



EM DEBATE

Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Régis Aranha Rossi, Thais; Lima Chaves, Sônia Cristina
Processo de trabalho em saúde na implementação da atenção especializada em saúde
bucal no nível local
Saúde em Debate, vol. 41, núm. 3, septiembre, 2017, pp. 188-201
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406353543015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Processo de trabalho em saúde na implementação da atenção especializada em saúde bucal no nível local

Considerations about the work process in the implementation of Dental Specialty Centers in the local context

Thais Régis Aranha Rossi¹, Sônia Cristina Lima Chaves²

RESUMO O presente estudo analisou o processo de trabalho na implementação da atenção especializada em saúde bucal em dois municípios da Bahia. Foram realizadas 24 entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais da assistência e funcionários do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); análise documental e observação participante. Os objetos de trabalho se mantiveram como atendimento a doentes. A percepção mais abrangente do objeto e a finalidade do serviço em coerência com o proposto nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) estiveram relacionadas com o serviço exitoso enquanto produto. As características da gestão influenciaram o processo de trabalho em saúde bucal na atenção especializada.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação de serviços de saúde. Política de saúde. Serviços de saúde bucal.

ABSTRACT This study aimed to analyze the work process in the implementation of Dental Specialty Centers (CEO) in two municipalities of Bahia. 24 semi-structured interviews were conducted with managers, professionals and support staff of the CEO; document analysis and participant observation. The work process for Dental Specialty Centers showed weaknesses in the relationship between agents and managers in both municipalities. The objects remained as care for patients. The broader perception of the object and purpose of the service in line with the guidelines proposed in the Oral Health Surveillance Policy (PNSB) were related to the service as a successful product. Management characteristics influenced the work process in CEO.

KEYWORDS Health services evaluation. Health policy. Dental health services.

¹ Universidade do Estado da Bahia (Uneb) - Salvador (BA), Brasil.
thais.aranha@gmail.com

² Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Salvador (BA), Brasil.
schaves@ufba.br

Introdução

A resposta do Estado brasileiro aos problemas bucais da população, a partir de 2004, perpassou o propósito de expandir e qualificar a atenção em Saúde Bucal (SB) em todos os níveis com a publicação da Política Brasil Sorridente, apontada enquanto uma das quatro prioridades do governo federal no período de 2003 a 2010 (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011; PAIM ET AL., 2011). Além da grande expansão das equipes de SB vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) foram implementados em todo o País como iniciativa conduzida pelo nível central para oferta de tratamento odontológico especializado à população. Os CEO são unidades de referência para a atenção básica, que devem oferecer, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor.

As práticas voltadas para a SB no País, até os anos 2000, foram balizadas predominantemente pela oferta de procedimentos de baixa complexidade e outras ações de caráter preventivo. A omissão na oferta de procedimentos especializados pode ser constatada por meios dos inquéritos epidemiológicos, a exemplo do SB-Brasil 2003 no qual se observou que 70,99% da população examinada necessitava de prótese dentária para arcada inferior e 35,83% para arcada superior nos adultos (35 – 44 anos), a maioria por combinação de elementos, o que se caracteriza como procedimentos especializados. A necessidade de tratamento endodôntico, também considerado como procedimento especializado, esteve presente em 6,19% dos dentes examinados já na faixa etária de 15 a 19 anos (RONCALLI, 2011). O SB-Brasil 2010 apontou 68,8% da população de 35 a 44 anos e 92,7% dos idosos (65 a 74 anos) com necessidade de prótese dentária. O *deficit* de próteses em idosos é considerado significativo, a prevalência de oclusopatia que requer

tratamento é de 10% em adolescentes, assim como a necessidade de tratamento periodontal especializado e cirurgia oral menor, entre outros.

Estudo que analisou a expansão e distribuição dos CEO em território nacional concluiu que, mesmo levando em consideração as características geográficas e populacionais, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) representa um avanço real na reorganização da prática odontológica no Brasil (BRASIL, 2010). Analisando os fatores relacionados com a integralidade nos CEO, Chaves e colaboradores (2011) apontaram que quanto maior a cobertura da atenção primária no território em que o serviço especializado se encontrava, maior era a integralidade, bem como foram apontadas lacunas na atenção básica na sua interface com a atenção secundária.

A mudança do modelo de atenção em saúde perpassa as ações desenvolvidas pelos profissionais em suas práticas, podendo ser analisadas a partir do referencial teórico do processo de trabalho em saúde, construto de base marxista, estudado no espaço da saúde a partir da contribuição de Mendes-Gonçalves (1994, 1998).

Na SB, existem trabalhos que analisam o processo de trabalho do Cirurgião-Dentista (CD) e de sua equipe no campo público de atenção à saúde (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2007; FACCIN; SEBOLD; CARCEREI, 2010; GALVEAS ET AL., 2016; MENDES ET AL., 2017; PIMENTEL ET AL., 2012; PIMENTEL ET AL., 2010; RODRIGUES; ASSIS, 2009; SANTOS; ASSIS, 2006; SANTOS ET AL., 2007; SOUZA ET AL., 2007). Essas pesquisas trazem contribuições e apontam algumas questões críticas no fazer cotidiano do processo de trabalho como prática clínica curativista hegemônica (PIMENTEL ET AL., 2010), a falta de acompanhamento e supervisão das equipes, a ausência de integração entre a odontologia e demais áreas (MENDES ET AL., 2017; PIMENTEL ET AL., 2012), a dupla inserção nos campos público e privado (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2007), as limitações estruturais, bem como as diferentes percepções sobre o processo saúde-doença

(FACCIN; SEBOLDI; CARCERERI, 2010; GALVEAS *ET AL.*, 2016). Ressalta-se, todavia, que esses trabalhos voltaram suas análises apenas para atenção básica, não tendo sido encontrado nenhum artigo que investigasse o processo de trabalho na atenção especializada.

Tendo em vista o exposto, o objetivo presente estudo foi analisar as práticas desenvolvidas pelos profissionais de CEO em dois municípios da Bahia.

Metodologia

Estratégia do estudo e fontes de informação

Desenvolveram-se dois estudos de caso na Bahia. A produção dos dados foi realizada em 2011, entretanto, ressalta-se a importância da publicação e a atualidade do debate relacionado com o processo de trabalho na atenção especializada em saúde bucal.

Inicialmente, foi feito o levantamento dos municípios da Bahia que atendiam às seguintes condições: CEO implantado e cobertura populacional da ESF estimada em 100%, buscando-se a possibilidade de maior integração entre os serviços e dos CEO desempenharem procedimentos especializados, conforme preconizado pela política.

Foram identificados 20 municípios conforme os critérios estabelecidos. Em seguida, entrevistaram-se gestores da Coordenação Estadual de Saúde Bucal, a fim da indicação de municípios considerados exemplares quanto ao melhor desempenho do serviço especializado em saúde bucal. Os gestores estaduais indicaram dois municípios, a partir da análise dos relatórios das visitas realizadas pela área técnica, dos resultados da avaliação anual realizada pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (MS), assim como também foi considerado

o período de implementação semelhante dos serviços em ambas localidades.

Os procedimentos para a produção de dados foram a análise documental, realização de entrevistas semiestruturadas e a observação participante. Constituíram-se fontes de análise documental as diretrizes da PNSB, outras publicações do MS que versaram sobre o tema, o Plano Plurianual (PPA) dos municípios em estudo, Planos Municipais de Saúde, Relatórios Anuais de Gestão (RAG), Protocolos Assistenciais municipais e atas do Conselho Municipal de Saúde que abordaram o tema em análise.

Nesta pesquisa, foram considerados os agentes do trabalho os CD, Auxiliares de Saúde Bucal (ASBs), funcionárias do CEO. Os gestores relacionados com a saúde bucal especializada (prefeito(a), secretário municipal de saúde e a coordenação de SB/CEO) também foram entrevistados, tendo em vista sua relação com os agentes do trabalho e sua influência no processo de trabalho. Entrevistas individuais semiestruturadas foram conduzidas com 24 informantes-chave (1 prefeito(a), 2 secretários de saúde, 2 coordenadores de SB e/ou do CEO, 8 CD especialistas nos CEO e 1 generalista da atenção básica, 8 auxiliares de SB e 3 funcionários dos serviços). Todas as entrevistas foram gravadas após devido consentimento, transcritas e analisadas.

A partir de categorias definidas pelo referencial teórico utilizado, o material empírico obtido foi tratado e processado em matrizes de análise. A partir da categoria analítica do processo de trabalho em saúde, foram definidas categorias de análise, questões norteadoras e suas fontes de verificação (*quadro 1*). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia por meio do Registro CEP nº 045/2010. Este trabalho teve fomento do edital DCIT/MS/Fapesb – PPSUS nº 6127/2010.

Quadro 1. Matriz de análise das categorias que compõem o processo de trabalho nos CEO em dois municípios da Bahia, 2011

Categoria de análise	Questões norteadoras	Fontes de Verificação
Agentes do Trabalho	Quais atividades são realizadas? Quem são os agentes de trabalho? Quais as atribuições e responsabilidades de cada um desses agentes? Que problemas encontram para organizar o trabalho? Quais relações técnicas e sociais no / do trabalho?	Observação direta acompanhando e registrando movimentos, discursos e ações dos agentes, bem como suas relações. Entrevistas com gestores, Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e funcionários administrativos dos CEO.
Objeto	Qual a percepção dos trabalhadores sobre as necessidades de tratamento dos usuários que frequentam o serviço? Quais eram os tratamentos mais realizados?	Entrevistas com gestores, Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e funcionários administrativos dos CEO. Análise documental de relatórios de gestão anuais (RAG), documentos da coordenação dos CEO, Planos Municipais de Saúde (PMS).
Finalidades	Qual a imagem objetivo do trabalho dos agentes no CEO? O que seria um CEO ideal?	Entrevistas com gestores, Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e funcionários administrativos dos CEO.
Instrumentos	Quais equipamentos e materiais utilizados? Eles estão adequados? Qual a formação dos trabalhadores e sua forma de contratação? Quais os saberes que fundamentam as práticas dos agentes?	Observação direta acompanhando e registrando movimentos, discursos e ações dos agentes, bem como suas relações. Entrevistas com gestores, Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e funcionários administrativos dos CEO.
Produto	Qual a relação entre o percebido em nível local com o estabelecido na PNSB? Quais as características do cuidado produzido no CEO?	Observação direta acompanhando e registrando movimentos, discursos e ações dos agentes, bem como suas relações. Entrevistas com gestores, Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e funcionários administrativos dos CEO.
Organização do Processo de Trabalho	Como se organiza o trabalho dos agentes? Qual a rotina de funcionamento do serviço? Quais as especialidades a que o CEO atende? Existência de protocolos assistenciais e cumprimento das metas de produção.	Observação direta acompanhando e registrando movimentos, discursos e ações dos agentes, bem como suas relações. Entrevistas com gestores, Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e funcionários administrativos dos CEO.

Marco teórico

Este estudo adotou, enquanto referencial metodológico, o ciclo da política pública (*policycycle*) (KINGDON, 1995) e enquanto teórico o processo de trabalho em saúde (MENDES- GONÇALVES, 1994, 1998).

A presente investigação situou-se na análise da implementação do ciclo da

política pública no âmbito municipal. A organização das práticas foi estudada por meio da teoria do processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994, 1998), uma aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde.

No estudo do processo de trabalho em saúde, são analisados os seguintes componentes: o objeto do trabalho, os

instrumentos, a finalidade, o produto e os agentes. Destaca-se ainda que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada, pois somente sua relação recíproca configura um processo de trabalho específico. O objeto, em sua relação com o processo de trabalho, não se delimita por si mesmo, é delimitado por um olhar que contém um projeto. O objeto será o alvo da transformação, representado na saúde pelo que Mendes-Gonçalves chama de carecimentos, entendido como necessidades de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994, 1998). A apreensão do objeto consiste em identificar as características que permitem a visualização do produto final, antevisto nas finalidades do trabalho (MENDES-GOLÇALVES, 1994). Outro aspecto importante a ressaltar é a noção de finalidade e do sentido teleológico do processo de trabalho humano.

Para apreender o objeto de trabalho, o agente opera saberes. O instrumento de trabalho serve para intermediar a ação humana sobre os objetos conforme o processo social e histórico que inclui a reprodução social. Há diferenciação de instrumentos materiais e nãomateriais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações e outros; já os segundos são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais. Estes se constituem nas ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual. O autor salienta que esses saberes são também os que permitem a apreensão do objeto de trabalho (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). Dessa forma, o meio de trabalho é o complexo de coisas que o trabalhador insere entre si e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto (MENDES-GONÇALVES, 1998).

O agente do trabalho é sujeito da ação na medida em que traz para dentro do processo de trabalho, além do projeto prévio e sua finalidade, outros projetos de caráter coletivo e pessoal (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

Resultados

Município A: aspectos críticos de uma implementação exitosa

PERCEPÇÃO DO OBJETO E INSTRUMENTOS (MEIOS) DE TRABALHO

A percepção do objeto de trabalho do CEO enquanto necessidade de saúde esteve presente na narrativa da coordenadora. Entre os odontólogos especialistas, o objeto situava-se no tratamento dos dentes ou da boca, de acordo com a área de sua atuação. Ressalta-se que dois dos profissionais destacaram a educação em SB. Sobre a percepção dos carecimentos em SB, esta variou de acordo com as especialidades atendidas por cada entrevistado e formação dos profissionais.

Ao tratar do objeto de trabalho atual, o CD trabalhador da atenção básica que atuava no CEO afirmou que a implementação do serviço representou

Um divisor de águas, não ter aqueles pacientes mutilados, antigamente sem os CEO os pacientes acabavam tendo que extrair os dentes. (CD trabalhador da AB que atuava no CEO).

Foi ressaltado que antes do CEO muitos casos eram encaminhados para fora do município, a exemplo de cirurgias de terceiro molar, e muitos usuários não tinham acesso a serviços de SB como pacientes especiais. As ASBs e dentistas destacaram que a perda dental antes do serviço era maior do que atualmente, em que existe a possibilidade do tratamento de canal, tratamento de periodontia, cirurgias maiores e atendimento a pacientes especiais.

A análise dos meios de trabalho imateriais utilizados pela coordenação de SB/CEO revelou habilidade no trato com pessoas, habilidade para ouvir e reconhecimento à figura do coordenador pelos agentes entrevistados.

Os meios de trabalho utilizados pela coordenadora revelam sua formação como sanitária e gestora. O saber planejador, termo aqui utilizado para expressar o antagonismo ao improviso seja como cálculo estratégico ou aproximando-se da sistematicidade e formalidade, era traduzido em instrumentos materiais de trabalho, como planilhas, gráficos e relatórios.

Ao analisar os saberes imateriais, as ações educativas no CEO restringiam-se ao nível individual, no consultório, por meio de aconselhamentos e/ou da realização de procedimentos de higiene bucal supervisionada.

A maioria dos CD entrevistados no CEO informou que os instrumentais e equipamentos disponibilizados eram satisfatórios. Entretanto, o CD responsável pela periodontia afirmou que a ausência de curetas de boa qualidade comprometia a qualidade técnica científica do seu trabalho.

FINALIDADE

A prefeita afirmou que o fator decisivo para a implementação da política foi a indução federal. Nos Planos Municipais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão (RAG) constatou-se um aumento da realização de procedimentos de SB com perspectivas de avanço na prótese dental de acordo com a narrativa dos entrevistados. Constatou-se que a implementação do CEO era uma busca por legitimação pelo governo local. “*Desde a implantação, a nossa contrapartida só tem sido crescente, é um serviço que não é barato*” (Prefeita município A).

A fala do secretário de saúde aproximou-se inicialmente daquela da prefeita, abordando depois limitações para atuação da atenção básica enquanto primeiro nível da atenção:

um dos motivos era primeiramente melhorar a qualidade de saúde bucal dos municípios e segundo, tinha atenção básica, mas você não tinha como seguir adiante na área de saúde bucal, daí a necessidade de um centro mais especializado na área.

A coordenadora SB/CEO apontou como finalidade do processo de trabalho o acolhimento e resolutividade da atenção.

Ancoradas na concepção do objeto centrado na prática assistencial curativista, as finalidades destoavam nas narrativas dos diferentes entrevistados, assim como era possível perceber por meio das suas práticas de trabalho. A coordenadora SB/CEO apontou como finalidade do processo de trabalho do CEO o acolhimento e resolutividade da atenção. A maioria dos CD relatou como finalidade do seu trabalho o tratamento especializado dos dentes, comparando a existência do serviço a períodos passados. “[...] *um divisor de águas, não ter aqueles pacientes mutilados, antigamente sem os CEOs os pacientes acabavam tendo que extrair os dentes*” (CD da atenção básica).

Organização, controle do processo de trabalho e produto

O município A possuía um CEO tipo I, com três consultórios odontológicos. As especialidades ofertadas eram periodontia, cirurgia com diagnóstico de câncer, pacientes especiais e endodontia. Todos os profissionais afirmaram alcance de metas exigidas em portaria do MS, o que também se constatou nos relatórios de gestão. A produtividade era monitorada e avaliada mensalmente pela coordenação SB/CEO.

O serviço funcionava dez turnos por semana. Em dois turnos, um dos consultórios odontológicos era utilizado para atendimento de procedimentos básicos a pacientes de uma zona rural. Todo trabalho desempenhado coletivamente por divisão de funções implica um posto de trabalho que cuide para que o conjunto se move organizadamente em direção ao produto. A esse posto cabia o controle do processo de trabalho, no município A, uma atribuição da coordenação de SB/CEO.

Essa coordenação era constituída apenas por um profissional com graduação em

odontologia e especialização em saúde coletiva. Essa coordenadora conjugava ações de controle, supervisão, administrativas, de planejamento, monitoramento e avaliação. A gestora relatou sobrecarga de trabalho por desempenhar sozinha atividades de diversas naturezas, inclusive manutenção de equipamentos. Os CD que atuavam no serviço eram especialistas ou possuíam atualização na especialidade sob sua responsabilidade.

Os profissionais do CEO reuniam-se com a coordenação apenas quando havia alguma demanda específica, nunca em reuniões conjuntas com os dentistas da atenção básica, o que representava uma lacuna para a interface entre os dois níveis de atenção. Na análise das atividades desempenhadas pela coordenação do CEO, por meiosa observação participante, chamou a atenção o predomínio de atividades de administração em detrimento daquelas de planejamento. O último levantamento epidemiológico havia sido realizado há onze anos e apenas entre os escolares. Todos os profissionais da SB, de nível superior ou médio, tinham vínculo de trabalho precário. Os relatórios apontavam para aumento da utilização dos serviços, com consequente aumento anual do número de procedimentos realizados.

Os profissionais atendiam até quatropacientes com urgências/turno/proissional. Depois do atendimento, referenciavam para a própria endodontista do CEO. Assim, havia substituição informal de faltosos a partir da demanda livre das urgências odontológicas, o que pode ser considerado positivo. No entanto, a atenção às urgências reduzia o foco na atenção especializada desse serviço.

A existência de protocolos municipais assistenciais foi apontada pelos CD e auxiliares, tendo como base a normatização do MS. Entretanto, eram atendidos casos de urgência no CEO do município A, apesar das diretrizes nacionais preconizarem que as urgências devem ser atendidas na atenção básica.

A ausência de oferta de prótese dentária chamou atenção para o caso da endodontia

de molares. A maioria dos usuários com necessidade de endodontia de molares chegava ao serviço apresentando também necessidade de prótese para a mesma unidade dentária, especialidade não ofertada. Assim, criou-se um protocolo para atendimentos dos usuários com necessidade de endodontias. Esse protocolo consistia na realização do procedimento endodôntico apenas para os usuários que pudessem custear sua prótese no setor privado, o que representava barreiras ao atendimento.

Quanto à interface com a atenção básica, verificou-se o cumprimento do protocolo assistencial da restauração dos dentes tratados endodonticamente no CEO e encaminhados para as Unidades de Saúde da Família (USF) via contra referência. Também foram constatadas lacunas. Não havia reuniões que conjugassem os profissionais dos dois níveis da atenção a fim da discussão de casos.

Município B: a gestão municipal da saúde bucal como determinante para o insucesso do serviço

PERCEPÇÃO DO OBJETO E INSTRUMENTOS (MEIOS) DE TRABALHO

O objeto de trabalho manteve-se situado nos dentes e na boca, mas também foi apontada a educação em SB. A percepção acerca das necessidades de SB mais frequentes entre os usuários permeou as especialidades periodontia e endodontia. Fato explicado pela ausência do profissional periodontista e pela redução do número de endodontistas, restando apenas um.

A explicação para a ausência de profissionais perpassou o financiamento do serviço pela redução no orçamento após derrota em disputa territorial com outro município. Os odontólogos afirmaram que o CEO foi o serviço que sofreu mais cortes, não representando uma prioridade para os gestores. O secretário de saúde do município B afirmou

que há certo tempo atrás a SB “não era nem tocada no assunto”. Assim, os profissionais contratados para compor especialidades não exercidas pelos concursados foram progressivamente demitidos, entre estes o periodontista, além do fechamento do laboratório de prótese e redução do número de endodontistas. Após esse fato, houve diversas ameaças de fechar o serviço.

Quanto aos instrumentos materiais, no período do estudo a autoclave estava quebrada, e as ASBs esterilizavam o instrumental em hospital próximo. O endodontista informou que não havia proteção de chumbo para o paciente nem para o profissional. Esse CD também relatou a deficiência quanto aos instrumentais e insumos:

Ultimamente tem quebrado até lima no dente do paciente, porque as limas já têm certo tempo de uso. [...] a reposição aqui é demorada. É complicado. Lençol de borracha costuma faltar com frequência – como eu lhe falei – tem que cortar luva para fazer. Cimento falta. É complicado [Risos]. Você tem que dar murro em ponta de faca.
(Endodontista).

A ausência de condições apropriadas foi apontada enquanto maior problema para a realização do trabalho. As ASBs também referiram ser um obstáculo à realização do trabalho a falta de material ou mesmo falta de manutenção dos equipamentos.

FINALIDADE

Quanto às finalidades do CEO, o secretário de saúde não mostrou ter clareza do objeto do serviço nem da política nacional. Devido à situação política de secundarização e cortes no CEO, a opinião dos profissionais quanto à finalidade sempre fazia referência a esta conjuntura, o que ocasionava restrições ao próprio objeto de trabalho, e as finalidades ficavam limitadas às questões estruturais.

Um CD responsável pela especialidade dentística compreendia a finalidade do

CEO enquanto uma extensão da atenção básica. Outras dentistas e ASBs enfatizaram a importância do serviço especializado na redução da perda dental e sua atuação em procedimentos nunca antes ofertados no serviço público.

Eu acho que as condições de trabalho são muito precárias ainda. Por exemplo, quando aqui falta alguma coisa, a gente é quem tem que correr atrás, não tem um auxílio mais de perto para resolver as coisas. (ASB IV).

ORGANIZAÇÃO, CONTROLE DO PROCESSO DE TRABALHO E PRODUTO

Nesse município, antes da implementação do CEO, já havia oferta de atenção especializada em saúde bucal. O serviço, chamado de Clínica Especializada, ofertava endodontia de dentes incisivos, caninos e pré-molares. Com a implementação do CEO, a endodontia dos molares passou a ser realizada.

O CEO do município B, tipo II, funcionava dez turnos com prestação de serviço nas seguintes especialidades: dentística, cirurgia, endodontia e pacientes especiais. Segundo os entrevistados, há alguns anos, esse serviço não cumpria metas assistenciais estabelecidas em portarias ministeriais. No período do estudo, não houve oferta de prótese dentária e periodontia, bem como diagnóstico oral de lesões de mucosa.

O agendamento de pacientes era contínuo e realizado no próprio serviço mediante sua recepção, por meio da ficha de referência, entretanto muitos usuários compareciam ao CEO sem esta referência, inclusive urgências. Havia marcações realizadas para até 60 dias contados da data do agendamento, o que ocasionava muitas ausências às consultas.

No município B, o controle do processo de trabalho era exercido pela ASB/recepção-nista do serviço, e não pelo CD que coordenava o serviço. O coordenador de SB/

CEO, proprietário de clínica odontológica privada no mesmo município, especialista em prótese, afirmou que a administração do CEO era elementar por não haver fluxo de recursos financeiros ou desembolso direto por parte dos usuários.

Na realidade, a administração do CEO é muito básica. Porque você não precisa pagar ninguém, você não recebe nada. Consiste em saber agendar paciente, ver as necessidades de material e parte do trabalho. Não vai receber o dinheiro, vai pagar conta... não precisa de uma organização complexa, entendeu? (Coordenador SB/CEO).

No município B, as atividades do coordenador de SB/CEO restringiam-se ao controle da manutenção de equipamentos e consultórios odontológicos, assim os meios utilizados para o trabalho estavam mais relacionados com contatos com empresa de manutenção e compra de material.

Nós tínhamos uma planilha de avaliação. A planilha de avaliação era mais para cobrar a produtividade e punir do que para elaborar uma estratégia. Logicamente a gente também coletava aquele dado para tentar elaborar uma estratégia. Logo no início nós tínhamos controle sim de produtividade porque nós estávamos com a equipe toda formada. ..., só que como eu não tenho a menor condição de atingir por que eu não tenho profissional. Por exemplo, para que eu vou saber de uma estatística de periodontia se eu não tenho periodontista? (Coordenador CEO/SB Mun B).

Os saberes epidemiológico e planejador não permearam as ações executadas pela referida coordenação. O improviso permeava as ações do coordenador. Os relatórios de gestão apontavam diversas dificuldades impostas pela gestão municipal e a diminuição progressiva da realização de procedimentos em um período de quatro anos. Esse gestor e dentistas do CEO, além da graduação em odontologia, possuíam especialização e/ou atualização em especialidades distintas. O

coordenador não era sanitarista, tinha especialização em prótese dental. As atividades educativas restringiam-se ao ambiente do consultório, quando eram realizadas.

Aqui ninguém é chamado pra nada. É chamado quando você falta, quando acontece alguma coisa aqui, aí eles chamam pra regular. Melhorar a qualidade de trabalho, ninguém está preocupado não. Cada um se coordena. Todo mundo sabe... Ninguém mais aqui é criança, todo mundo já tem aqui um certo tempo, conhece a realidade do município, sabe da obrigação de cada um, então cumpre. (Endodontista).

“Não vejo o coordenador aqui não, uma vez ou outra é que ele aparece por aqui pra falar com a ASB coordenadora” (ASB II).

A ASB relatou as diversas funções de controle sobre a estrutura e processos para funcionamento da unidade de saúde. Queixou-se apenas de seu salário ser incompatível com a função que executava. Por outro lado, os CD manifestaram desapreço pelo coordenador. Deixaram transparecer que se sentiam abandonados pela administração.

[...] resolvo tudo aqui. Conheço o lugar, faço tudo, não fico incomodando ele [o coordenador]. Se o Raios-X ou o foto [polimerizador] der problema, vou ligar para o técnico do meu celular e resolvo. Se quebrar alguma coisa, eu faço um relatoriozinho e vou até as pessoas que tenho que procurar, para poder me ajudar e não incomodo ele [o coordenador] em quase nada. (ASB).

Quanto a monitorar e avaliar as ações e produtividade, o coordenador negou, apesar do secretário de saúde ter afirmado que essas ações aconteciam ‘religiosamente’. Segundo os entrevistados, nunca ocorreram reuniões periódicas com a coordenação atual. No CEO, a maioria dos dentistas é concursada há muitos anos. Apenas uma CD é contratada, responsável pela especialidade de pacientes especiais.

O coordenador afirmou que não eram

muitos casos de urgência que chegavam ao CEO, pois, segundo o MS, essa é uma atribuição da USF, “principalmente pelo tamanho da população e pela situação de saúde bucal no município”.

Entretanto, os CDs afirmaram o contrário, além desses procedimentos não constarem no relatório anual: “As urgências têm chovido aqui, o que atrapalha muito o atendimento. CD responsável pela dentística”.

O usuário continuava seu tratamento no CEO após o tratamento de urgência. Ademais, apesar de restaurações dentárias serem procedimentos que se enquadram na atenção básica, as CD responsáveis pela especialidade dentística afirmaram que, devido à ausência de aparelhos fotopolimerizadores, todas as restaurações em resina eram realizadas no CEO. Dessa forma, grande parte da produção do CEO, no município B, era de procedimentos de atenção básica.

Os dentistas e ASBs referiram que o serviço só se mantém funcionando pela articulação interna dos agentes do processo de trabalho.

[...] sem ser contraditório entre pegar uma profissional da área odontológica e um clínico [médico], a opção é um clínico. Isso em função da questão das finanças. (Secretário de saúde).

Pela ausência do profissional periodontista, a demanda de usuários com essa necessidade ficou a cargo dos profissionais da atenção básica. Os gestores entrevistados, secretário de saúde e coordenador AB/CEO não deram perspectivas de reativação do laboratório de prótese e contratação do CD protesista, apesar da percepção dessa necessidade.

Como a prótese dentária não era oferecida no CEO, os profissionais da atenção básica faziam acordos verbais com os usuários sobre custeio da prótese na iniciativa privada quando havia necessidade de encaminhá-los para o tratamento endodôntico.

Ademais, apesar de restaurações em

resina composta serem procedimentos que se enquadram na atenção básica, exceto procedimentos de estética com esse material, as CD responsáveis pela dentística afirmaram que as USF só estavam realizando restaurações em amálgama devido à ausência de aparelhos fotopolimerizadores, referencianto os usuários com necessidades de restaurações em resina para o CEO. Dessa forma, grande parte da produção do CEO, no município B, compunha-se de procedimentos de atenção básica. Os dentistas que atuam no CEO referiram não existir relação com os profissionais da atenção básica.

Não foram observadas ações coletivas educativas no CEO, realizaram-se ações de escovação supervisionada/orientação de higiene bucal individualmente no consultório. A coordenação evidenciou a dificuldade de profissionais que se dispunham a realizar essas atividades, mencionando falha no processo de formação.

O processo de trabalho nos municípios estudados

A análise dos dados mostrou fragilidades na relação entre agentes do trabalho e gestores em ambos os municípios, especialmente no município B, interferindo negativamente no processo de trabalho no CEO. A percepção mais abrangente do objeto e finalidade do serviço em coerência com o proposto nas diretrizes da PNSB, principalmente pelos gestores, estiveram relacionadas com o serviço exitoso (município A) enquanto produto no processo de implementação. É provável que o desempenho do controle do processo de trabalho por agente com saberes voltados para a saúde coletiva e administração pública esteve relacionado com o êxito no funcionamento do CEO nesse município.

No município A, a coordenadora da SB operava saberes além da clínica, o que ampliou seus meios de trabalho, finalidades. Os produtos têm um potencial de produzir mais saúde ou maior integralidade com

procedimentos mais adequados e oportunos. O saber clínico foi preponderante em relação ao saber da saúde pública, o que dificultou uma ampliação dos meios, finalidades e produtos.

Os objetos de trabalho, entretanto, predominaram enquanto atendimento a doentes, cujos produtos se tornavam ‘endodontia’, ‘restauração’, nem mesmo cura dos pacientes. O objeto de trabalho do CEO representou a mudança de uma situação de ‘mutilação’ pelo modelo assistencial anterior para ‘redução da perda dental’.

Discussão

Há evidências de que o CEO nesses municípios desenvolvia ações típicas de atenção básica, preocupação já expressa por outros autores (CHAVES *ET AL.*, 2010; SOARES; PAIM, 2011).

Outro estudo (PIMENTEL *ET AL.*, 2012) que analisou o processo de trabalho nas equipes de SB da ESF apontou a persistência da prática centrada na clínica clássica, no procedimento individual e restrito ao consultório. Ainda que os CEO devam desempenhar procedimentos especializados de forma complementar àqueles realizados na atenção básica, não há recomendações de que esse profissional deva apenas desempenhar suas atividades isoladamente dentro do consultório. Nos municípios estudados, as atividades educativas, quando realizadas, eram realizadas no nível individual, dentro do consultório.

Os produtos do processo de trabalho se perdiam na medida em que as finalidades eram muito limitadas, especialmente pelo coordenador de SB/CEO no município B, reforçando o proposto de Mendes-Gonçalves (1992, 1994, 1998) que os meios de trabalhos expressam os saberes materiais e não materiais, que, por sua vez, revelam a finalidade como tensão da vontade de agentes concretos.

A ausência de integração dos CD que trabalhavam nos CEO com os profissionais da atenção básica também foi um achado de estudo (SOARES; PAIM, 2011), no qual também

foram constatados problemas na referência/contrarreferência.

Uma investigação (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010) realizada também com CD da atenção básica mostrou que a ausência de uma política municipal voltada para mudança do modelo assistencial é um agente limitador ao processo de trabalho, como se constatou no município B. Além disso, as diferentes maneiras com as quais os profissionais percebem o processos-aúde-doença influenciam o produto da atenção prestada.

Qualquer mudança de modelo assistencial necessita de meios satisfatórios e ampliação de finalidades via novos saberes (materiais e não materiais). Para que se tenha como outra rotina uma prática odontológica que não seja centrada apenas no curativismo e na prática mutiladora, é necessária uma nova percepção quanto às finalidades do processo de trabalho do CD, bem como do seu objeto de trabalho.

As características da gestão municipal da saúde, principalmente da SB, influenciaram o desempenho dos CEO estudados. No município B, a percepção do objeto limitada por gestores, o que se traduziu nas reduções orçamentárias para o serviço com demissão de profissionais e deficiências de insumos básicos, ocasionou limitações ao produto. Os saberes trazidos pela formação sanitária e sua experiência na gestão pública da coordenação do município A influenciaram sua percepção do objeto e finalidades, conduzindo como produto o serviço exitoso neste caso. Esse achado corrobora estudo que aponta o protagonismo da gestão local na implementação de políticas de indução federal, como a PNSB (SOUZA, 2004).

Como fatores limitantes ao produto, as duas gestões impuseram barreiras de acesso ao serviço odontológico especializado. Estudo aponta que as razões para a baixa utilização dos serviços podem estar associadas à disponibilidade, barreiras de acesso a serviços odontológicos e às características dos sistemas municipais de saúde (MATOS;

GIATTI; LIMA-COSTA, 2004). No município B, a utilização dos serviços de endodontia era baixa pela redução no número de profissionais, e inexistia a oferta de procedimentos de periodontia e de prótese por especialistas no CEO. No município A, o usuário só efetuava a endodontia caso admitisse custear sua prótese no setor privado, o que é barreira organizacional produtora de iniquidade no acesso.

Estudo de revisão sistemática abordou enquanto causa das ausências às consultas: o esquecimento, erro rotineiro do paciente, confusão sobre a data, entre outras razões (GEORGE; RUBIN, 2003). Fatores bem pertinentes às ausências dos usuários às consultas no município B, tendo em vista que o agendamento era contínuo, mas devido à insuficiência de profissionais, a data do agendamento distava bastante do dia da marcação.

Quanto à precarização do vínculo de trabalho, estudo apontou que mais da metade dos CD alocados em CEO da região metropolitana da capital do estado de Pernambuco possuía vínculo temporário, e sua intensificação representava um fato no cotidiano dos entrevistados (OLIVEIRA, 2010). Essa característica também foi identificada no presente artigo.

A grande maioria dos CD entrevistados possuía dupla inserção nos campos público e privado. Além de trabalharem nos CEO, atuavam em consultórios particulares. Fato semelhante ao encontrado por estudo de Chaves e Vieira-da-Silva (2007), no qual a maior força do campo privado influenciava as disposições e práticas dos agentes. Isso pode explicar a incipiente de ações educativas, bem como os olhares que continham os objetos de trabalho tão voltados às práticas curativas, limitado às patologias.

Conclusões

Este trabalho apresenta como limitação a ausência de incorporação da visão dos usuários sobre o processo de trabalho dos CEO. Outra limitação refere-se ao fato de o recorte estar centrado no serviço de atenção especializada, sendo necessários estudos futuros que analisem a interface desses dois níveis de atenção, investigando profundamente a atenção básica em SB nas lacunas aqui apontadas como a acessibilidade, acompanhamentos dos casos, longitudinalidade, coordenação e resolutividade, conforme defende Starfield (2002).

O presente estudo mostrou a importância e a influência da gestão e da capacidade técnica do gestor no processo de trabalho em SB nos CEO, o que conduz a uma discussão acerca do papel exercido pela coordenação de SB nos municípios estudados. Ademais, o lugar ocupado pelo CEO na rede de atenção à saúde bucal não pode ser confundido com o papel exercido pela atenção básica. Ressalta-se que o produto enquanto integralidade ou no sentido mais abrangente da saúde só foi possível quando os agentes ampliaram seus olhares para além do saber clínico, e assim puderam abdicar da visão do seu processo de trabalho enquanto a mera realização de procedimentos odontológicos.

Colaboradores

T. R. A. Rossi desenvolveu a pesquisa e elaborou o texto do artigo. S. C. L. Chaves orientou todo trabalho e revisou o artigo. ■

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010*. Brasília, DF: MS, 2010.
- CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 6, p. 1697-1710. 2007.
- CHAVES, S. C. L. et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev. Saúde Públ.* São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1005-1013. 2010.
- FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio Janeiro, v. 15, n. supl. 1, p. 1643-1652. 2010.
- GALVEAS, E. A. et al. Singularidades no Processo de trabalho entre técnicos em saúde bucal e cirurgiões-dentistas. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 273-292, mar. 2016.
- GEORGE, A.; RUBIN, G. Non-attendance in general practice: A systematic review and its implications for access to primary health care. *Fam Pract*, Londres, v. 20, n. 2, p. 178-184. 2003
- KINGDON, J. W. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Nova Iorque: Longman, 1995.
- MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532. 2011.
- MATOS, D. L.; GIATTI, L.; LIMA-COSTA, M. F. D. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1290-97. 2004.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para reflexão teórica*. Brasília, DF: OPS, 1998.
- _____. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1994.
- MENDES, J. D. R. et al. Análise das atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 30, n. 1, p. 13-21. 2017.
- OLIVEIRA, R. S. *Precarização e intensificação do trabalho na atenção à saúde bucal: um estudo com cirurgiões dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas*. 2010. 171 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.
- PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-97. 2011.
- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. *Processo de trabalho em saúde: Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- PIMENTEL, F. C. et al. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 15, p. 4, p. 2189-2196. 2010.
- PIMENTEL, F. C. et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, supl. p. s146-s157. 2012.
- RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A. *Saúde bucal no Programa Saúde da Família: sujeitos, saberes e práticas / Oral health in the Family Health Program: subjects, knowledge and practices*. Vitória da Conquista:

Edições UESB, 2009.

RONCALLI, A. G. Projeto SB Brasil 2010 - pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 4-5. 2011.

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 & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61.2006.

SANTOS, A.M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85.2007.

SOARES, C. L. M; PAIM, J. S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio

de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 966-974. 2011.

SOUZA, C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 27-41. 2004.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739. 2007.

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

Recebido para publicação em abril de 2017

Versão final em julho de 2017

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Edital DCIT/MS/Fapesb – PPSUS nº 6127/2010