

A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista

The odontological practice in the Basic Health Units in Feira de Santana, Bahia, in the health municipalization process: individual, autonomous, curative and technical activities

Dayliz Quinto Pereira¹
 Júlio César Motta Pereira¹
 Marluce Maria Araújo Assis¹

Abstract *The main objective of this present study has been the description and analysis of the odontological practice in the Unidades Básicas de Saúde (Basic Health Units) in Feira de Santana, Bahia, in the health municipalization process. It is a qualitative research with a descriptive and exploratory characteristic. The empirical data were analyzed from a semistructured interview with dental surgeons (10 professionals altogether) and a non-participant observation in 3 BHU. The empirical material treatment was based on the Bardin's (1979) and Minayo's (1999) syllabus, from which, it was ought to unveil the visible and concealed contents from the interviewees' speeches and have a greater understanding of the odontological procedures in the public health system. The outcome shows that the professional dental surgeon is not introduced into the municipalization process, benefiting individual, autonomous, curative and technical activities. We have deduced that the odontological practice present in the BHU in Feira de Santana, needs to be (re)built in order to achieve the goals indicated by the "SUS" (National Public Health System). And mainly, having the professional dental surgeon playing an active role in this process, leading alternative practices concerned with the promotion, prevention, treatment and rehabilitation of the oral health.*

Key words *Odontological practice, Health municipalization, Basic Health Units*

Resumo *O presente estudo teve como objetivo central a descrição e análise da prática odontológica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Feira de Santana, no processo de municipalização da saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva-exploratória. Os dados empíricos foram analisados a partir de entrevista semiestruturada com cirurgiões-dentistas (10 profissionais) e de observação não participante em 3 UBS. O tratamento do material empírico foi baseado na análise de conteúdo de Bardin (1979) e Minayo (1999), em que se buscou desvendar os conteúdos manifestos e latentes dos discursos dos entrevistados, e uma maior compreensão da prática odontológica na rede básica. Os resultados obtidos demonstram que o profissional CD não se inseriu no processo de municipalização, e encontra-se ainda exercendo uma prática pautada no modelo tradicional de atenção à saúde bucal, privilegiando ações individuais, autônomas, curativas e tecnicistas. Concluímos que a prática odontológica nas UBS-FS precisa ser (re)construída, para atingir os objetivos preconizados pelo SUS. E, principalmente, o profissional CD se inserir como sujeito do processo, apontando para práticas alternativas voltadas para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde bucal.*

Palavras-chave *Prática odontológica, Municipalização da saúde, Unidade Básica de Saúde*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde. Av. Dr. Getúlio Vargas 644, sala 14, 44025-010, Centro, Feira de Santana BA. jdquinho@uol.com.br

Introdução

O presente estudo surgiu do nosso interesse em conhecer a atuação clínica do cirurgião-dentista sobre as práticas odontológicas nos serviços de saúde do município de Feira de Santana (BA), uma vez que este profissional é responsável pela saúde bucal das pessoas da sua comunidade e os seus conhecimentos devem ser direcionados para tal fim. Tomaremos como eixo condutor, a implantação do processo de municipalização da saúde, com base no caráter político e social dos serviços de saúde no Brasil e em Feira de Santana, a partir de 1997, com a inserção do município no processo de municipalização, encontrando-se atualmente na gestão plena da atenção básica.

Ao estudar a prática do cirurgião-dentista a partir do processo de municipalização da saúde no município de Feira de Santana, é necessário tomar como eixo orientador a reformulação do setor saúde no Brasil, nas décadas de 1980 e 1990, pois, nos últimos 20 anos, tem sido discutida, refletida e analisada a necessidade de transformação do sistema de saúde, desdobrando-se, na prática, em propostas que argumentam pela reestruturação do modelo assistencial vigente, o qual vem se constituindo historicamente no médico assistencial privatista, baseado na demanda espontânea e na prática liberal. Diante dessa perspectiva Arouca (1988) afirma que *a proposta da Reforma Sanitária Brasileira representa, por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e, por outro, a possibilidade da existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema.*

No início da década de 1990, Feira de Santana começou a adotar diretrizes jurídicas na tentativa de viabilizar a construção do SUS no município, acompanhando, dessa forma, todo o movimento nacional que buscava uma nova organização no sistema de saúde brasileiro, fundada na descentralização. A reestruturação administrativa da Secretaria Municipal de Saúde aconteceu em 1993 e 1995 e a habilitação para o SUS na condição de Gestão Plena da Atenção Básica, em 1997 (Assis, 1998b).

A fundamentação teórica

Para discutirmos a fundamentação teórica do estudo, delimitamos como **pressuposto** orientador que a prática odontológica tem raízes históricas,

culturais e sociais na formação do cirurgião-dentista, pautada no modelo flexneriano ou medicina científica, constituindo-se em uma prática individual, curativa, tecnicista, especializada e biologicista.

Até as primeiras três décadas do século 18, a odontologia, por não ser considerada ciência e/ou arte, era exercida por charlatões que estabeleciam suas bancas nas feiras. Essa situação perdurou até *quando em 1728 o cirurgião-dentista Pierre Fauchard lançou os três volumes de Le Chirurgien-dentiste, com relato de sua longa experiência em extração descrevendo em termos científicos a anatomia bucal* (Fernandez, 2001). As obras do referido autor podem ser consideradas uma revolução odontológica, permitindo uma analogia, em termos de sua importância, com a Revolução Francesa.

Como sabemos, a odontologia advém da área de conhecimento do campo das ciências médicas e, por conseguinte, tem seu marco conceitual e seu alicerce na medicina científica. O seu paradigma começa quando se institucionaliza o *Relatório Flexner* que pretendeu a reformulação do ensino médico no século 20 na Faculdade de Medicina de Johns Hopkins, e publicado em 1910, conjuntamente com a Fundação Carneger dos Estados Unidos (Mendes, 1985). O *Relatório Flexner* apresenta as seguintes sugestões: 1) definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos; 2) introdução ao ensino laboratorial; 3) estímulo à docência em tempo integral; 4) expansão do ensino clínico, especialmente hospital; 5) vinculação das escolas médicas às universidades; 6) ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; 7) estímulo à especialização médica; 8) vinculação da pesquisa ao ensino; e 9) controle do exercício profissional pela profissão organizada.

As faculdades brasileiras de medicina, no período de 1940 a 1950, passaram por uma grande reforma na estrutura curricular, tendo como base o modelo flexneriano, voltado para ciclos básicos nos primeiros anos de ensino; ciclos clínicos nos anos subsequentes e concentração do ensino prático no ambiente hospitalar.

Surge o modelo de prática odontológica conhecida como odontologia científica ou flexneriana (Mendes, 1985). Esse modelo expressa um conjunto que envolve o mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnicista do ato odontológico, com ênfase na odontologia curativa e de gestão tecnocrática.

A prática odontológica é, portanto, baseada nesse modelo, embora demonstre ser ineficaz, na medida em que não responde, em níveis significativos, aos problemas de saúde bucal da população, e ineficiente, uma vez que é de alto custo e baixíssimo rendimento, apesar de apresentar um grande desenvolvimento científico e tecnológico, experimentado pela odontologia brasileira. A prática odontológica, ao final do século passado, vem carregando uma grande contradição, que é retratada na evolução técnica da odontologia, com novos equipamentos, medicamentos e procedimentos mais simplificados, porém com seu alcance social mínimo, o que torna cientificamente questionáveis as medidas de intervenção, fazendo com que o modelo assistencial seja de alta complexidade e com ênfase no enfoque curativo.

Como tudo, a prática odontológica está intimamente relacionada ao indivíduo e, dependendo de suas condições, pode causar impacto negativo no bem-estar geral do ser humano. Ressaltamos, no entanto, que a luta pela democracia e pela extensão da cidadania no processo de construção do Sistema Único de Saúde, via descentralização/municipalização, impulsionou mudanças nas práticas, e nas concepções sobre o que deve fazer a odontologia brasileira. Questionamos, também, se é possível visualizar no trabalho cotidiano do profissional do serviço público essa compreensão. Quais são os reflexos do atendimento odontológico à população, a partir da atenção integral e das estratégias descentralizadas, como princípios doutrinários do SUS?

Caminhar metodológico

Para este estudo utilizamos a abordagem da pesquisa qualitativa do tipo exploratória, por possibilitar responder a questões sociais, com a compreensão dos seres humanos e da natureza, e de suas relações intra-subjetivas e com a realidade social, pois como enfatiza Minayo (2000) *a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante*.

E é nessa perspectiva que buscamos *aprofundar a complexidade dos fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente* (Minayo e Sanchez, 1998).

A pesquisa foi realizada em Feira de Santana, distando 110km de Salvador, capital da Bahia, lo-

calizada na zona do semi-árido e ocupando uma extensão territorial de 1.344km². O município situa-se na região Norte do Estado e destaca-se como o mais importante entroncamento rodoviário do Norte-Nordeste do país, permitindo um grande fluxo de pessoas e bens (produtos) vindos dos mais diversos pontos. Estima-se que tenha uma população de aproximadamente 470.719 habitantes (IBGE, 2000).

Os órgãos responsáveis pela saúde no município são: a Segunda Diretoria Regional de Saúde (2ª DORES) e a Secretaria Municipal de Saúde, órgãos vinculados à esfera estadual e municipal, respectivamente.

A Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana (SMS-FS) foi criada em 1990, pela lei n. 1.349, e tem as seguintes divisões administrativas: Enfermagem, Odontologia, Medicina, Vigilância Sanitária, Controle Epidemiológico, Controle Financeiro, Administrativo das Unidades de Saúde e Informação em Saúde.

Nas UBS-FS são desenvolvidos os serviços: consultas médicas, atendimento odontológico, imunização, atividades realizadas pela equipe do PACS (Programa de Agentes Comunitários) e consultas de enfermagem vinculadas às ações programáticas na atenção a grupos específicos da população (Feira de Santana, 1999).

Em dezembro de 2000, Feira de Santana apresentava 33 Unidades Básicas de Saúde da rede municipal; destas, 29 prestam atendimento odontológico. A sede, conta com 21 UBS, com 36 cirurgiões-dentistas, sete com duplo vínculo de trabalho Estado/município, e uma voluntária, perfazendo um total de 44 cirurgiões-dentistas. Nas outras oito UBS dos distritos, temos 11 cirurgiões-dentistas, dois com duplo vínculo Estado/município, num total de 13 profissionais. Além desses profissionais que atuam na rede básica, temos uma CD na auditoria, quatro em programas de prevenção a escolares e um afastado para curso, conforme documento cedido pela Divisão de Odontologia da SMS/FS.

A Divisão de Odontologia se caracteriza pela seção de Reabilitação Bucal e a de Prevenção Bucal.

Para uma melhor definição do objeto de estudo desenvolvemos uma pesquisa exploratória. Nessa etapa, fizemos contatos com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana para definir melhor o recorte do objeto e as estratégias teórico-metodológicas. Para tanto, realizamos um levantamento que nos permitiu identificar a rede básica do município, e a distribuição dos cirurgiões-dentistas nas referidas

unidades.

Esse primeiro levantamento possibilitou a escolha das UBS, como uma primeira aproximação ao campo empírico da pesquisa, no qual procedemos à observação geral em dez UBS. O critério de seleção das UBS foi a existência do serviço de odontologia, seguindo o roteiro: 1) condições de funcionamento da rede básica; 2) estrutura física; 3) quantificação, especificação e as condições de uso dos equipamentos; 4) número de profissionais de nível superior, técnico e elementar; 5) qualificação do profissional cirurgião-dentista; 6) número de atendimentos odontológicos; 7) carga horária de distribuição de profissionais por turno.

O atendimento odontológico é diário em todas as unidades, de segunda a sexta-feira, com exceção de uma que atende de segunda a quinta-feira. Apesar de ser determinado pela SMS que todas as UBS atendam nos cinco dias da semana; observamos que isso não acontece, assim como o horário, que é estipulado para ser das 7:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00 horas, não corresponde à realidade. Apenas um cirurgião-dentista (CD) trabalhava nesse momento da pesquisa de campo. Outra questão é com relação à jornada de trabalho do CD, que deveria ser de 30 horas semanais, ou dezoito procedimentos dia e que não acontece. As horas estabelecidas no contrato e os procedimentos odontológicos são interpretados de várias formas pelos profissionais. Uns atendem por número de pacientes, e outros, por procedimentos odontológicos em cada paciente.

De posse do levantamento de dados realizado na pesquisa exploratória, partimos para a escolha das UBS que fariam parte do nosso estudo. Para isso foram estabelecidos alguns critérios: 1) ter atendimento odontológico, nos dois turnos, para adultos e crianças; 2) o serviço de odontologia deveria ofertar as atividades de prevenção, restaurações e exodontia.

Unidade Básica de Saúde A

Essa unidade foi fundada em 15 de fevereiro de 1986, surgindo das reivindicações advindas da comunidade local, e só foi fortalecida após convênio com a Prefeitura Municipal de Feira de Santana. Em 1998, passou a ser cessão de uso da SMS/FS, conforme determina a gestão da atenção básica (Quadro 1).

Unidade Básica de Saúde B

Esta unidade tem caráter filantrópico, foi inaugurada em 1985, com uma pequena estrutura física, que aos poucos foi sendo ampliada com a ajuda da comunidade (Quadro 2).

Unidade Básica de Saúde C

Primeiro Centro de Saúde Municipal de Feira de Santana, funcionava em um antigo hospital. Não faz trabalhos educativos, nem o programa de planejamento familiar, porém desenvolve ações do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Quadro 3).

Considerando que as estratégias de coleta de dados devem possibilitar uma aproximação com a prática odontológica, objeto deste estudo, optamos pela utilização da técnica de observação não-participante, e da entrevista semi-estruturada com os sujeitos (cirurgiões-dentistas) que atuam nas referidas UBS.

Utilizamos, portanto, o roteiro de observação não-participante, em que o foco principal foi a atividade prática do cirurgião-dentista na UBS, levando em conta os seguintes pontos: fluxo da demanda espontânea e resolutividade do serviço de odontologia; o aten-

Quadro 1

Caracterização dos cirurgiões-dentistas que prestam serviços na Unidade Básica de Saúde A – Feira de Santana, dezembro/2000

Área de atuação	Vínculo empregatício	Tempo de experiência profissional	Número de cirurgiões-dentistas
Exodontia	SESAB/Município	23 anos	01
Dentística	Município	9 anos	01
Programa de prevenção	SESAB/Município	22 anos	01

Quadro 2

Caracterização dos cirurgiões-dentistas que prestam serviço na Unidade Básica de Saúde B – Feira de Santana, dezembro/2000

Área de atuação	Vínculo empregatício	Tempo de experiência profissional	Número de cirurgiões-dentistas
Odontopediatria	SESAB	23 anos/12 anos	02
Clínico geral	SESAB	8 anos/10 anos	02
Periodontia	Voluntária	3 meses	01

Quadro 3

Caracterização dos cirurgiões-dentistas que prestam serviços na Unidade Básica de Saúde C – Feira de Santana, janeiro/2001

Área de atuação	Vínculo empregatício	Tempo de experiência profissional	Número de cirurgiões-dentistas
Exodontia	Município	8 anos	01
Dentística	Município	3 anos	01

dimento do usuário pelos trabalhadores do serviço de odontologia; horário de atendimento odontológico e tempo de atendimento odontológico por procedimento; planejamento e organização das atividades diárias do serviço de odontologia; autonomia profissional do cirurgião-dentista dentro do serviço de saúde.

Para a entrevista semi-estruturada utilizamos um roteiro. Elaboramos questões de forma a que não fosse retratado o nosso conhecimento sobre os cirurgiões-dentistas, e a sua prática odontológica na UBS com o objetivo de não induzir as respostas. As questões:

- 1) Comente sobre sua experiência no serviço de odontologia da rede básica pública do município de Feira de Santana.
- 2) Fale sobre as práticas odontológicas desenvolvidas nesta unidade.
- 3) Fale sobre o processo de municipalização da saúde em Feira de Santana, e qual a influência na prática odontológica.
- 4) Comente sobre os avanços e as dificuldades encontradas pelo cirurgião-dentista, para desenvolver sua prática odontológica nos serviços de saúde da rede pública.

Portanto, ao optarmos pela entrevista semi-estruturada, possibilitamos aos entrevistados discorrerem sobre o tema proposto, com o intuito de obter dados objetivos e sub-

jetivos. As gravações das entrevistas foram transcritas e, posteriormente, ordenadas, classificadas e analisadas.

De posse de todos os dados coletados, construímos e (re)construímos o material de análise, explicitado na seqüência.

Análise dos dados

Para a análise dos dados da pesquisa, utilizamos o método de análise de conteúdo, buscando compreender a fala dos entrevistados, que contemplasse os conteúdos manifesto e latente, presentes nos depoimentos. A análise de conteúdo, segundo Bardin (1979), é *um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.*

Ao estabelecermos relações da proposição de Bardin, inspirado em Minayo (1999), a análise de dados foi realizada através dos seguintes passos: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final. Apesar de a trajetória se apresentar de forma separada e seqüencial, acontece de maneira intercomple-

mentar e dinâmica. Nessa perspectiva descrevemos como realizamos, de forma sistemática, a análise de conteúdo, no sentido de facilitar uma maior compreensão.

Estabelecidos os núcleos de sentido, selecionamos, pelas UBS A, B e C, os fragmentos das falas relacionadas à entrevista e à observação da prática. Essa classificação nos permitiu a estruturação de esquemas de análise, e elaboramos a síntese de cada entrevista e de cada observação (vertical e horizontal), quando identificamos as convergências, divergências, complementaridades e o que era diferente em cada uma das falas e das observações da prática.

Essa classificação nos permitiu eleger o eixo temático central:

A prática odontológica em unidades básicas no processo de municipalização da saúde em Feira de Santana: individual, curativa, autônoma e tecnicista, desenvolvido adiante, na análise e discussão dos resultados.

Análise e discussão dos resultados

Na análise final do conteúdo do material coletado procuramos desvendar o conteúdo latente, na perspectiva de compreender o objeto de estudo dentro de um contexto em constantes modificações tecnológicas e sociais, permitindo uma maior compreensão e apreensão da prática odontológica na rede básica pública de Feira de Santana, no processo de municipalização da saúde, sistematizada em seus aspectos de análise, componentes da articulação entre os discursos, as observações e o referencial teórico orientador.

Os aspectos de análises que compõem este capítulo são apresentados a seguir.

A municipalização da atenção básica à saúde bucal: “nada começou...”

Para se entender as estratégias descentralizadoras que vêm sendo desencadeadas desde meados da década de 1970, foi necessário retornar ao movimento por reforma no sistema nacional de saúde, para em seguida estabelecer uma relação com o cenário local de Feira de Santana, situando a prática odontológica nesse contexto.

No início da década de 1990, Feira de Santana ficou na dependência da articulação das instâncias governamentais (federal, estadual

e municipal) para a transferência de recursos financeiros, contando com a vontade política de seus interlocutores e da falta de mobilização da sociedade civil organizada, sobre as questões de saúde do município. Nessa mesma década, conforme refere Assis (1998a; 1998b), entra em cena, na esfera estadual, um governo do Partido da Frente Liberal (PFL), tendo como seu principal interlocutor o governador da Bahia, Antônio Carlos Magalhães. O município de Feira de Santana passa a ser governado pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), de oposição ao governo do Estado da Bahia. Essa situação política trouxe a retaliação, com bloqueio dos recursos do SUS para o município.

No cenário político nacional, o governo Collor levou o Brasil a uma tragédia sanitária, apesar de a nova Constituição Brasileira assegurar o direito à saúde, e prever a criação de um sistema democrático comprometido com as necessidades da população. Esse governo violentou todos esses princípios, e intensificou um período de desrespeito à ética, à moral e ao interesse público, sem precedentes na história do país. Em outras palavras, houve um agravamento político dramático com efeitos na economia, recessiva e privatizante, caracterizada pelo modelo neoliberal. Apesar disso tudo, ocorrem expressivos e bem-sucedidos avanços na reorganização da saúde, cuja implementação é devido aos esforços, principalmente no nível local, tanto de prefeituras, quanto de secretarias municipais de saúde.

O processo de descentralização das ações de saúde no Brasil teve como base a publicação da Norma Operacional Básica (NOB), em 1991, sem muitas modificações na relação Município-Estado. Nesse mesmo período foi criado o Conselho Municipal de Saúde em Feira de Santana, composto por representantes de instituições prestadoras de serviços e de entidades de saúde e o comando a cargo do secretário de Saúde do município.

A partir de 1993 é que o processo começa a tomar corpo, com a operacionalização da NOB/ 93, quando os municípios passam a incorporar o Sistema Único de Saúde (SUS), criando diferentes fases para a habilitação, segundo o tipo de gestão pelo qual optasse cada município, cumprindo os pré-requisitos da lei 8.142/1991. Essa lei estabelece uma composição entre critérios populacionais e epidemiológicos para o cálculo das transferências.

São quatro as situações de transição previstas: Incipiente, Parcial, Semiplena até chegar à Gestão Plena. Em 1995, Feira de Santana se habilita para a gestão incipiente, porém não desencadeia mudanças no processo de gestão local, conforme análise de Assis (1998a, 1998b) sobre o processo de municipalização da saúde. Para esta autora o repasse de recursos continua por instituição ou serviços produzidos, e o modelo de atenção não representou o avanço na qualidade esperada e na consolidação do SUS. A situação de Feira de Santana reflete a do Estado da Bahia como um todo. Dos 415 municípios existentes no Estado, 58% não foram habilitados em nenhuma condição de gestão, e a totalidade não alcançou a gestão semiplena; uma vez que esse tipo de gestão poderia conferir autonomia ao município na organização do sistema de saúde, e maior responsabilidade com o resultado de sua ação.

A referida autora afirma, ainda, que houve uma certa omissão dos interlocutores municipais, ao não apresentarem uma proposta concreta que respondesse às necessidades locais, independente da política de saúde definida nas esferas de poder federal e estadual.

Em 1996, é editada a NOB-01/96 que propõe a "Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão", com a finalidade de promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, redefinindo a função do gestor municipal, e a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, procurando avançar na consolidação dos princípios orientadores de um sistema universal e igualitário (Brasil, 1997).

Em 1997, assume outro governo municipal em Feira de Santana, e com ele volta a discussão do processo de gestão, que é uma das exigências do processo de mudança do modelo assistencial de saúde, preconizado pelo SUS, em função dos novos critérios adotados pelo Ministério da Saúde aos municípios habilitados com a NOB/ 1996. Este governo adota como proposição a alteração do modelo de gestão e assistencial, vinculado à ação programática e à vigilância em saúde, tendo como eixo condutor às estratégias de territorialização da saúde, em que as prioridades foram no sentido de intervir nas doenças infecto-contagiosas, doenças crônico-degenerativas, saúde da mulher, saúde da criança e recursos humanos (Assis, 1998b).

O setor de odontologia não foi contemplado no referido plano, com qualquer ação ou reavaliação em suas estratégias de atendimento, até mesmo porque, historicamente, a odontologia dos serviços públicos sempre adotou um modelo tradicional, centrado no atendimento curativo/mutilador, e a situação do município refletia a do cenário nacional.

No entanto, o município de Feira de Santana, de uma maneira geral, mostra avanços no processo de descentralização, tomando iniciativas que envolvem a participação da comunidade, trabalhadores de saúde e instituições locais; nesse sentido, a Secretaria de Saúde organizou um seminário sobre a municipalização da saúde em julho de 1997, com a participação ampliada da sociedade feirense, tendo como desdobramento a elaboração do Plano Municipal de Saúde (1998-2001).

Tudo isso, reflexo da Reforma Sanitária que vem produzindo reflexões teórico-práticas no reordenamento do Sistema Nacional de Saúde, incentivando o controle social com a participação popular, para possibilitar um sistema único, público, universalizado, descentralizado, hierarquizado e regionalizado, e que as ações produzidas tivessem a marca da integralidade.

Ao situarmos a representação dos cirurgiões-dentistas no processo de implantação da municipalização da saúde em Feira de Santana, é preciso estabelecer articulações com a prática odontológica na rede básica pública, até porque este município se encontra na forma de gestão plena da atenção básica.

Os cirurgiões-dentistas entrevistados evidenciaram a sua não-participação no processo de implantação da municipalização da saúde em Feira de Santana; as reuniões com os gestores, para orientação aos profissionais de saúde, não foram significativas e aconteceram em número muito reduzido, assim como não causaram mudanças na assistência odontológica aos usuários da rede SUS.

Apesar de termos clareza de que o processo de municipalização não aconteceu de um momento para o outro, e sim marcado pela trajetória do Movimento Sanitário, a participação dos cirurgiões-dentistas foi praticamente nula. Estiveram à margem do processo de municipalização, não demonstrando interesse ou conhecimento sobre o processo. Outro ponto que verificamos, foi a não-definição de uma política de saúde bucal nos planos municipais em nível local com a implantação

do SUS. Essa questão também está presente no cenário nacional conforme refere Toledo (1991): *na elaboração do plano municipal de saúde é necessário garantir a inclusão de todos os componentes referentes às ações de atividades de saúde bucal, com vistas ao adequado equacionamento de suas questões, uma vez que além da assistência, na necessidade odontológica da população, é fundamental que se pense na reversão do quadro epidemiológico.*

Os depoimentos dos cirurgiões-dentistas que atuam nas UBS são representativos de alguns aspectos da implantação do processo de municipalização em Feira de Santana:

Não senti nenhuma diferença na passagem para a municipalização... (CD 2/UBS A)

Não, não houve nenhum esclarecimento sobre as vantagens ou desvantagens para o cirurgião-dentista, nada disto, apenas na época o secretário fez algumas reuniões antes da municipalização e tal... (CD 9/UBS C)

Nada aconteceu, apenas vai municipalizar... e pronto, já começou atendendo na engrenagem da municipalização.... ou para mostrar qual a diferença... não senti a diferença aqui... (CD 7/UBS C)

As falas dos profissionais nos remetem à questão do significado do sujeito social o que é extremamente controvertido. O sujeito também pode ser compreendido como ator social. Para Matus (1987) *a forma como estes se relacionam permitem entender a maneira pela qual cada ator define e delimita a situação, ou em outros termos, explica a realidade em função do seu propósito.*

Percebemos que o cirurgião-dentista permaneceu e ainda permanece um sujeito alheio ao processo de municipalização, quando afirma que nada aconteceu, e que não sentiu qualquer diferença no desenvolvimento de suas atividades práticas, como se o processo da Reforma Sanitária não estivesse em curso e muito menos a estratégia de descentralização via municipalização da saúde. Que sujeito é este? Por que o CD não tenta mudar a sua prática para melhorar o seu atendimento em favor dos seus usuários? E que posições estão tomando, quando ficam a mercê de todo um processo?

O funcionamento das UBS no processo de municipalização da saúde de Feira de Santana

A prática odontológica no processo de

municipalização da saúde está condicionada à quantidade de material odontológico existente na UBS, ignorando o modelo assistencial preconizado pelo SUS. Ou seja, a municipalização se resume em ter ou não material para desenvolver as atividades das práticas odontológicas, como vemos nas falas abaixo:

No meu trabalho, eu senti que o material melhorou, o material, assim, por exemplo, algumas coisas, que eu não fazia... existia uma cobrança muito grande só em número, número, até que agora melhorou bastante... (CD 2/UBS A)

... Acho que melhorou, apesar da gente não ter nunca muita dificuldade com as coisas aqui, mas achei que melhorou, não falta, a gente tem luva e sempre tem em quantidade... tendo o cuidado sempre de fazer a lista quando está acabando a gente já faz, já manda, logo chega... (CD 7/UBS B)

Testa, lembrado por Botazzo (1999), discute que o *objeto central do planejamento deve ser contribuir para promover a criação de condições que possibilitem a realização de ações que conduzem a mudanças sociopolíticas e econômicas nos países (América Latina).*

Os CD demonstraram não se preocupar com um planejamento de ações, que possam criar condições de mudança social, e continuam dando mais atenção ao fato de terem ou não material para o desenvolvimento técnico odontológico; isso foi uma constante nas três UBS estudadas, levando-nos a concluir que não existe um planejamento sistemático das atividades odontológicas na rede, como uma forma de articular o político com o técnico-científico na produção dos cuidados assistenciais em saúde.

As UBS A e B apresentam convergências em relação à aquisição de material de consumo para o atendimento odontológico, talvez pelo fato de ambas planejarem a solicitação com base na demanda por atendimento, que é coordenada por uma gerente administrativa local, enquanto na UBS C não existe uma coordenação do trabalho, ficando sob responsabilidade do cirurgião-dentista, lotado na Unidade, o planejamento e a solicitação do material necessário para o desenvolvimento de suas atividades, ou seja, o planejamento se dá no nível individual e de forma assistemática.

as deficiências que a gente tem aqui de, de... a nível de [sic.] saúde municipal, é quando falta material mesmo, que deixa a dese-

jar... porque na verdade o que eu acho deficiente ainda hoje é justamente esta parte de distribuição do material, de assistência que a gente tem que estar adulando, correndo atrás na Secretaria de Saúde, e liga e mando e eles não dão atenção, essa coisa toda. (CD 10/UBS 10)

A atenção odontológica centrada na quantidade de procedimentos

A UBS é pensada como o lugar da ordem, da disciplina das atividades programáticas, perpassando por um modelo de atenção medicalizante, das políticas médicas. Concretamente, a prática odontológica das UBS é centrada e entendida na quantidade de procedimentos, repercutindo na produtividade. O dilema da quantidade *versus* qualidade começou a ser definido ainda nas escolas de ensino superior, quando professores e alunos tentam, ainda que de forma incipiente, mas moldados pelo modelo flexneriano, um trabalho de alta produtividade com o sacrifício da qualidade. Podemos denominar essa odontologia de simplificada, na qual, apesar de se enfatizar uma prática preventivista, continua/continuava a priorizar a curativa.

Podemos observar nas falas a seguir, que a quantidade de procedimentos ainda é uma prioridade:

...são oito pacientes que eu tenho que atender por turno, antes era muito mais... é aquela coisa assim de produtividade, produtividade e até que agora eles estão melhorando, sentindo, estão vendo que tem a qualidade no atendimento, como a gente atende o paciente... (CD 2/UBS A)

... trabalhamos ainda em número de procedimentos, e é na faixa de 15 a 20 pacientes... a gente individualiza, mas o número mesmo é de pacientes, mesmo que não faça exodontia, mas conta como consulta... (CD 3/UBS A)

... a gente sempre foi muito cobrada neste ponto de quantidade, eles querem que a gente atenda muita gente... Eu não sei trabalhar aqui entupido de gente... (CD7/UBS B)

... todo dia eles mudam isto, cada dia inventam uma coisa diferente, tem que ter X paciente com X procedimentos... (CD 10/UBS C)

... você deveria ganhar sobre sua produtividade, eu ia me interessar em ter mais pacientes, em buscar mais pacientes, mas como é hoje 40% para todo mundo. Quem trabalha e quem não trabalha ganha 40%, então nisto a municipalização não ajudou... (CD 1/UBS A)

A manutenção do modelo curativo tecnicista do atendimento odontológico

No Brasil, a implantação do SUS está ocorrendo de uma maneira paradoxal. Por um lado, temos uma crise de financiamento do sistema de saúde e do outro, um esforço para que a atenção aconteça dentro de novas perspectivas. Mas, apesar disso, a prática odontológica continua com as mesmas características históricas do início da sua atuação.

O modelo atual decorre de uma concepção de prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, realizada com exclusividade por um sujeito individual, o cirurgião-dentista, no restrito ambiente clínico-cirúrgico, em que a concepção da prática odontológica é enfatizada pelo pensamento de mercado. Nesse sentido, para Araújo (1994), o modelo odontológico caracteriza-se pela dependência externa, na medida em que baseia sua atuação na orientação e na formação de seus recursos humanos, empregando uma tecnologia com insumos e equipamentos importados e cujas condições pouco reproduzem as existentes no país. A odontologia incorporou o paradigma flexneriano, que defende o corpo humano como uma máquina de natureza exclusivamente biológica.

Diante dessa realidade, acreditamos que é importante que os currículos sejam montados a partir do perfil profissional, que respondam às necessidades da comunidade em que o órgão formador esteja inserido, como parte do projeto local de saúde, articulando ensino e assistência, para que não tenhamos que reduzir a estratégia de mudança de modelo via descentralização da saúde a aquisição de recursos. Infelizmente, é o que constatamos nas seguintes falas:

... Não senti diferença com a municipalização, sempre tivemos os materiais, os mesmos instrumentais para a exodontia, não houve assim, não senti diferença não. (CD 9/UBS C)

... Continua a mesma coisa que antes da municipalização, para mim, a falta de material continua a mesma coisa... (CD 10/UBS C)

... Ainda não avançou nada com a municipalização, é a mesma coisa... se faz hoje a mesma coisa que se fazia há dez anos atrás... (CD 3/UBS A)

... o dentista ainda não está preparado para a municipalização, não adianta municipalizar se ele não tiver a consciência da munici-

palização... (CD 1/UBS A)

Para os cirurgiões-dentistas de Feira de Santana o SUS é uma idéia distante dos acontecimentos da realidade, podemos até dizer um pouco negativistas, não se materializando como prática social. Daí, ser comum nas falas dos profissionais que o SUS não aconteceu.

Existe uma grande preocupação dos profissionais em relação ao salário, muitos relatam que houve só a municipalização das ações e não aconteceu uma alteração salarial, e que isso se deve ao fato de não existir isonomia salarial nas três instâncias do governo. Na verdade, o governo municipal tem um salário diferenciado do estadual e do federal. Portanto, não existe equiparação salarial na esfera estadual e nem uma política de recursos humanos definida que valorize o trabalhador no seu campo de ação. Os discursos dos profissionais dão conta dessa preocupação:

... *O líquido chega perto de R\$500,00 é o mais baixo de todos...* (CD 8/UBS A)

... *municipalizou o trabalho, mas o salário é pago pelo Estado, hoje a gente não sabe quem paga, quem é que não paga, o Estado não tem interesse, em aumentar ninguém...* (CD 3/UBS A)

... *cada vez que entra outra pessoa na secretaria, quer impor determinadas condições e você vê que o retorno financeiro não vem, e que o profissional dentro da municipalização, não foi municipalizado, a gente continua sendo funcionário do Estado...* (CD 6/UBS B)

Pelos depoimentos podemos perceber a insatisfação do CD quanto à questão salarial, sendo reforçada quando, por ocasião do Relatório Final da 2ª Conferência de Saúde Bucal (Brasília, 1993), os profissionais confirmam a *inexistência de planos de carreira, cargos e salários, o que contribui para desestimular os servidores. A isonomia salarial ainda não é realidade.*

A autonomia e o individualismo profissional do CD: fragmentado, obscurecido e/ou “fetichizado”

Nos serviços de saúde bucal, existe uma resistência dos trabalhadores especializados a se adequarem à mudança da organização do trabalho. O que existe é uma ação organizada da corporação, com amparo legal, pois apesar da natureza do trabalho não permite alcançar um grau de racionalização, como se fosse comparada a profissão médica a uma indústria. *O dentista continua sendo dono do saber de produção e conseqüentemente do tempo de produção* (Loureiro, 1998, grifo nosso).

O individualismo profissional surge como uma das características do cirurgião-dentista, principalmente, por ser este o planejador e executor de suas atividades. Ao iniciar um procedimento é ele que define todo o tipo de cuidado que vai ser prestado ao usuário e, ao mesmo tempo, não precisa passar por avaliações, ou até mesmo por interferências de outros profissionais da saúde, para que seu trabalho seja efetuado. Observamos nas falas dos entrevistados essa característica da prática odontológica:

... *o pessoal não interfere, consigo fazer um trabalho realmente humanizado, digamos assim... não para dizer eu tenho que cumprir tal meta.* (CD 4/UBS B)

... *Eu só faço exodontia.* (CD 9/UBS C)

Eu só faço restauração, não faço extração... (CD 2/UBS A)

... *a gente vem trabalha, sabe o que tem de fazer, aquilo, atender as pessoas, o material está aí, fazemos nosso trabalho e pronto...* (CD 7/UBS B)

De lá para cá, não mudou nada não; só mudou o meu esquema de atendimento em relação aos pacientes, só... (CD 10/UBS C)

O cirurgião-dentista desenvolve suas atividades de forma autônoma, independente e individualizada, quando demonstra não sofrer interferências externas da organização em que está inserido, ou seja, é ele quem decide como será seu trabalho, usando da sua liberdade e demonstrando ser o “dono” do seu saber técnico. Essa questão é apontada por Mendes (1999) ao se referir à prática médica (a qual se constitui em modelo dominante e influenciador das outras práticas), afirmando *o profissionalismo está associado à autonomia profissional, expressa na liberdade do médico em decidir, sem interferências externas, o que deve ser feito, transformando-o em juiz das próprias ações, o que deriva do monopólio do conhecimento técnico.*

Considerações finais

Consideramos este estudo de relevância, uma vez que nos proporcionou uma reflexão sobre a prática odontológica desenvolvida nas UBS de uma realidade específica que articula as práticas no cenário nacional no processo de implantação do Sistema Único de Saúde.

Destacamos, aqui, o pressuposto teórico desse estudo, *a prática odontológica tem raízes históricas, culturais e sociais na formação do cirurgião-dentista, pautada no modelo flexneriano ou medicina científica, consti-*

tuindo-se em uma prática individual, curativa, tecnicista, especializada e biologicista, e ao relacioná-lo com os depoimentos dos entrevistados (cirurgiões-dentistas), com a observação, no contexto do município de Feira de Santana, pudemos perceber que os resultados obtidos apontam que:

- Apesar de o município ter incorporado os princípios e as diretrizes norteadoras do SUS, através de um processo lento, houve pouca vontade política. O setor de odontologia continua exercendo uma atividade curativa, baseada no modelo de atenção à saúde bucal tradicional/ mutilador, e com poucos avanços na prevenção à saúde bucal. Portanto, refletindo ainda o modelo flexneriano, permanece como uma prática individual, curativa, tecnicista e autônoma.
- O estabelecimento de uma consciência profissional é, portanto, de fundamental importância na construção de uma nova concepção de “saúde bucal”, em que a equidade é

um dos princípios preconizados pelo SUS, e deve ser buscada pelo reconhecimento das desigualdades existentes e no desenvolvimento de ações específicas, direcionadas aos vários grupos populacionais.

- Nas observações práticas da pesquisa de campo, identificamos obstáculos que impedem ou dificultam o acesso do usuário ao setor de odontologia, e, em outros momentos, são as próprias condições do serviço odontológico que funcionam como barreira para o atendimento ao usuário. Portanto, esse serviço continua refletindo os interesses na manutenção do um modelo político e econômico centralizador nas ações de saúde.

Acreditamos que para (re)construirmos uma nova prática odontológica seja necessário, como agentes de mudanças, sabermos que esse (re)fazer da prática odontológica é um desafio cotidiano, e que envolve não só o profissional como também a política de saúde, e outros segmentos da sociedade.

Referências bibliográficas

- Araújo ME 1994. *A saúde bucal no Estado de São Paulo com a implantação do Sistema Único de Saúde – uma análise*. Dissertação de mestrado em odontologia, Faculdade de Odontologia/USP, São Paulo.
- Arouca AA 1988. Reforma sanitária brasileira. *Tema Radis* 11:24, nov.
- Assis MMA 1998a. *A municipalização da saúde: intenção ou realidade?* Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana.
- Assis MMA 1998b. *As formas de produção dos serviços de saúde: o público e o privado*. Ribeirão Preto, 1998b. 313p. Tese de doutorado em enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto.
- Bardin L 1979. *Análise de conteúdo*. Edições 70, Lisboa.
- Brasil. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Empresa Gráfica da Bahia, Salvador.
- Brasil. Ministério da Saúde 1999. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica Saúde*. Brasília.
- Botazzo C 1999. *Unidade Básica de Saúde: a porta do sistema revisitada*. Edusc, Bauru.
- Cohn A & Paulo EE 1999. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. Hucitec, São Paulo.
- Conferência Nacional de Saúde Bucal (2ª) 1993. *Relatório final*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Feira de Santana 1999. *Plano Municipal de Saúde-1998-2001*. Secretaria Municipal de Saúde, Feira de Santana.
- Fernandez MT 2001. A descoberta da boca. *Revista Brasileira de Odontologia*. 9(1):6-11, fev/mar.
- IBGE 1998. *Feira de Santana*. Rio de Janeiro.
- IBGE 2000. *Feira de Santana*. Rio de Janeiro.
- Loureiro CA 1998. A inversão da atenção em saúde bucal. In EV Mendes (org.). *A organização da saúde no nível local*. Hucitec, São Paulo.
- Matus RE, Liefer CE, Hurvitz AI 1987. Use of plasmapheresis and chemotherapy for treatment of monoclonal gammopathy associated with Erlichia canis infection in a dog. *Journal American* 1:190: 1302-1304.
- Mendes EV 1985. *A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas*. PUC/MG-Finep, Belo Horizonte-Brasília.
- Mendes EV 1999. *Uma agenda para a saúde*. (2ª ed.). Hucitec, São Paulo.
- Minayo MCS & Sanches O 1998. MCS Quantitativo-qualitativo. *Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health* 9(3):254-255.
- Minayo MCS 1999. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (6ª ed.) Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Minayo MCS (org.) 2000. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (17ª ed.). Vozes, Petrópolis.
- Rivera FJU (org.) & Matus C 1989. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. Cortes-Abrasco, São Paulo.
- Toledo JPG 1991. *A saúde bucal no Estado de São Paulo – das Ações Integradas de Saúde ao Sistema Único de Saúde*. CADAIS/SES-SP, São Paulo. (Mimeo).

Artigo apresentado em 3/10/2002

Aprovado em 11/11/2002

Versão final apresentada em 16/12/2002