e rodas, também há reflexos dessa realidade, já que os assuntos destes acabam girando em torno das dificuldades mais visíveis da prática de cada centro de saúde e, quando conversado sobre o acolhimento, este se refere, na maior parte das vezes, à organização da demanda, como citado pelos próprios profissionais. Dessa forma, compreendemos como esquecida a discussão sobre essa postura e atitude de acolhimento, que são como uma espinha dorsal a perpassar todos os momentos e as situações mais diferentes dentro da prática em saúde, e sobre a humanização dessa

mesma prática como um objetivo almejado por todos que reconhecem a saúde como um direito de cada cidadão.

Para Santos *et al.* (2007), não existe acolhimento sem diálogo, escuta, envolvimento com a queixa do outro e devida responsabilização com seu problema, já que este deve ser entendido, segundo os autores, como ações comunicacionais de escuta da população que chega ao serviço, com capacidade de dar respostas a cada demanda durante todo o percurso da busca.

É importante também deixar claro que essa concepção mais ampla já se encontra presente na fala de alguns profissionais, mesmo daqueles que privilegiaram a concepção do acolhimento como etapa do processo de trabalho:

A gente sempre tá a disposição do paciente no corredor mesmo, o que ele tá precisando, uma informação sobre farmácia, sobre marcação, sobre fila de espera [...] Aqui ,no atendimento mesmo, a gente tem procurado escutar o paciente, conversa, tanto que a gente já conhece, principalmente paciente que tá vindo de retorno, a gente já sabe, já pergunta se tá tomando o remédio, se a pressão tá controlada, se tá fazendo o tratamento médico direitinho, então a gente conhece (E7)

Eu acho que o povo é muito sofrido, já vem pra cá com um monte de problemas, aí a gente vê que o atendimento não é só cadeira e procedimento, não, mas muitas vezes é você ter uma conversa com o paciente [...] Eles, às vezes, precisam mais de uma conversa, de um esclarecimento, tirar uma dúvida, às vezes, eles querem falar, você só escuta, isso já resolve metade do problema deles (E4)

Tais pensamentos já se mostram como reação a uma postura de isolamento que, em tantos momentos, o profissional da saúde tomou frente ao usuário do sistema. Postura essa que se caracteriza por certa anestesia produzida na escuta e, conseqüente, indiferença diante do sofrimento do outro, gerada com o intuito de nos livrar do próprio sofrimento diante das situações dolorosas trazidas por esse outro. No entanto, ao contrário, essa mesma postura citada acaba por nos levar ao isolamento, entorpecer a sensibilidade e enfraquecer as forças de construção da humanidade (BRASIL, 2008b).

Neste momento, buscaremos trazer para esta discussão o vínculo, outra tecnologia leve de grande importância dentro da prática da estratégia do PSF e que tem contribuído na mudança do modelo de assistência, fazendo com que este tenha como centro não mais a doença, mas o sujeito.

Sendo assim, embora tenhamos ciência que a implantação do PSF se trate de um processo em construção, até mesmo porque em fase de recente implantação na história do sistema de saúde, podemos reconhecer, entretanto, que certo vínculo começa a ser construído na realidade das ESBs implantadas no município de Fortaleza. Essa percepção advém do que foi observado a partir das análises feitas a cerca das entrevistas realizadas com os cirurgiões-dentistas que participaram da pesquisa quando questionados sobre como se encontra este dispositivo do vínculo na realidade hoje vivenciada por eles. Alguns enfoques diferentes foram levantados em relação a este tema:

Tem casos de família que a gente vê, conhece algumas necessidades, algumas dificuldades, a gente sabe onde mora, sabe os problemas que vive, problema com o marido, problema mesmo de saúde, uma dificuldade financeira que as vezes dificulta no tratamento ser positivo, no resultado, então a gente tem que conhecer todas essas dificuldades para poder saber a realidade do nosso paciente (E11)

No primeiro enfoque, apresentado pelo entrevistado onze, percebemos o vínculo associado a um olhar mais amplo e integral do problema apresentado pelo usuário, considerando para isso diversos aspectos que podem influir no processo saúde-doença-cuidado. Acreditamos, como já dito, que essa visão só se faça possível a partir de uma maior aproximação que esse profissional parece estar estabelecendo com o usuário, fato que se constitui como peça central no que diz respeito a esse enfoque.

Neste sentido, Santos (2005) defende a necessidade do contato íntimo do profissional de saúde com o cotidiano das pessoas, a partir de uma clínica que vá além da unidade de saúde, “buscando conhecer e compreender o indivíduo, a família e a comunidade, no espaço concreto de suas relações”. (SANTOS, 2005, p. 39). Desta maneira, segundo ainda o mesmo autor, podem compor o diagnóstico e plano terapêutico, aspectos sociais e culturais do processo saúde-doença, promovendo assim um cuidado mais amplo, o que, por sua vez, possibilitará a construção de uma relação entre profissional e usuário que não se baseia somente no ato clínico, mas se desenvolve em um projeto terapêutico que envolve tanto os atos de cura e restabelecimento, como também de socialização das pessoas.

Este mesmo autor continua seu pensamento afirmando que, diante da forma como se encontra a estrutura organizacional do PSF, temos o vínculo como um

agenciador das relações fragmentadas durante o processo de trabalho da ESB. Dessa forma, também fica claro que o PSF possibilita o “entrelaçamento das relações e dos afetos entre os trabalhadores de saúde e a comunidade, ao fazer com que a prática ultrapasse os limites da USF” (SANTOS, 2005, p.168). O vínculo, segundo o autor, agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, isto é, diminui as distâncias e as diferenças entre os sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde.

A partir dessa discussão, tocamos em outro ponto importante e também correspondente ao segundo enfoque encontrado na fala dos entrevistados, sobre o vínculo, no que se refere a este como uma relação de amizade que acaba sendo construída entre os sujeitos envolvidos no processo terapêutico. Este ponto parece, nos relatos descritos, ser tratado tanto como uma concepção de vínculo, como também uma de suas consequências direta.

Com o tempo você vai criando amizade, aí todo mundo lhe respeita, todo mundo gosta de você. Por exemplo, hoje eu tive um problema pessoal, cheguei atrasada, então, eu expliquei, falei para marcar para amanhã. Mas as pessoas esperam, as pessoas que gostam da gente (E16)

Eu sei hoje o nome dos meus pacientes todos, quase todos. Sei os problemas deles, não só odontológicos, sei da vida deles [...] Falando por mim, eu tento ser o mais humano possível com os meus pacientes. Trato eles como fosse meus colegas, meus amigos. Converso, falo da vida com todos, todos sem exceção (E7)

A gente já conhece muitos pacientes, cria aquele vínculo de amizade. Você chega “oi, tudo bom, como você está”, aí quando precisa “doutor, aquela restauração que o senhor fez”, aí dá uma olhada ou então vem fazer uma revisão, vê se tá tudo bem, então consegue fazer esse vínculo mais pessoal (E14)

Percebemos, através dessas falas, em relação ao vínculo, a importância dada pelo profissional à questão da personalidade presente na relação entre ele e o usuário. Personalidade esta marcada pelo conhecimento tanto do nome de cada pessoa, como também dos problemas de cada uma. Outro ponto destaca-se ainda, nas declarações acima, que é a questão da conversa, do diálogo estabelecido entre os sujeitos, ou seja, aqui podemos perceber, mais uma vez, a relação íntima entre o acolhimento e o vínculo, duas tecnologias leves de suma importância quando tratamos da humanização da saúde. Pensamento que se encontra em acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b) quando esta define o vínculo como

resultado das ações de acolhimento. O documento segue associando-o ainda com a qualidade da resposta recebida pelo usuário, o que também é expresso por Bartole (2008) quando este afirma que através do vínculo podemos avaliar a qualidade das ações e dos serviços de saúde.

Franco, Bueno e Merhy (1999) falam que sem o acolhimento e o vínculo não há como se chegar a uma verdadeira e adequada responsabilização e resolutividade nos processos de produção da saúde. Os autores acreditam que o vínculo é uma importante ferramenta que, quando associada ao acolhimento, tem a capacidade de promover o reordenamento do processo de trabalho na unidade de saúde, resolvendo o problema do trabalho compartimentado e saindo de uma lógica agenda/consulta para outra que envolve a responsabilização de uma equipe multiprofissional com a produção da saúde.

Outro importante e último enfoque, ainda presente na fala dos entrevistados, é aquele que associa diretamente o vínculo a continuidade do tratamento e a relação de confiança criada, a partir daí, entre o profissional e o usuário, pois como nos diz Schimith e Lima (2004), a continuidade dada pela atividade clínica aumenta a possibilidade de vínculo e de responsabilização com as necessidades dos pacientes.

Esse paciente é sempre acompanhado, a gente tá sempre desenvolvendo atividades com ele, tanto clínica como coletiva e vai criando uma relação de confiança com ele e isso é muito importante para você estar passando a parte de educação em saúde. Ele passa a confiar mais naquilo em que você está dizendo, tem uma proximidade maior [...] assim, quando ele recebe alta clínica, ele tem a certeza de que daqui a seis meses, ele vai tá retornando pra gente. Então, ele fica sempre sendo acompanhado pelo mesmo profissional. Eu acho que isso é muito importante para a questão da confiança (E9)

É, o vínculo...é igual a história, só tem vínculo que tem convívio e aquela relação da confiança (E1)

Melhorou, melhorou, melhorou. E principalmente por conta da questão do vínculo com esse usuário. Aquele paciente que anteriormente vinha uma vez e você praticamente não via mais, hoje é diferente. O paciente que tá sendo acompanhado por você, por mais que ele tenha o tratamento concluído, provavelmente daqui a seis meses, ele tá retornando, então tudo isso tá levando a uma aproximação muito grande do profissional com o usuário (E2)

Fica evidente, nestas falas, a associação que os cirurgiões-dentistas fazem da importância da continuidade do tratamento para a construção do vínculo entre profissional e usuário. Sendo que este vínculo, por sua vez, encontra-se relacionado

também ao sentimento de confiança estabelecido por esses sujeitos envolvidos na relação terapêutica. Isto é, a continuidade do tratamento permite que seja construída uma relação de confiança entre odontólogo e usuário, fator de grande importância para o estabelecimento do vínculo. O usuário não vai mais para qualquer profissional, mas para aquele que ele já conhece e confia. Nesse sentido, Gomes e Pinheiro (2005) ainda acrescentam que o vínculo tem a capacidade de atuar no desenvolvimento de uma responsabilização e compromisso da equipe/profissional com a comunidade/usuário, através dos quais se dão relações de troca e confiança. Porém, nessa discussão, vale ainda lembrar um ponto importante trazido por alguns autores (CAMPOS, 2003; SCHIMITH, LIMA, 2004; SANTOS, 2005) e que se refere ao fato desta confiança se estabelecer, por sua vez, a partir de uma relação que respeite a autonomia desses sujeitos envolvidos na relação terapêutica.

Discutido os enfoques referentes ao vínculo, apresentados pelos entrevistados, cabe aqui analisarmos ainda um instrumento de destaque dentro da prática do PSF que são as visitas domiciliares, importante meio de aproximação do profissional com a realidade vivenciada pelo usuário, bem como, conseqüentemente, de construção dessa relação de amizade e confiança baseada no vínculo. Tudo isso encontra-se em acordo com os dados da Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família, realizada entre os anos de 2001 e 2002, que aponta a visita domiciliar e o trabalho junto às famílias como um importante instrumento para o desenvolvimento de ações promocionais e preventivas e como um forte elemento da construção do vínculo (BRASIL, 2004a).

Araújo e Dimenstein (2006) nos trazem ainda, corroborando com este pensamento, que as visitas domiciliares possibilitam um conhecimento mais aproximado da situação de saúde das famílias, constituindo-se em um forte elemento no estabelecimento de vínculos entre essas e as equipes de saúde. Porém, em pesquisa realizada pelos autores junto a cirurgiões-dentistas de municípios do Rio Grande do Norte, estes afirmam que essa não é uma atividade muito exercida por esse profissional não havendo também priorização das famílias de maior risco.

De acordo com a Portaria Nº 267 (BRASIL, 2001), já mencionada, a inclusão da odontologia no PSF apresenta-se como possibilidade de novas práticas com caráter substitutivo em relação às anteriores, tendo para isso a família como centro da abordagem. Esse documento ainda define como uma das atribuições comuns a todos os profissionais de saúde bucal do PSF a realização das visitas domiciliares. Porém, na realidade das ESBs do município de Fortaleza, como também encontrado na pesquisa realizada por Araújo e Dimenstein (2006), não temos uma priorização desse instrumento.

Este fato deve-se tanto a estrutura física, no que se refere à falta de transporte, como também a organização do trabalho do cirurgião-dentista dentro dos CSFs atualmente que não tem permitido com que esse profissional faça maior uso das visitas. Santos (2005) aponta uma das raízes desse problema ao afirmar que da forma como foram organizadas as ESBs no PSF, temos um maior número de pessoas vinculadas a estas em relação as outra equipes do PSF, ficando assim difícil um trabalho mais vincutivo dessas equipes com a população. Como nos descrevem alguns entrevistados citados abaixo:

Tem se estabelecido, mas aqui a gente tem uma dificuldade grande porque nós somos duas equipes só de PSF [...] Tem muitas áreas descobertas, então a gente precisa atender todo mundo, quem é da área do PSF e quem não é. Então com essas pessoas da área do PSF, a gente forma um vínculo maior, mas a demanda de fora, a demanda da área descoberta é muito grande (E10)

Não é o ideal porque ainda não é aquela coisa que a gente reconhece a pessoa pelo nome, às vezes reconhece quando olha a boca é que lembra “ah, você já veio aqui”, por conta da quantidade (E12)

Fica evidente, diante desses depoimentos, que a grande demanda, já abordada por nós em outra seção deste trabalho, tem dificultado também a criação do vínculo entre profissional e usuário. Ele tem ocorrido se comparado há algum tempo atrás, mas de forma ainda muito lenta. Os profissionais entrevistados deixam claro que nem sempre é possível reconhecer cada pessoa pelo nome ou reconhecer a fisionomia dela, sendo mais fácil, em muitos momentos, segundo a fala do entrevistado doze, reconhecer as condições bucais de saúde ou doença, fato que nos relembra que a relação estabelecida pelo odontólogo nem sempre foi com um sujeito, mas apenas com os dentes deste.

Outro desafio ainda existente, já comentado, mas que cabe aqui outra referência, refere-se à falta de organização do trabalho do cirurgião-dentista que, quando somado a grande demanda, tem feito com que esse profissional concentre suas ações no consultório odontológico, o que nem sempre permite que ele se aproxime mais da realidade do usuário e da comunidade.

Antes do concurso, que a gente implantou o PSF e tudo mais, durante a cooperativa, eu tive uma facilidade maior com a criação desse vínculo porque quando a gente implantou, a gente fez fichário, então tinha como conhecer todos os buracos. Hoje em dia não, como tem a clínica, você tem essa criação de vínculo, mas é mais lento. Por exemplo, hoje eu não vou te dizer que eu conheço todos os meus pacientes da área, todas as pessoas que moram na minha área porque eu não conheço. Diferente de antes, que eu conhecia a maioria por nome, já sabia quais eram os problemas [...] Antes do concurso, era uma cadeira para dois dentistas, então tinha muito mais tempo para fazer outras atividades, outros grupos, de fazer visita. A enfermeira fazia as visitas de puericultura e eu fazia junto com ela. Já que eu não tinha tempo de clínica, eu aproveitava para me inserir mais no grupo (E8)

No consultório, a gente consegue criar esse vínculo, mas é muito mais lento. Um paciente que eu terminei tratamento dele, da família, eu conheço o filho, eu conheço o pai, eu sei que o tio fulano bebe. Dá pra criar esse vínculo, só que não é rapidamente (E8)

A falta de tempo para outras atividades além da clínica tem dificultado a construção do vínculo que poderia ser mais facilmente estabelecido em outros espaços fora do consultório, ou seja, tanto em outras atividades do CSF, como através das visitas domiciliares. Estas, por sua vez, atualmente ocorrem, mas somente em casos especiais como para acompanhamento de indivíduos que se encontram acamados e apresentam algum tipo de comprometimento bucal, porém, mesmo assim, nem sempre com frequência, devido à falta de condução disponível para tal fim. Geralmente, a realidade da maioria dos PSFs é a de um carro somente para toda a equipe, o que faz com que nem sempre tenha vaga para o odontólogo.

Diante desta realidade, vale lembrar o que nos diz Silveira Filho (2002), ao afirmar que o vínculo se estabelece a partir do acompanhamento das famílias, tendo, a visita, para isso, um valor tão grande quanto o diagnóstico clínico de uma determinada patologia, permitindo ações tanto de promoção, prevenção, intervenção, como também de suporte às mudanças comportamentais na família.

Para a efetivação de toda esta nova proposta trazida pelo PSF, outra dificuldade ainda se apresenta que é a necessidade de uma melhor adscrição da

comunidade por áreas. Esse problema, em um primeiro momento, parece ter raízes tanto na grande população que caberia a cada ESB, o que dificulta sua divisão, bem como na pequena quantidade dessas equipes em funcionamento hoje em cada unidade. Porém, mesmo naqueles CSF com um maior número de equipes, percebemos que outro fator aparece como responsável por tal dificuldade que é a falta de organização do trabalho destas equipes que ainda não conseguem trabalhar com a questão da referência por área adscrita. Ou seja, há equipes em número suficiente, porém estas não se encontram responsáveis, na prática, somente por uma área de abrangência, mas por usuário advindo de todas as áreas do CSF, como nos relata um dos entrevistados:

Com a população nossa ainda não tá muito organizado a questão do vínculo porque a gente ainda não conseguiu ainda atender todo mundo por área, então, a gente tem um vínculo, mas tem um vínculo com todo mundo, então você não consegue estabelecer aquele com a sua área adscrita, que você vai trabalhar...por em quanto, nós somos 4 equipes, mas normalmente a gente atende das quatro, eu atendo nas quatro áreas... o que a gente tá tentando organizar agora é com a chegada dos agente de saúde que a gente começar a trabalhar por área, para que o paciente identificar: o meu dentista é aquele, trabalha na minha área (E1)

Apesar das dificuldades, porém, não podemos deixar de registrar que o PSF fortaleceu a importância do vínculo como instrumento facilitador das relações e do próprio processo de trabalho em cada CSF. Sendo assim, embora se trate ainda de um processo que tem se dado de forma lenta, não podemos dizer que ele não tem ocorrido. Como relata um dos entrevistados, nos municípios do interior do Ceará, já podemos melhor contemplar os frutos advindos com a utilização deste dispositivo, devido à maior atuação por parte dos agentes de saúde, sujeitos importantes no sentido de construção do vínculo junto à comunidade, bem como por se tratar de uma população menor presente nesses municípios. Já em Fortaleza, os desafios ainda apontam várias linhas de discussão, mas já podemos ver também a consciência e maior importância dada pelo cirurgião-dentista a esta tecnologia leve.

E também aqui a questão dos agentes de saúde, no interior tem mais vínculo entre agente de saúde e comunidade, fica mais fácil fazer essa interlocução, aqui ainda tá engatinhando nesse sentido, mas já tá melhor. Se você for ver a parte de gestantes, de idosos, a gente já tem um vínculo bem melhor do que quando a gente chegou (E14)

Pra mim, o grande X da questão do PSF é a questão do vínculo...é a questão de você poder tá acompanhando aquela pessoa [...] não simplesmente ela chegar assim no seu consultório, ser executado um procedimento e você nunca mais ver [...] então pra nós, na odontologia, acho que com todas as categorias, não só a odontologia, eu acho que o

grande X da questão do PSF é essa aproximação, esse vínculo de você ter uma área adscrita, uma população adscrita que você possa dar conta daquela população (E2)

A conscientização e a motivação do profissional é um importante fator promovedor de mudanças na prática dos serviços de saúde. Sendo assim, embora não podendo identificar uma mesma importância conferida à questão do vínculo por parte de todos os cirurgiões-dentistas entrevistados, percebemos já uma maior presença desse tema nas falas e nas discussões trazidas por esse profissional.

Acreditamos que só podemos transformar o processo de produção da saúde se o centrarmos no sujeito que é o que nos adverte a PNH. O vínculo então é um instrumento na mudança desse olhar que por tanto tempo se centrou somente no processo patológico da doença, esquecendo o sujeito e outros fatores, como os psicossociais, tão importantes na determinação do diagnóstico e plano terapêutico.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisar é desvendar um pouco do mundo, dos sujeitos e de suas relações. Esta pesquisa nos levou a descobrir mais sobre o universo do trabalho em saúde, no que se refere à atenção básica do serviço público brasileiro, bem como sobre a realidade vivenciada pelo profissional de saúde que, no caso em questão, foi o cirurgião-dentista. Através deste estudo, pudemos nos aproximar mais da prática desse profissional, buscando compreender como se construíam suas ações no âmbito da assistência à saúde e no sentido da construção de um cuidado humanizado dentro do PSF do município de Fortaleza.

O discurso sobre a humanização não é algo comum somente à área da saúde, mas presente também em diversos setores e vem expressando, entre outras coisas, o estranhamento do homem diante do mundo (PUCCINI, CECÍLIO, 2004). Porém, embora não seja uma luta particular da saúde, ganha cada vez mais força neste campo, no qual se desenvolvem, a cada dia, novos avanços nas ciências e nas tecnologias, mas também onde persistem as desigualdades e dificuldades do sistema de saúde brasileiro. Acreditamos assim que, no sentido da construção de um cuidado mais humanizado em relação à odontologia, todas as discussões e reflexões realizadas sobre a forma de organização do processo de trabalho do cirurgião-dentista são válidas e, para tanto, o diálogo e a escuta tornam-se ferramentas indispensáveis para que, a partir das ideias geradas, possamos pensar um jeito novo de se fazer saúde bucal voltada para o sujeito.

Sendo assim, nesta pesquisa, através dos dados coletados em campo e das discussões que tivemos a oportunidade de realizar com o material teórico construído, pudemos reconhecer primeiramente que, no sentido de uma atenção mais humanizada em saúde bucal, o PSF se apresenta como um novo e importante espaço de práticas e reorganização do trabalho do cirurgião-dentista em Fortaleza. Este, aos poucos, tem saído mais de seu consultório, aproximando-se da realidade vivenciada pela

comunidade, através de diversas ações realizadas, que vão desde atividades junto aos escolares a palestras e atividades realizadas com grupos específicos.

Pudemos perceber ainda que o odontólogo tem buscado fazer maior uso, em sua prática, das tecnologias leves, como o acolhimento e o vínculo, dando assim uma maior importância à construção da relação entre ele e o usuário do sistema. Entretanto, identificamos que o acolhimento apresenta-se mais relacionado, na fala dos entrevistados, como uma primeira etapa de organização do processo de trabalho no PSF, sendo associado em muitos momentos com a ideia de triagem.

A concepção do acolhimento associada a uma atitude e postura de escuta, responsável por uma maior aproximação entre profissional e usuário, não se apresenta de forma tão marcante nas definições expressas pelos entrevistados, contudo, percebemos que esse pensamento apresenta-se relacionado à ideia do vínculo.

Os dois conceitos são complementares, como vimos, e acreditamos, por isso, que, embora a visão sobre acolhimento precise ainda ser ampliada junto aos cirurgiões-dentistas entrevistados, a preocupação crescente com a construção do vínculo tem ajudado a transformar a realidade antes existente no sistema de saúde representada pela distância entre usuário e profissional.

Percebemos também que o PSF tem se apresentado como um novo campo de trabalho para o cirurgião-dentista e que este profissional, aos poucos, tem buscado uma maior capacitação para o trabalho no PSF, ou seja, saindo de uma lógica centrada na doença para outra centrada na promoção da saúde e do sujeito. Fato este de grande importância para a odontologia que por tanto tempo se encontrou presa as leis de mercado e à visão parcial do sujeito enquanto um dente a ser tratado.

Diante de toda essa realidade explanada até aqui e através dos documentos referente à PNSB, reconhecemos que algumas conquistas tem se desenhado no cenário da odontologia brasileira no sentido de assegurar um maior acesso e uma maior qualidade no cuidado prestado ao usuário do SUS. Vale, entretanto, ressaltar que tudo isso trata-se ainda de ações e iniciativas recentes dentro da prática do cirurgião-dentista e, por isso, requerem um maior amadurecimento. As mudanças precisam ser

comemoradas, sem, contudo, esquecermos que grandes problemas ainda se apresentam na prática dos serviços de saúde.

Com exemplo disso, temos que mesmo com essa maior aproximação entre profissional e usuário e com a ampliação do acesso da população ao serviço odontológico, muito ainda se precisa caminhar rumo a uma maior qualidade de atenção prestada ao usuário. Pois questões como a falta de estrutura dos CSFs, principalmente no que diz respeito aqui ao número reduzido de consultórios odontológicos e sua inadequação para o atendimento, e a quantidade insuficiente de profissionais em relação ao tamanho da população não nos permitem ainda falar em acesso universal como direito de todo cidadão brasileiro. Somado a este fato, temos ainda a necessidade dos sujeitos que por tanto tempo se viram excluídos da assistência odontológica. Estas questões fazem com que as mudanças até agora realizadas sejam apenas um começo de um grande processo que ainda precisa se desenvolver.

Apesar de ter ganhado novos espaços de encontro com o usuário, este profissional ainda possui a tendência para concentrar as suas atividades na clínica individual, seja devido à sua formação mais direcionada para a parte curativa, seja devido à grande demanda ainda existente da população por serviços odontológicos e a falta de profissionais suficientes para dar conta das ações individuais e das ações coletivas, como já comentado.

Toda essa situação, acrescida da dificuldade de acesso do usuário aos níveis de atenção secundário e terciário, tem gerado ainda uma grande insatisfação por parte deste sujeito. Esta insatisfação muitas vezes é depositada sobre o profissional que, por encontrar-se na ponta do sistema de saúde, acaba sofrendo uma grande pressão devido a problemas que, em muitos momentos, fogem de sua capacidade resolutiva, pois se encontram relacionados mais à falta de estrutura do sistema e a problemas na gestão.

Tais dificuldades nos revelam que a questão da humanização da saúde não depende somente da vontade dos profissionais em transformar sua prática, mas também em profundas mudanças que precisam ainda acontecer no próprio sistema. Mudanças que concedam melhores condições de trabalho para os profissionais,

melhorias na infra-estrutura para a realização das ações em saúde, bem como transformações também no processo de gestão.

Um maior financiamento e uma divisão adequada dos recursos se fazem também necessária, pois, mesmo com os maiores investimentos advindos com a PNSB na odontologia, ainda temos uma realidade bastante marcada pela histórica falta de acesso do sujeito a assistência em saúde bucal. Sendo assim, melhorias houveram, não podemos negar, mas a prática hoje das ESBs ainda clama por mudanças para a construção de uma atenção a saúde bucal mais humanizada.

Acreditamos que a partir do momento em que lançamos o olhar para um determinado ponto crítico dentro do processo de trabalho que exige transformação, comprometemo-nos de alguma forma com esta situação, ou seja, quando damos espaço para que os ruídos presentes no sistema se manifestem, já não conseguiremos olhar da mesma forma para a realidade, sendo esse um papel de particular relevância cumprido pela política de humanização ao permitir tais discussões.

Sendo assim, para a construção de uma prática humanizada da saúde, acreditamos que estas discussões precisam ser aprofundadas, principalmente junto à comunidade, levando a possibilidade de se pensar novos rumos que permitam, entre outros fatores, um maior uso das tecnologias leves como importante instrumento de transformação e humanização das práticas em saúde.

O novo modelo de assistência sugerido pelo PSF aceita perfeitamente o uso de tais tecnologias, muitas vezes, pedindo por elas. Sendo assim, tanto o acolhimento como o vínculo são importantes instrumentos para a concretização deste objetivo, já que eles tanto ajudam a gerenciar a prática e a organização do trabalho de todos os profissionais de saúde, como também colaboram na construção da relação entre esses e o usuário e entre o serviço e a comunidade.

Sendo assim, diante da realidade estudada, consideramos de suma importância reforçar o conceito do acolhimento como postura e atitude de escuta e diálogo nos cursos de capacitação da PNH, isto é, enquanto diretriz que deve perpassar todos os momentos de produção da saúde, sendo necessário para isso a promoção de

reflexões coletivas sobre o assunto e que se estendam para o dia a dia dos centros de saúde. Ou seja, que esta concepção de acolhimento seja assunto das rodas e dos grupos realizados em cada CSF.

Neste sentido, acreditamos também que a inserção das visitas domiciliares como uma atividade mais frequente do cirurgião-dentista no PSF, seria um instrumento de grande importância na maior aproximação deste sujeito com a realidade do usuário e da comunidade, indispensáveis, dessa forma, na construção do vínculo. Fato que permitiria o profissional conhecer melhor os desafios e as reais necessidades da população que, devido a inúmeros fatores, nem sempre chegam aos CSFs.

Não podemos esquecer também a urgente necessidade de maiores investimentos na área da saúde, de forma particular aqui, na odontologia. Investimentos que permitam uma melhoria da infra-estrutura dos CSF, como a aquisição de mais carros para a realização das visitas, a reforma e adequação dos consultórios odontológicos, além da compra de mais equipamentos. A contratação de novos profissionais e a devida capacitação desses para a atuação no PSF também são fatores importantes na melhoria da qualidade de assistência prestada ao usuário do sistema. Todos estes fatores, somados, aumentariam o acesso, promoveriam a integralidade das ações e contribuiriam para a equidade em saúde, isto é, seriam importantes fatores na consolidação e aperfeiçoamento do SUS.

Por último, outro fator importante, no sentido de solucionar estes pontos de tensão citados, é o estabelecimento, acima de tudo, do compromisso do profissional com a necessidade do usuário, como já citado também pelos próprios documentos do Ministério da Saúde relatados. Mesmo apesar dos grandes desafios existentes na realidade atual, este ponto surge como aquele que pode fazer diferença, até mesmo na construção da luta de profissionais e usuários por mudanças.

A união, o diálogo, a compreensão e o compromisso gerado a partir daí são fatores fundamentais para que os sujeitos unidos possam trabalhar na construção de

mudanças na realidade do sistema de saúde e na melhoria da qualidade de atenção, através da busca por uma maior humanização dos processos em saúde.

Não temos a pretensão de termos esgotado aqui o assunto proposto por esta pesquisa, pelo contrário, temos consciência que este foi somente mais um ponto para maiores aprofundamentos e discussões sobre o tema da prática do cirurgião-dentista no PSF e a humanização do cuidado em saúde bucal. Muito ainda se tem a investigar neste sentido e cada contribuição pode e deve ser uma gota a mais nesse processo de construção de mudanças tendo em vista uma maior qualidade de atenção à saúde bucal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, F. M. (org). **O Programa saúde da família no Ceará**. Fortaleza, 1998. 220p.

ANDRADE, K. L. C., FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência e saúde coletiva**, v. 11, n. 1, p. 123 -130, 2006.

ANDRADE, L. O. M., BUENO, I. C. H. C., BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. *et al* (orgs). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 783-836.

ARAÚJO, Y. P., DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de município do Rio Grande do Norte. **Ciência e saúde coletiva**, v. 11, n. 1, p. 219 – 227, 2006.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 549 – 560, 2005.

AYRES, R. C. V. *et al*. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. **O mundo da saúde**. v. 30, n.2, p. 306-311, abr/jun 2006.

BACKES, D. S., LUNARDI FILHO, W. D., LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da escola de enfermagem USP**, v. 40, n.2, p. 221-227, 2006.

BALDANI, M. H. *et al*. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da família no estado do Paraná, Brasil. **Caderno de saúde pública**, v. 21, n. 4, 1026 – 1035, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 229 p.

BARTOLE, M. C. S. Concepção e formulação de políticas e programas com enfoque da integralidade: o exemplo da política nacional de saúde bucal. In: LOPES, M. G

(org). **Saúde bucal coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: editora Rubio, 2008. p. 162 – 173.

BENEVIDES, R., PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**. v. 10, n.3, p. 561-571, 2005.

BOARETTO, C. Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. **Ciência e saúde coletiva**. v. 9, n. 1, p. 20-23, 2004.

BOTAZZO, C. Integralidade da atenção e produção do cuidado: perspectivas teóricas e práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In: LOPES, M. G (org). **Saúde bucal coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008. p. 03 -15.

BRAGA, J. M. **O médico, o paciente e a saúde: a atitude do médico na relação com o paciente no âmbito do Programa Saúde da Família do Ceará**. 1998. 80f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 1998.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. **Estimativas das populações dos municípios em 2008**. 2008c: Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1215&id> . Acesso em: 18 dez de 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre normas para pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2000c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 267/GM de 6 de março de 2001. Dispõe sobre normas e diretrizes da inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa Saúde da Família. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 6 mar. 2001, seção 1, p. 67.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 673/GM de 3 de junho de 2003. Dispõe sobre normas e diretrizes da inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa Saúde da Família. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, nº 106, 4 jun. 2003, seção 1, p. 44.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no. 1.444/GM de 28 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 dez. 2000a, seção 1, p. 85.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**, Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 36p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001/2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a (Série C. Projetos, programas e relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003, resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.44p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2ª.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d. 32p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4ª.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.70p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. 48p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família: Informes Técnicos Institucionais. **Revista saúde pública**, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000b.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – comunicação, saúde e educação**, v. 9, n.17, p. 398 – 400, mar/ago 2005.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2007

CAMPOS, R. O. Reflexões sobre o conceito de humanização na saúde. **Saúde em debate**. v.27, n. 64, p. 123-130, mai/ago, 2003.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

CORD, A. P. M. M., KNUPP, R. R. S. Fatores que influenciam as relações interpessoais e a qualidade da integralidade no processo de produção da saúde. In: LOPES, M. G (org). **Saúde bucal coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008. p. 101-119.

CRUZ, J. S. *et al.* A imagem do cirurgião-dentista: um estudo de representação social. **Revista de odontologia da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 11, n. 4, out/dez, 1997.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e saúde coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, jan, 2004.

DESLANDES, S. F. O cuidado humanizado como valor e ethos da prática em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (orgs). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007, p.385 – 395.

FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. **Humanização**. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/humanizacao_apresentacao.asp> . Acesso em 19 de nov de 2008a.

FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. Rede de atenção primária. **Saúde bucal**. disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/redes_atencaoBasica_SaudeBucal.asp> Acesso em 01 de dez 2008b.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2005 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado, Fortaleza: SMS, 2006.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2006 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado, Fortaleza: SMS, 2007.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Revista saúde e sociedade**. v. 13, n.3, p. 30-35, set/dez, 2004.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 2ª. ed. Brasília: Líber Livro Editora, 2005. 79p.

FRANCO, T. B., BUENO, W. S., MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de saúde pública**. v. 15, n. 2, p. 345-353, abr/jun, 1999.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD 98)**. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1998.

GALLIAN, D. M. C. A (re)humanização da medicina. **Psiquiatria na prática médica**, v. 33, n. 2, p. 5-8, abr.-jun 2000.

GASKELL, G., BAUER M. W. Para uma prestação de contas públicas: além da amostra, da fidedignidade e da validade. In: BAUER, M. W. GASKELL, G (orgs). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: manual prático. Petrópolis:Vozes, 2002, p. 470-490.

GOHN, M. G. **História dos movimentos e lutas sociais**: a construção da cidadania dos brasileiros. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001. 231p.

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

GONSALVES, E. P. Escolhendo o percurso metodológico. In: _____. **Iniciação à pesquisa científica**. 4ª. ed. Campinas, SP: Alínea, 2005. p. 61-73.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista da escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 38, n.1, p. 13 - 20, 2004.

JOSGRIBERG, E. B.; CORDEIRO, R. C. L. Aspectos psicológicos do paciente infantil no atendimento de urgência. **Revista odontologia clínico-científica**, v. 4, n. 1. p. 13 – 17, jan/abr, 2005.

LACERDA, A., VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. . In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (orgs). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004. p. 91-102.

LAKATOS, E. M., MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1990. 261 p.

LOPES, M. G. M., SILVA, M. G. G. Das idéias aos ideais: construção da integralidade na ótica da produção dos serviços em saúde bucal. In: LOPES, M. G (org). **Saúde bucal coletiva**: implementando idéias, concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008. p. 176 -190.

MANUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformações**: um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003. 214f. Tese (Programa de pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MANUMOTO, S, MISHIMA, S. M., FORTUNA, C. M. Acolhimento: uma reflexão acerca da alteridade na relação entre trabalhador e usuários no trabalho da rede básica

de saúde. **8º Simpósio brasileiro de enfermagem**, mai, 2002. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100044&script=sci_arttext>. Acesso em 15 de janeiro de 2008.

MATSUDA *et al.* Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI-adulto. **Acta scientiarum. health sciences**. Maringá, v.25, n.2, p. 163-170, 2003.

MENDES, E. V. Origem e consolidação da atenção primária a saúde e suas interpretações na prática social. In: MENDES, E. V. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. p. 9-12.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (org) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.117-160.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b. cap. 2, p. 71-112.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. **VER – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 108-137, 2004 (série B – textos básicos de saúde).

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007a. 190p.

MINAYO, C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 2007.

MINAYO, C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80 p.

MONTEIRO, D. D et al. Escala para a avaliação infantil frente ao tratamento odontológico. **ROPE revista. int. de odonto-psicologia e odontologia para pacientes especiais.** v.1, n. 2, p. 38 – 45, abr/ jun, 2005

MOROZ, M.; GIANFALDONI, M. H. T. A. **O processo de pesquisa:** iniciação. Brasília: Plano Editora Ltda, 2002. 108 p.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. **Revista da ABENO**, São Paulo, v.4, n. 1, p. 30-37, 2004.

MOYSÉS S. T. *et al.* Humanizando a educação em odontologia. **Revista da ABENO**, v. 3, n. 1, p. 58-64, nov 2003.

MOTA, R. A., MARTINS, C. G. M., VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Revista psicologia em estudo**, v. 11, n. 2, p.323-329, mai /ago, 2006.

NOBRE, E. S. *et al.* Avaliação da qualidade de serviço odontológico prestado por universidade privada: visão do usuário. **Revista brasileira em promoção de saúde**, v. 18, n.4, p. 171-176, out 2005.

NUTO, S. A. S. *et al.* Processo ensino aprendizagem e suas conseqüências na relação aluno- professor-paciente. **Ciência e saúde coletiva**, v. 11, n. 1, p. 89-96, ago/set 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma Ata, set, 1978.

PACCA, S., CORRÊA, L., MOTTA, M. Auto-imagem do cirurgião-dentista: um estudo baseado em desenhos de alunos de graduação. **Revista da ABENO**, v.3, n.1, p. 82-85, nov 2003.

PÉRET, A. C. A., LIMA, M. L. R. A pesquisa e a formação do professor de odontologia nas políticas internacionais e nacionais de educação. **Revista da ABENO**, v. 3, n.1, p. 65-69. nov 2003.

PINHEIRO, R., GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 2004. p. 21-36.

PONTES, N. S. T., AGUIAR, A. C. Educação permanente como ferramenta e resposta: perspectiva da integralidade nos processos de trabalho em saúde bucal coletiva no âmbito do PSF. In: LOPES, M. G (org). **Saúde bucal coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008. p 137 – 157.

PUCCINI, P. T., CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set/out 2004.

RANK, R. C. I. C. *et al.* Reações emocionais infantis após atendimento odontológico: avaliação em serviço público, mediante premiação. **Revista gaúcha de odontologia**, v.53, n.3. p. 176 – 180, jul/set, 2005.

SACCONI, L. A. **Minidicionário Sacconi da língua portuguesa**. São Paulo: Atual, 1996. 686p.

SAMPAIO, J. J. C. Humanização em saúde: um problema prático, uma utopia necessária. In: FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Caderno de textos no. 1, curso de extensão universitária HumanizaSUS Fortaleza**, 2005. p.7-17.

SANTOS, A. M. **Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA**. 2005. 229f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2005.

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. **Ciência e saúde coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53- 61, 2006.

SANTOS, A. M *et al.* Linhas de tensão no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Caderno de saúde pública**, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan, 2007.

SANTOS, N. S., **Componentes e atributos que configuram a qualidade na relação médico – paciente**. 2004. 124 f. Tese (Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção e Sistemas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SCHIMITH, M. D., LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Caderno de saúde pública**, v. 20, n. 6, p. 1487 – 1494, nov/dez, 2004.

SECCO, L. G., PEREIRA M. L. T. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. **Ciência e saúde coletiva**, v. 9, n. 1, p. 113-120, 2004.

SILVA JÚNIOR, A. G., MASCARENHAS, M. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 2004. p. 241-257.

SILVEIRA FILHO, A. D. **A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática**. Boletim do Programa Saúde da Família. V. 6, p. 36 – 43. dez, 2002.

SINGH, K. A., MORAES, A. B. A, BOVI AMBROSANO, G. M. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. **Pesquisa odontológica brasileira**, v, 14, n.2, p. 131 – 136, abr/jun, 2000.

SOUZA, E. R. *et al.* Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S., ASSIS, S. G., SOUZA, E. R. (orgs). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 133-156.

TEIXEIRA, M. C. B. Trabalho em equipe: inserindo a saúde bucal no contexto da transdisciplinaridade. In: LOPES, M. G (org). **Saúde bucal coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008. p. 121 – 135.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência e saúde coletiva**. v. 10, n.3, p. 585 – 597, 2005.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da**

Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p. 89-111.

TIEDMANN, C. R., LINHARES, E., SILVEIRA, J. L. G. C. Clínica integrada odontológica: perfil e expectativas dos usuários e alunos. **Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada.** João Pessoa, v. 5, n.1, p. 53-58, jan/abr 2005.

TRAD, L. A. B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: DESLANDES, S. F. (org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 185-216.

TRAVERSO-YÉPEZ, M., MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Caderno saúde pública.** v. 20, n.1, p. 80-88, jan/fev 2004.

TRINO, A. T. Integralidade com expectativa de qualidade de vida: o papel da saúde bucal coletiva na saúde suplementar. In: LOPES, M. G (org). **Saúde bucal coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade.** Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008. p. 45 – 55.

VAITSMAN, J., ANDRADE, G. R. B. A. Satisfação e responsividade : formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e saúde coletiva.** v.10, n.3, p. 599-613, 2005.

ZANETTI, C. H. G. A crise da odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação curativo em massa. **Ação coletiva,** Brasília, v. 2, n.3, p 11 – 24, jul/set 1999.

APÊNDICE

*APÊNDICE A***UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE*****MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA*****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Iremos realizar uma pesquisa intitulada **“A prática do cirurgião-dentista no PSF de Fortaleza no sentido da humanização da atenção”**, de autoria da mestrande Poliana Miranda Pinheiro, cujo objetivo é analisar a prática do cirurgião-dentista, na perspectiva da humanização da atenção, dentro do Programa Saúde da Família em Fortaleza-CE.

Vimos então, por meio desta, convidá-lo(a) a participar deste estudo, podendo contribuir conosco na descoberta de novos conhecimentos acerca do objetivo acima proposto. A sua participação será dada através de uma entrevista realizada pela pesquisadora, após os devidos esclarecimentos acerca da justificativa, objetivos e procedimentos metodológicos do estudo. Será garantido sigilo e anonimato dos dados confidenciais que venham a ser relatados no decorrer da entrevista.

É necessário esclarecer ainda que: 1. a sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2. que você não ficará exposto(a) a nenhum risco ou problema; 3. a identificação de todos os envolvidos será mantida em segredo; 4. que você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer problema para você; 5. será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa; 6. somente depois de ter entendido o que foi explicado, deverá assinar este documento.

Sendo assim, contamos com sua colaboração e acreditamos que, dessa forma, você possa estar contribuindo para o avanço do conhecimento técnico-científico na área de Saúde Coletiva.

Se você tiver alguma dúvida sobre a pesquisa poderá se dirigir à pesquisadora Poliana Miranda Pinheiro, pelo telefone (085) 3238.3438 ou ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, endereço Campus do Itaperi Av. Paranjana, 1700 - Fortaleza - Ceará.

Declaro ter lido e entendido este termo de consentimento.

Fortaleza, ___ de _____ de 2008

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTA****I. Identificação**

Idade: _____ Sexo: ()F ()M

Tempo de formado (a): _____

Possui pós-graduação? ()Sim () Não Qual? _____

Há quanto tempo trabalha na SMS? _____

Há quanto tempo trabalha no PSF? _____

Você realizou algum treinamento ou curso sobre a estratégia saúde da família antes de entrar para o PSF? () Sim () Não

II. Sobre a prática do cirurgião-dentista no PSF

1. Quais as atividades do cirurgião-dentista atualmente no PSF de Fortaleza?
2. O que é realizado de forma diferente no PSF, referente à odontologia, que possa atribuir a essa estratégia um caráter mais humanizado de atenção à saúde?
3. Como você analisa suas práticas dentro do PSF no sentido da humanização da atenção? Você as considera humanizadas?
4. O que é feito por você no sentido de prestar uma atenção mais humanizada?
5. Quais as dificuldades encontradas na estratégia do PSF para a prática do cirurgião-dentista no sentido de um cuidado humanizado?
6. Como, na sua visão, tem se dado a construção do vínculo entre o cirurgião-dentista e o usuário no PSF?
7. Quais as estratégias do cirurgião-dentista para realizar o acolhimento ao usuário?