

## PROFISSIONAIS DA SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA QUALIS 1999

Dra. Áurea Maria Zollner Ianni<sup>1</sup>

### ANÁLISE DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

#### INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta os resultados da pesquisa realizada, no período de 1999 a 2000, sobre o perfil dos profissionais das Equipes de Saúde Bucal (ESB) do Programa QUALIS implantado no município de São Paulo, em 1996, pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Algumas questões merecem menção para que se compreenda o contexto no qual foi realizada a pesquisa e, decorrentemente, também se possa compreender a relevância de determinados aspectos abordados, tanto no que se refere ao roteiro das entrevistas quanto ao que se refere às respostas dos informantes.

O primeiro deles é que o *QUALIS*, implantado na cidade de São Paulo, consistiu numa estratégia pioneira, tanto no que diz respeito ao *modelo de atenção proposto*, quanto à *modalidade de gestão* de um programa de atenção básica. Tomando-se a rede de atenção básica do município de São Paulo que era, até então, servida por equipamentos próprios (as Unidades Básicas de Saúde) e, portanto, municipais; e por equipamentos do governo do estado, havia o predomínio da administração direta do **poder público estatal** (Cohn, 1992). O QUALIS introduz, neste cenário, a gestão partilhada dos equipamentos de saúde com as organizações sociais (as 'parceiras'), abrindo um caminho desafiador quanto à gestão em saúde em seus aspectos financeiro, administrativo e propriamente gerencial.

Outra 'novidade' que o Programa traz para o município é a introdução da modalidade da Saúde da Família na rede básica de atenção. Ainda que essa modalidade assistencial tivesse sido adotada em muitos outros municípios brasileiros e seu desenvolvimento tivesse sido, inclusive, objeto de avaliação, na cidade de São Paulo, o QUALIS constitui a primeira iniciativa. Tais características fizeram com que o

---

<sup>1</sup> Docente da FCMSCSP e Pesquisadora do Instituto de Saúde – SESSP.

Programa fosse implantado, em caráter experimental, em algumas áreas restritas da cidade, mais especificamente nas zonas leste e norte.

Outro aspecto importante a ser mencionado é que o contexto no qual a rede dos serviços de saúde do município se encontrava, naquele momento, era bastante peculiar. Além de uma significativa rede de equipamentos municipais e estaduais, que em si já configurava um cenário complexo no que se referia à gestão, aos serviços oferecidos, à localização urbana e acesso da população aos equipamentos etc., a Prefeitura de São Paulo, por meio de sua Secretaria de Saúde, havia implantado o PAS (Plano de Assistência à Saúde), uma modalidade de gestão cooperativada dos serviços da atenção básica. Este modelo resultou numa desestruturação da rede municipal instalada com a remoção e a readequação dos profissionais em exercício, com um rearranjo nos serviços prestados por cada Unidade Básica/equipamento redefinindo, com isso, o panorama do sistema de saúde local, o que causou grande instabilidade nos profissionais da saúde. Foi neste contexto que o QUALIS iniciou suas contratações.

Em relação à atenção odontológica é o QUALIS que introduz, pela primeira vez em âmbito da atenção básica do município de São Paulo, um programa de saúde bucal para adultos. Até então a atenção odontológica restringia-se às crianças em idade escolar e, aos adultos, oferecia-se um serviço de pronto atendimento, de caráter emergencial em algumas Unidades da rede e Pronto-Socorros.

Estas características do Programa QUALIS - objeto do presente relatório - fizeram com que as respostas dos profissionais entrevistados fossem mais extensas nos aspectos que dizem respeito ao processo de instalação do Programa, à composição e articulação das equipes (suas atribuições, processo de trabalho, etc) e à inserção dos profissionais no trabalho (satisfação, insatisfação, dentre outros), pois elas abriam espaço para que os informantes pudessem expressar mais claramente suas idéias, percepções e avaliações sobre uma iniciativa, à época, diferenciada e inovadora.

Os dados da pesquisa confirmam que a avaliação sobre a implantação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na atenção básica é bastante pertinente, sendo que a análise da experiência do QUALIS pode ser referência para o desdobramento de iniciativas nessa direção. Da época de instalação do programa até os dias de hoje houve expansão do modelo de atenção centrado na Saúde da Família. No estado de São Paulo o Programa de Saúde da Família expandiu. Há um grande número de profissionais da

Saúde Bucal trabalhando, em equipes completas ou não, desenvolvendo suas atividades dentro de estratégias que foram delineadas, a princípio, na experiência QUALIS.

Segundo dados de 2005, extraídos da pesquisa de Zilbovicius (2005), 97,6% dos municípios paulistas declararam ter Cirurgiões Dentistas trabalhando, num total de 1763 Unidades Básicas de Saúde distribuídas pelo estado, o que significa que a grande maioria dos serviços da rede básica mantém algum tipo de assistência odontológica. 77,2 % dos municípios declararam ter dentistas prestando assistência em escolas públicas.

Quanto aos profissionais de nível médio há, na rede estadual, 2.906 auxiliares de Consultório Dentário distribuídos em 52,7% dos municípios – em número que varia de 1 a 5 ACDs no quadro profissional. 17% dos municípios não têm nenhum ACD em seu quadro de profissionais. Os Técnicos de Higiene Dental são apenas 232 no estado, o que corresponde a 91,2% dos municípios sem esse profissional em sua ESB.

Esse cenário mostra que, apesar do aumento do número de profissionais da área da odontologia na rede básica dos municípios paulistas, ainda é baixo o número de equipes multiprofissionais no estado, o que dificulta a estratégia de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), já que as modalidades previstas requerem estes profissionais.

Outra evidência dos dados é que o quadro de RH em SB, no estado, reflete uma centralidade na figura do dentista. Segundo Zilbovicius (op. Cit), a grande maioria deles é contratada no regime de 20h semanais (82,7%) e somente 13,6% trabalha em regime de 40h. Esta jornada provoca um impasse a ser resolvido pelos municípios quanto à inserção das ESB na estratégia do PSF, já que o Ministério da Saúde repassa os recursos prevendo o regime de 40h.

Nesse contexto, o presente trabalho pode contribuir muito para a readequação da política de RH em SB na rede básica dos serviços, mais especialmente na implantação e expansão do PSF no estado de São Paulo.

## **5.1 - CIRURGIÕES DENTISTAS: nº. de entrevistados = 05**

### **Localização das UBS por região / Instituição Parceira**

Zona Leste / Fundação Zerbini

Zona Norte / Fundação Zerbini

### **Caracterização do profissional entrevistado**

Todos são nascidos no Estado de São Paulo ( 04 na capital, 01 em Santo André).

Além do Curso Superior em Odontologia, 02 apresentam Especialização em Saúde Pública, sendo que 01 deles tem Especialização em Buco-Maxilofacial.

02 já trabalharam em equipamentos públicos anteriormente (Estado e Prefeitura) e todos mantêm vínculo em consultório particular.

### **Objetivos do Programa**

#### **Ações no bairro**

Não há referências de ações que os entrevistados desenvolvam no bairro, apenas que *o QUALIS tenta movimentar a comunidade e ela participar dentro do QUALIS*. Um dos informantes apenas sinaliza que se tem notícia de mobilização de líderes da comunidade.

#### **Processo de instalação/implantação**

A opinião dos informantes, no geral, é positiva.

*“O QUALIS tem uma proposta de trabalho muito boa”.*

*“O QUALIS é uma proposta boa que vai ter que ser avaliada e melhorada”.*

As questões que, do ponto de vista dos informantes, são as mais relevantes ao analisar a implantação do programa podem ser agrupadas em alguns aspectos principais, que são: as condições sócio-econômicas da população atendida e das regiões de implantação, o acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, as estratégias de prevenção e promoção envolvidas no programa e o pioneirismo da atenção odontológica nessa modalidade de atenção.

Quanto às condições sócio-econômicas, a maioria relaciona a implantação do programa à *carência* da população. Importante ressaltar que a idéia de *carência* relaciona-se ao ideário de pobreza e escassez do Nordeste, ou Centro-Oeste do país, regiões onde programas de atenção básica, semelhantes ou iguais ao QUALIS foram implantados e, por isso mesmo, considerados 'modelos' inspiradores. A idéia de pobreza, ainda que reconhecida em sua configuração urbana está, para os dentistas do QUALIS, intrinsecamente associada ao fenômeno da migração nordestina para São Paulo.

*"(...) porque tem muitas áreas aqui de São Paulo, principalmente aqui na periferia, que se assemelham muito a essas regiões mais carentes do Nordeste. (...) Na periferia o pessoal é muito pobre, muito carente".*

*"É um projeto que existia em outras regiões do país (refere-se a Goiânia). A gente tem bolsões de pobreza, com peculiaridades muito próprias que se enquadram na filosofia do projeto. Experiências felizes em outros locais".*

*"Dividiram as micro-áreas por dentista, cada dentista é responsável por dois ou três, pra entrada da população. O QUALIS veio pra dar resposta pra toda essa carência".*

Ainda que haja uma percepção sobre os condicionantes urbanos ou metropolitanos que determinaram a implantação do programa, tais aspectos aparecem secundados em relação à concepção predominante acima referida.

*"Um programa como este em São Paulo é complicado porque é uma cidade grande, tem muitas áreas carentes. Se fosse pra abrir um posto para cada 2200 pessoas, o custo eu acho que ia ser muito alto".*

*“O programa, ele está próximo de área de risco, violência muito grande, onde as pessoas não têm um serviço próximo”.*

O QUALIS é visto como um programa resolutivo no que refere ao acesso da população aos serviços de saúde. Importante assinalar que a idéia do acesso articula-se, claramente, ao modelo de atenção em saúde, à concepção de saúde.

*“O QUALIS deu acesso a todas as pessoas, a entrada do sistema de saúde, eu acho que isso foi um avanço muito grande”.*

*“Baseou-se no modelo cubano, do médico generalista”.*

*“A resolução dos problemas de saúde acaba sendo muito mais fácil pra quem acessa a unidade. Reorganização do trabalho, reorganização do que é saúde”.*

Sobre o acesso aos serviços a situação urbana é vista como um dos aspectos mais relevantes. As barreiras geográficas, as dificuldades de transporte e o caos relacionado à malha urbana de comunicação constituem, segundo os informantes, os fatores determinantes na decisão de implantação do programa e na definição dos locais escolhidos. Acreditam que a proximidade da residência dos moradores ao ‘Posto Saúde’, ou seja, a possibilidade de locomoção a pé, é fator determinante para a adesão ao serviço.

*“Aqui em SP tem um crescimento desordenado, sem planejamento, tem bolsões de pobreza e essa população não tem acesso aos serviços que a cidade pode oferecer”.*

*“Apesar da cidade ter muitos recursos, esses recursos chegam muito pouco às pessoas”.*

*“(as pessoas) utilizam muito pouco o serviço público, estadual ou municipal. Talvez seja pela distância física”.*

Os dentistas têm bastante clareza do papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no que se refere à acessibilidade aos serviços; reconhecem no agente o elo população-serviços. Esse papel é reconhecido tanto na estratégia pró-ativa do programa, ou seja, na busca ativa das famílias, quanto na ação de colher e trazer as demandas da população para a Equipe de Saúde da Família (ESF). Consideram que a

marcação de consultas pelo ACS é uma comodidade para o paciente e garantia de maior aderência ao serviço.

*“O ACS vê a situação de saúde de baixo para cima, das necessidades para o que se vai implantar, sanar os problemas em função da estrutura da região”.*

*“O QUALIS se propõe atuar nos problemas de saúde que a comunidade tem. O ACS dá a base de sustentação ao projeto, respalda todos na pirâmide”.*

*“A ESF é a pedra fundamental do QUALIS, é a porta de entrada que facilita o acesso. Colocar o dentista é bom, tem uma demanda reprimida”.*

No entanto, ainda que a opinião sobre o papel do ACS seja positiva em relação à aproximação dos serviços e população, a percepção da dimensão real desse papel e de seu desempenho na prática é, em certa medida, verticalizada, autoritária.

*“O QUALIS tenta se diferenciar dos modelos de saúde antigos... Maior controle sobre a população, maior controle sobre a população que se atende. Qualquer problema que aconteça com o paciente eu tenho controle, através do ACS”.*

Aparece, claramente, a idéia de que o desempenho do ACS deve estar direcionado pelo saber técnico da ESB, visão esta reforçada pela concepção tradicional de funcionamento das UBSs, ou seja, aquela da lógica da Programação em Saúde, tal como foi praticada na rede básica de serviços. Trata-se, evidentemente, de um conflito entre modalidades de atenção presente não apenas na mentalidade dos profissionais, mas também na realidade do sistema de saúde à época.

Outro aspecto relacionado ao acesso aos serviços refere-se ao pioneirismo da implantação da atenção em saúde bucal à população adulta.

*“O adulto não tinha uma porta de entrada no sistema. Quem procura o serviço de Saúde, é quem tem necessidade”.*

*“Aqui em São Paulo o atendimento em odontologia é pioneiro, porque nos outros estados não é incorporada a saúde bucal”.*

*“Na saúde bucal aqui, a gente está entrando num sistema pioneiro”.*

A grande crítica dos profissionais, com respeito à implantação do Programa, refere-se a um fator que consideram ser limitante ao acesso da população aos serviços: a adscrição da clientela. Esse critério foi, naquele momento, adotado de forma rígida pelo QUALIS em virtude do caráter experimental do programa no município. Tratava-se de restringir a clientela para que o conjunto das equipes e unidades implantadas não sofresse invasão de demanda.

*“O ideal seria que tivesse um QUALIS em cada unidade pra que não tivesse esse problema: você pode ser atendido aqui, você não pode ser. O ideal seria que tivesse respaldo pra que ninguém fosse barrado”.*

O princípio da integralidade não só está incorporado à concepção do trabalho como é unânime entre os informantes.

*“O QUALIS é diferenciado, como estrutura física e como filosofia de trabalho, é um processo em construção. O QUALIS se propõe atuar nos problemas de saúde que a comunidade tem”.*

*“Como é um tratando da família, você consegue pegar todas as pessoas”.*

*“O QUALIS é um projeto que visa integrar a saúde da família. Então, todos os profissionais estão voltados para a saúde daquela família... Aí a gente acaba conhecendo a família como um todo. E não se preocupando só com a boca do paciente, como ele se insere assim... O paciente mais a família, aquele conjunto, aquela harmonia”.*

*“É um processo, até chegar a uma condição boa de saúde da população”.*

A integralidade também é mencionada do ponto de vista do modelo de atenção, sua inserção loco-regional na cidade e quanto ao perfil demográfico e epidemiológico da população.

*“O QUALIS funciona de acordo com características de cada região, que vão ditar as atitudes de cada profissional”.*

*“Na Saúde Bucal a gente tem linhas mestras, cada região tem características próprias”.*

Muito claras, também, são as estratégias de prevenção e promoção que o programa adota.

*“Tem que ir adequando às condições que se tem (excesso de demanda), daí melhorar a parte preventiva, mudar hábitos. A proposta seria a gente não ter cáries, esquema preventivo”.*

*“Quem procura o serviço de Saúde, é quem tem necessidade. E não é esse o enfoque, porque você só começa a tratar da doença. Ir até a população e procurar prevenir e promover a saúde como um todo, não só a saúde bucal, a geral do indivíduo, da família, dar orientações praquela comunidade. Promoção da saúde, tentar resolver antes que os problemas apareçam. Mais abrangente que a atenção, não só as necessidades, mas outros fatores”.*

*“O QUALIS se propõem a atuar em todos os problemas que podem ser evitados, prevenção. O projeto é amplo porque ele tem uma associação com a Secretaria de Cultura, lazer e cultura faz parte da saúde do cidadão”.*

*“Trabalho preventivo, extra muros, educar em saúde. Promoção da saúde, no geral”.*

*“Procurou-se cuidar da saúde do cidadão, não através de medicamentos, mas através de atividade física, o mais próximo de medicina natural...”*

*“Ir pra prevenção dos problemas, ir nas escolas, fazer bochechos, ensinar escovar os dentes, dar orientação alimentar, fazer palestras, prevenir os problemas”.*

## **Equipe**

### **Componentes e Atribuições**

As ESB do QUALIS são compostas, em sua maioria, por Cirurgiões Dentistas (CD), Auxiliares de Cirurgião Dentista (ACD) e Técnicos de Higiene Dental (THD). O que varia é o número de profissionais por equipe e o tempo de ingresso desses profissionais no programa. Há tanta variabilidade entre as equipes quanto a esses

aspectos e quanto ao próprio número de equipes , que se torna inadequado fazer quadros comparativos.

Há uma clareza muito grande dos profissionais sobre o papel e o desempenho propostos para as ESB e sobre as funções que cada um dos seus componentes deve desempenhar; tanto no que se refere às atividades desenvolvidas dentro dos consultórios dentários quanto às atividades educativas, as ações coletivas desenvolvidas junto às comunidades locais.

*“ O ACD é o quadro instrumental, lava, embala (...) junto com isso (o dentista) faz o programa curativo também, restaurações, extrações, etc.”.*

*“O THD faz algumas restaurações, raspagem...”*

*“A ACD faz distribuição de estojos, pasta de dente, escovas. Faz evidenciação de placas, mostra pra criança onde não está escovando direito, ensina a escovar”.*

Isso ocorre, provavelmente, em função da alta especialização do trabalho na área odontológica. As ESB assumem e reconhecem a especificidade técnica de seu trabalho e das atividades a serem desenvolvidas, mesmo aquelas desenvolvidas junto à população e instituições locais.

*“As ações coletivas são desempenhadas pelos ACDs e THDs. Sem essa equipe é impossível chegar a um número muito grande de usuários, porque o profissional dentista não pode sair do consultório odontológico pra desempenhar uma ação que pode ser realizada por um auxiliar ou técnico. É muito caro ter um dentista dentro do consultório”.*

*“A gente se programa, uma turma vai pra escola, outra continua no atendimento”.*

*“O atendimento aqui, nós fazemos um trabalho de ações coletivas que é nas escolas, nas creches. Aqui no consultório é a parte curativa, que é o clínico”.*

*“ACD, auxiliar de consultório, faz orientação aos usuários, apoio, prevenção nas escolas”.*

*“O THD faz tudo isso e auxilia no acompanhamento epidemiológico, mais os procedimentos técnicos. Registram tudo, as informações, dados epidemiológicos, fazem planejamento de trabalho, dividem as responsabilidades”.*

A composição da equipe e suas atribuições não se desvinculam, como se vê, do processo de trabalho implícito no modelo de atenção.

### **Processo de Trabalho**

O fato de o programa ser inovador nos serviços de saúde do município de São Paulo (à época), tanto com relação ao modelo de atenção adotado - a idéia da atenção integral voltada para a família e a comunidade, a adscrição da clientela, etc -, quanto com relação à organização do trabalho no interior da própria ESB, fez suscitar uma diversidade de questões levantadas pelos CDs sobre o seu processo de trabalho.

Há aspectos que são mencionados simultaneamente como dificultadores e facilitadores do trabalho em equipe. Por exemplo, aqueles relacionados à divisão de trabalho no interior da equipe.

*“No começo não tinha THD, o paciente era só meu, agora estamos dividindo as tarefas (...) no início é complicado porque você não está acostumado a passar as coisas pra outra pessoa, mas com o tempo você vai vendo que é legal, que agiliza”.*

*“Há o trabalho dos ACDs que auxiliam o trabalho do dentista, tanto no consultório como com a parte das ações coletivas. As pessoas já vêm com noções de higiene bucal, são atividades programadas em equipe”.*

Outro aspecto que os dentistas mencionam como uma contradição vivenciada em seu processo de trabalho é aquela entre o que é preconizado pelo programa – a ida à comunidade, às famílias - e a real disponibilidade em executar essa atividade. Como o atendimento odontológico necessita de um arsenal tecnológico pesado, que permanece fixo nas Unidades, e como o volume da demanda para consultório é muito alto, não há como esses profissionais se ausentarem da Unidade e, quando o fazem, são saídas rápidas e muito raramente. A ESB vive, portanto, cotidianamente a contradição entre o modelo de atenção tradicional, de demanda espontânea (e no caso da SB, como já mencionado, uma demanda reprimida em virtude da inexistência, à época, de atendimento ao adulto na rede básica de saúde), e o modelo substitutivo

da saúde da família, programático, pró-ativo (serviço-clientela), integral. Isso sem contar as estratégias educativas de caráter epidemiológico, as denominadas *ações coletivas*, que também consomem parte do tempo dos profissionais extra-muros da Unidade.

*“Eu não conheço a região”.*

*“Nunca fui a uma residência (... a ESB) não tem tempo pra ficar saindo. Fico mais fechado em consultório (este mesmo informante refere-se ao Agente Comunitário de Saúde como um correio, como a ponte população/posto)”.*

*“O dentista, ele pouco sai da Unidade pra fazer um trabalho preventivo”.*

*“O trabalho é em equipe e ‘todo interligado’. O dentista, dentro do programa, ele se comporta diferente de outros modelos de assistência odontológica (...) eu tenho facilidade de entrar na casa das pessoas. Não perde contato com esse paciente”.*

*“Quando um grupo de pacientes começava um tratamento e abandonava, eu não podia avaliar se a falha era profissional ou havia desinteresse das pessoas, com o acesso à casa das pessoas... Trabalho 95% em consultório e 5% trabalhos relacionados a ações coletivas”.*

*“A única forma de tocar o esquema é se envolvendo, o envolvimento com a Unidade. Conhecer a população que você trabalha (cita como exemplo o uso coletivo da escova que os familiares fazem depois da distribuição feita durante atividade educativa do programa). Qualquer pessoa que não trabalhou em serviço público e não conhece isso, ele não consegue montar nada”.*

Outra característica marcante da ESB é o grau de planejamento do trabalho. Talvez a organização e o planejamento do trabalho decorra não apenas das características das práticas odontológicas, como a artesanaria que envolve o cuidado dos dentes, o grau de incorporação tecnológica exigido, a especialização do trabalho dos profissionais envolvidos, como também pelo fato de que foi pioneira a implantação desse atendimento na rede básica dos serviços. Esse ‘pioneirismo’ pode ter sido um dos fatores fundamentais no evidente planejamento das atividades: mapas (das arcadas e dentes para restauo) dos pacientes, controle e acompanhamento pelo conjunto da equipe, reuniões mensais de equipe e em conjunto com a coordenação geral do programa.

*“Tem uma agenda diária de trabalho, fechada com seus auxiliares. Caso algum paciente falte, entram em contato com o ACS”.*

*“Têm o odontograma, ficha do paciente que fica junto com o prontuário médico”.*

*“Têm ficha clínica do paciente, anotam tudo, odontograma. Tem mapa mensal do trabalho a ser desenvolvido (este material serve para o planejamento do trabalho, solicitação de material, etc.)”.*

*“A gente tem um cronograma nosso de atendimento, de saída pras escolas. Atendimento dos agendados e emergências”.*

*“A gente se programa, uma turma vai pra escola, outra continua no atendimento”.*

*“Reuniões mensais, em que são apresentados os problemas para ver como vamos agir, o quê vamos fazer”.*

*“Mapa, ficha do paciente, controle de produtividade. A coordenação da odontologia dita a regra, mais ou menos, pra gente”.*

*“O pessoal da odonto é tudo padronizado, a coordenadora vem aqui uma vez por mês, faz reunião, passa as informações a respeito do que deve ser feito, vê o que está faltando, como está indo o agendamento, distribuem as vagas (crianças, adultos, gestantes). A marcação de consulta pelo ACS agiliza o tratamento que acaba rápido. O trabalho em equipe é ‘uma interligação grande’”.*

*“São realizadas reuniões de 2 em 2 meses para avaliar o desempenho individual e coletivo planejado. Temos uma coordenação ótima”.*

A triagem dos pacientes obedece critério de risco a partir de levantamento epidemiológico junto à população da área de abrangência da Unidade. Esses levantamentos resultam numa classificação da clientela em três níveis, 1, 2 e 3, conforme a gravidade e urgência dos problemas odontológicos para tratamento.

*“A bucal é muito fechada. Fazem levantamento e classificam a população de acordo com uma escala 1,2,3 (risco epidemiológico) de tratamento necessário, aí vão*

*agendando. No esquema antigo a demanda vinha, aqui a gente tenta mudar a cabeça da pessoa, corrigir o paciente, só aparecia no Pronto Socorro...Saúde da Família, micro-área, chama o pessoal das micro-áreas pra fazer atendimento”.*

*“Tem uma agenda de trabalho; o profissional tem um livre arbítrio dentro das normas para poder se individualizar. Criaram um critério para realizar os tratamentos, estão cumprindo”.*

*“Levantamento epidemiológico, avalia a boca da criançada, esquema de escovação, agendamento”.*

*“Todos os pacientes realizaram uma avaliação, separados em 3 grupos, conforme as necessidades. Aí o ACS marca conforme essa indicação. Os que não necessitam de tratamento participam de palestras, encontros, filmes educativos”.*

### **Satisfação da população**

Não se tem nenhuma avaliação realizada de forma planejada nem sistemática do serviço oferecido ou da atuação da ESB. As opiniões manifestas são, portanto, da percepção que os dentistas têm do trabalho, do que lhes chega através dos pacientes ou da observação da dinâmica dos serviços. Predominam os elogios ao atendimento odontológico, principalmente devido à introdução do serviço na rede e a marcação prévia e garantia da realização das consultas. Há queixas sobre a adscrição da clientela, acentuada em função da resolutividade que o serviço oferece.

*“Eu acho que eles gostam muito, pelo que me falaram. O QUALIS aumentou muito o número de atendimentos odontológicos. A população fica contente, vendo que está rendendo. Atendimento pro adulto (muita mãe deixa de trazer o filho pra pegar vaga pra ela). A população queixa por mais vagas...”*

*“Eles adoram a Unidade de Saúde, fazem mil elogios. Você não ouve críticas. O pessoal que não é da área e quer ser atendido, critica”.*

*“Pelo menos até agora não teve nenhuma reclamação. O que eles gostaram é de não ter aquela espera. Agora não se tem atraso, os pontos positivos são esses”.*

*“Nós temos uma demanda muito grande, o número de profissionais é pequeno. Os pacientes demoram ser chamados. Talvez aí esteja a reclamação”.*

Há também referência ao acolhimento que o QUALIS propicia.

*“Chegar aqui, falar que está com dor e poder entrar no consultório, nem que não esteja com dor... o médico atender e falar, só isso”.*

*“Está estampada no rosto, pelo menos daqueles que tem acesso aos serviços. Não foi só o serviço que chegou a essas pessoas, mas o relacionamento, o compromisso e o respeito. Eles gostam do tratamento”.*

## **Motivos para Trabalhar**

### **Grau e Motivos de satisfação**

Os dentistas relacionam a sua satisfação com o trabalho à disponibilidade de recursos que o QUALIS oferece aos profissionais, seja a remuneração (no geral, bastante superior ao padrão salarial dos servidores públicos da administração direta), sejam os equipamentos e materiais – considerados fartos e de boa qualidade. Também é destacado como motivo de satisfação poder atender de forma adequada e de maneira ‘integral’ a população. Nota-se assim que a satisfação dos profissionais está relacionada não apenas a fatores como os insumos disponíveis, como também com aspectos constitutivos do modelo assistencial proposto pelo QUALIS.

*“Eu achei a proposta do QUALIS super legal, vi que realmente a gente ia conseguir atender, ia tocar o serviço, ter os materiais”.*

*“Salas grandes, equipamentos, material, as pessoas da equipe”.*

*“Material, equipamentos. Pelo salário, respeito ao profissional e ao paciente”.*

*“Estar sendo útil pra alguma coisa. Tem aqueles que nem conseguem comer, boca inchada, abscesso (refere-se ao fato de que no consultório particular eles fazem principalmente restauração estética). Conhecer a família da pessoa, a integração do serviço”.*

*“Eu gosto de ir nas escolas. Aqui eu faço praticamente o que eu gosto”.*

## **Motivos de Insatisfação**

Sobre a insatisfação no serviço os profissionais mencionam também aspectos sobre as condições de trabalho e o modelo de atenção. É o caso da insatisfação decorrente do fato do programa ter aberto uma alternativa assistencial que não consegue, em função de seu caráter experimental e restrito a determinadas áreas da cidade, estender-se a outras áreas do município, o que provoca excesso de demanda nas Unidades em funcionamento e sobrecarga de trabalho para as equipes instaladas.

*“É ouvir o que as pessoas que não são da área reclamarem: ‘porque eu não posso ser atendido?’”*

*“É pouca gente pra muita população, tem que trabalhar bastante”.*

*“Cobrança de produtividade na cadeira e pouco espaço pra trabalhar fora da cadeira. Eu acho que a gente ia ter aproveitamento melhor se trabalhasse mais essa parte preventiva”.*

*“Não tenho tempo para fazer aquilo que eu gostaria de fazer (dentista da família, sair da Unidade ir à casa da família). Gostaria de ter mais tempo para participar das atividades da Unidade”.*

## **Capacitação**

Os treinamentos foram feitos em serviço na maioria dos casos e, segundo expressão de vários deles ‘a quatro mãos’, quer dizer, junto com os ACDs e THDs. Recebem, no entanto, atualizações de diferentes formas: palestras esporádicas, cursos de qualificação, etc.

*“Os primeiros meses de trabalho foram assim, bastante conversa, sentir como era o ambiente, a direção, com outros profissionais, pra estruturar os outros serviços que a gente ia implantar. Os ACDs e THDs estão sendo treinados em serviço”.*

*“Tivemos treinamento a quatro mãos. Há palestras de atualização em medicação, segurança, teórico e prático. A gente aprende todo dia uma coisa diferente”.*

*“O treinamento veio depois. Estão tendo alguns cursos. Cursos fornecidos por outras instituições universitárias, para suprir carências, pontuais. As fitas que o MS editou sobre o PSF e Saúde Bucal”.*

*“A gente gostaria de ter dentro da parte odontológica aquela coisa, capacitação constante”.*

### **Dificuldades no trabalho**

As dificuldades referem-se, principalmente, à pressão da demanda - o que imprime um ritmo de trabalho árduo - segundo alguns deles; e ao próprio desafio de superar a contradição da implantação de um programa de caráter generalista, de integralidade, com a inserção da atenção em saúde bucal que não prescinde de atividades extremamente especializadas.

*“O ritmo de trabalho é bem grande. A carga de trabalhar com adulto e criança, essa diferença...”*

*“Regime de trabalho duro, mas funciona bem. Muita demanda, a capacidade operacional é pequena. Falta um sistema de referência e contra referência para os serviços de maior complexidade”.*

*“A parte odontológica ficou meio fora.... a dificuldade que agente está tendo é enquadrar o nosso sistema dentro da Equipe de Saúde da Família. A ESF ameniza o que o médico pegava, a bucal está sob pressão da demanda com a implantação do atendimento ao adulto. Tem dificuldade no esquema de implantação, você experimenta uma coisa, não corresponde da maneira que você esperava”.*

### **Condições de Trabalho**

Opiniões sobre as condições de trabalho são, no geral, positivas. Relacionam-se às concepções e proposta do programa.

*“A gente só começa a mudar essa visão que a gente tem de Saúde Pública, trabalhando, vendo as dificuldades das pessoas”.*

*“Trabalho no QUALIS pela filosofia de trabalho. Poder propor idéias, participar e ter maior envolvimento no serviço, contribuindo para ele”.*

## **Sugestões**

Ainda que haja sugestão sobre o funcionamento do programa, predominam sugestões relativas aos serviços de apoio à prática clínica, ou seja, a implantação de serviços de especialidades para referência e contra-referência dos pacientes atendidos pelas equipes.

*“Trabalho nas casas seria interessante, a gente teria que treinar o ACS pra ensinar uma escovação”.*

*“A gente sempre tem que melhorar mais, implantar o serviço de especialidades, um processo em construção”.*

*“Oferecer aparelho ortodôntico, prótese. Se colocasse fono, psicólogo”.*

## **Planos para o futuro**

A totalidade dos dentistas pretende permanecer no QUALIS, vislumbrando no programa uma alternativa muito boa considerando-se o contexto do mercado de trabalho, seja pela remuneração oferecida, pela estabilidade do vínculo ou, ainda, pelo tipo de trabalho que esse modelo assistencial propõe que é inovador e desafiador e, por isso mesmo, instigante para vários deles.

*“Espero continuar aqui, permanecer nesta unidade”.*

*“Dúvidas. Insegurança com o consultório particular pelos altos custos, a alternativa é manter são os empregos públicos. Manter os dois, o público e o particular”.*

*“Continuar a fazer o que está fazendo e, daqui a alguns anos, comparar os perfis epidemiológicos (após o trabalho), aguardando melhora”.*

## **5.2 - AUXILIARES DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO: n<sup>o</sup>. de entrevistados = 05**

### **Localização das UBS por região / Instituição Parceira**

Zona Leste / Fundação Zerbini

Zona Norte/ Fundação Zerbini

### **Caracterização do profissional entrevistado**

Todas as informantes são de sexo feminino.

A idade varia de 33 a 48 anos, sendo 3 na faixa dos trinta e 2 na dos quarenta.

3 informantes são nascidas em São Paulo, capital, 1 em Osasco e apenas 1 é de outro estado, da Bahia.

Sobre o nível de escolaridade: 1 tem primeiro grau completo, 1 segundo grau completo e formação de THD e 1 superior completo. Uma das entrevistadas não informou.

Apenas duas referiram seu estado civil, casadas.

Desenvolveram atividade profissional anterior em diferentes setores: consultório particular e ACD na Prefeitura do Município de São Paulo, empacotadeira da Besni, 3 auxiliares de enfermagem e/ou atendente enfermagem.

Nenhuma delas mora próximo à Unidade de trabalho.

### **Objetivos do Programa**

#### **Ações no bairro**

Não há referências a ações propriamente desenvolvidas no bairro. O que as ACDs fazem é relacionar a adequação e pertinência de implantação do programa ao

contexto do bairro, da área de abrangência e ao perfil sócio-econômico da população residente.

Destacam a *carência* da população, tanto quanto ao nível sócio-econômico quanto à qualidade da atenção em saúde a que essa população vinha tendo acesso, anteriormente à implantação do QUALIS.

*“Elas (as pessoas do bairro) são muito carentes, precisam de amor, atenção”.*

*“O Posto aqui só funcionava odonto. Tinha vacinas, mas não tinha médico, filas enormes...”*

*“Porque a população está meio castigada. Nós aqui somos privilegiados de favela. Ela não tem um nível de escolaridade muito alta. O QUALIS é um projeto bem elaborado”.*

*“Geralmente eles (a pop) gostam. São bem acolhidas, bem tratadas. Acolhimento, porque a população está meio castigada”.*

*“O objetivo é atender a família inteira daquela comunidade. Atender o paciente de forma única, ele inteiro, desde problemas psicológicos. (o QUALIS) Acompanha desde o nascimento até o idoso”.*

### **Processo de Instalação**

Tomado em seu conjunto, o discurso das ACDs sobre o processo de instalação do QUALIS na região é bastante articulado. Elas associam a precariedade das condições de vida da população local e a exigüidade dos serviços de saúde existentes às reivindicações da população para a instalação do serviço. Articulam também as necessidades da população, de saúde em geral e as psico-sociais, ao modelo de atenção proposto pelo QUALIS que, a seu ver, vem de encontro a essas carências.

*“A população precisava de um Posto porque aqui não tinha. Este prédio já estava montado e fizeram uma reforma para instalarem o QUALIS”.*

*“A diretora, ela lutou: “Mas aqui também precisa!”. Aqui tem uma comunidade, um conselho comunitário da região. Eles lutaram junto com a diretora pra instalar o QUALIS”.*

*“O bairro é muito precário, são pessoas muito carentes, eu acho que foi bem escolhido essa implantação do QUALIS aqui, não tem condições nenhuma em outro atendimento, ir pra longe não tem condições financeira”.*

*“O QUALIS é uma continuidade do SUS”.*

*“Saúde da família como um todo (a gente só via a boca). O agente sabe qual é o problema”.*

*“É uma preocupação mais ampla. O Posto vira um referencial de saúde e uma coisa que eles contam”.*

*“Aqui a gente trata o paciente com mais carinho. O QUALIS quer dar bastante atenção à população, tratando de seus problemas físicos, psicológicos. Tratar a família em si”.*

*“No QUALIS há ênfase pela prevenção, embora o tratamento clínico exista. Prevenção é importantíssimo, mas tratar é imprescindível”.*

*“O único problema dele (do QUALIS) é verba. Por exemplo, essa parte de restringir a população. Não é porque está restringindo a população que está excluindo as outras... até aqui, vai, atende essa rua; daqui pra lá, já não atende mais. Se for atender todo mundo sem nenhum limite, a gente perde totalmente o controle”.*

## **Equipe**

### **Componentes**

Há variedade muito grande, de 2 a 8, no número de ACDs por equipe em função da etapa de implantação do programa quando foi realizada a pesquisa. Havia equipes completas e equipes em formação, com profissionais em fase de contratação. Algumas das informantes referem flutuação da mão de obra, contratados que não permaneciam ou sequer assumiam o cargo.

### **Processo de Trabalho**

As ACDs concentram na divisão do trabalho os seus comentários. Seja sobre a divisão do trabalho entre os membros da própria equipe, seja na divisão do tipo de trabalho a ser realizado junto à comunidade, o clínico – do consultório - e o preventivo/educativo - das ações educativas, coletivas. Percebe-se, assim, que para as ACDs a percepção do processo de trabalho está estreitamente vinculada às suas responsabilidades e atribuições profissionais, ao seu desempenho.

Os temas sobre processo de trabalho relativos à dinâmica interna da equipe estão relacionados à hierarquia entre os membros, o desafio do trabalho conjunto, a ‘quatro mãos’, o rodízio nas atividades e o isolamento da ESB dentro do contexto da Unidade.

*“O dentista supervisiona. Há divisão de trabalho na equipe. O trabalho em equipe é difícil mas, a partir do momento que tem o mesmo objetivo, fica mais fácil. Discute-se muito, toma decisão, dar uma melhorada, melhora o atendimento. Tudo dentro da hierarquia na Unidade. O dentista faz o controle, a supervisão da equipe. O THD e o ACD ministram palestras (prevenção, aprender a escovar) trabalham em rodízio: balcão, cadeira, bancada, administrativo”.*

*“Há um planejamento semanal; eu sei o que eu vou fazer semana que vem. O dentista é que diz o que eu vou fazer”.*

*“Trabalhamos a quatro mãos”.*

*“Trabalhar em equipe é melhor do que como eu trabalhava antes. Você sabe o que cada um faz... tem tudo nos seus devidos lugares, você não precisa ficar se desgastando”.*

*“O ACD não tem tempo de se movimentar pela Unidade”.*

Sobre a divisão do trabalho, intra e extra muros da Unidade e que se traduz nas atividades clínicas e educativas, também aparece, claramente, a dinâmica entre os membros da equipe.

*“(O ACD) trabalha na clínica e fora daqui, é nas escolas”.*

*“As ações coletivas, as palestras. Trabalhar em equipe, tem mais conhecimento. A nossa equipe a gente já se dividiu, fazemos rodízio, pra não ficar monótono. Então cada semana cada uma está num lugar, com um profissional, na bancada...”*

*“O dentista faz prevenção, curativo, tratamento. Nas escolas também, reuniões, alertam, faz escovação. O ACD auxilia a odonto, materiais, papelada, escovação, nas escolas. Nós estamos também tentando fazer nosso grupo da odonto (realizam na Unidade, junto com a ESF, orientação odontológica a grupos de usuários)”*.

*“Até o ano passado o dentista fazia algo fora da unidade... só que verificou que a falta do dentista aqui atrapalha. São as THDs que fazem palestra (escolas). A gente ensina também (escovação)”*.

*“Primeiro (o paciente) passa pela palestra, a gente ensina a escovar o dente, aí ele começa o tratamento até terminar”*.

Ainda que predominem questões relativas à divisão de trabalho, as ACDs comentam, também, alguns aspectos relacionando processo de trabalho e modelo de atenção. É o caso dos agendamentos que obedecem a lógica pró-ativa do programa e o quanto essa pró-atividade exige do profissional, colocando-o diante de novos desafios. Trata-se de um trabalho que exige mais responsabilidade por estabelecer vínculo com a população usuária.

*“Primeiro a ACS tem uma relação de nomes da área dela, aí ela marca, chegou na classificação, é garantido”*.

*“Serviço público era assim. Presta serviço e vai embora. Hoje é diferente; você vai pra casa e dependendo do acontecimento você tem uma opinião formada, uma idéia nova... amanhã vai ter uma ação coletiva, uma atividade na escola, na igreja, envolve muito, você não consegue ir embora e esquecer”*.

## **Motivos para trabalhar**

### **Grau de Satisfação com o trabalho**

As manifestações de satisfação com o trabalho estão mais relacionadas às possibilidades que o modelo de atenção proposto pelo QUALIS propicia, que por aspectos concretos ou vantagens oferecidas. O grau de compromisso que o trabalho exige, num programa como o QUALIS, faz com que os ACDs sintam sua importância, não apenas quanto ao desempenho técnico, mas como sujeitos de mudança, sujeitos de seu próprio processo de trabalho.

*“Aqui é muito serviço, mas eu gosto do que eu faço”.*

*“Acho que quem bolou o agente de saúde, criou uma coisa muito boa, um elo de ligação com a Unidade das pessoas lá fora, pra ser uma coisa só. Aqui é diferente, todo mundo é importante, todo mundo tem direito a dar sua opinião, eu tenho que estar engajada”.*

### **Motivos de Satisfação**

A aprendizagem aparece como o grande estímulo ao trabalho, seja quanto à capacitação formal, seja pelo desafio que um programa como esse propõe.

*Cursos: “é muito bom, está sempre renovando, se aprimorando”.*

*“Aqui a gente aprende bastante”.*

### **Capacitação**

Muito treinamento em serviço, predominantemente técnico, nas atividades clínicas, de bancada ou cadeira do dentista. Apenas uma referência ao conteúdo das capacitações.

*“Depois da implantação, a gente teve treinamento a quatro mãos, vamos ter outro treinamento. O treinamento é sempre contínuo”.*

*“Recebemos reciclagem, tentando engajar todo mundo. Treinamento a quatro mãos. Fizemos também em educação em saúde bucal, mudar os modos de prevenção”.*

Sobre **dificuldades no trabalho**, a referência sugere sobrecarga em função do excesso de demanda.

*“A parte de odonto é muito disputada, o tratamento é difícil e caro”.*

### **Condições de Trabalho**

Predominam referências elogiosas à dinâmica coletiva do trabalho, ao trabalho em equipe.

*“Eu nunca tinha trabalhado em equipe e é muito bom”.*

*“A nossa equipe é muito experiente, a gente praticamente não tem problemas, são coisas que podem ser contornadas”.*

*“Aqui nós somos uma grande família, a gente tem uma grande interligação dos funcionários”.*

### **Sugestões**

São sugestões para o desenvolvimento do Programa, vislumbrando o seu potencial inovador. Há apenas uma referência de sugestão na ótica do próprio funcionário, a de capacitação.

*“Expandir mais o QUALIS. Eu gostaria que expandisse mais a área de odonto, o serviço de odonto”.*

*“Mais profissionais, é muita gente. Outra sala de odonto seria ótimo. Às vezes a pessoa vem ela não tem problema, ela vem buscar acolhimento”.*

*“O trabalho na Unidade é importante, mas na escola também (prevenção)”.*

*“Estar sempre ligada, fazer bastante curso, interligada na saúde bucal”.*

## **Planos para o futuro**

Há planos relacionados à expansão do programa mas, principalmente, vocalizam desejos em relação às suas carreiras. As ACDs pretendem, ou gostariam, de continuar os estudos.

*“Que continue o QUALIS se expandindo cada vez mais, onde as pessoas precisam mesmo. Continuar minha caminhada”.*

*“Minha perspectiva é que o projeto cresça, que possa estar participando mais do andamento do projeto”.*

*“Eu não fiz odontologia porque é um curso caro, caríssimo. Eu não tenho poder aquisitivo. Depois de formada eu não ia ter dinheiro pra montar um consultório. Aí eu pensei, a enfermagem é um curso mais barato. O meu sonho é trabalhar no Vila Nova Cacheirinha, que é perto da minha casa”.*

*“Se eu pudesse, eu só estudava. Tenho vontade de prestar vestibular pra enfermagem”.*

### **5.3 - TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL: nº de entrevistados = 04**

#### **Localização das UBS por região / Instituição Parceira**

Zona Leste / Fundação Zerbini

Zona Norte/ Fundação Zerbini

#### **Caracterização do profissional entrevistado**

Todos os informantes são do sexo feminino.

3 são naturais de São Paulo, capital e 1 de Adamantina.

3 possuem o Segundo Grau completo. Além da especialização em THD, 2 possuem curso de enfermagem e auxiliar de enfermagem. 1 tem, além da especialização em THD, o Curso Universitário em Biologia.

2 moram próximo à sua área de trabalho e 2, distante.

Todas já trabalharam em serviço público de saúde municipal ou estadual, e apenas 2 trabalharam em consultório dentário particular.

## **Objetivos do Programa**

### **Ações no bairro**

As referências às ações no bairro são vagas. Há uma sobre reivindicação dos moradores pela implantação do programa que, no entanto, parece mais uma suposição do que referência a um fato ocorrido.

*“A comunidade lutando para abrir o QUALIS”.*

As THDs se referem a um estudo que teria sido feito para a implantação do QUALIS local e reconhecem o papel fundamental dos Agentes Comunitários de Saúde na vinculação do programa com a população e o bairro.

*“Eu acho que eles estudaram a área”.*

*“Os ACS, eles conhecem muito bem os problemas; a demanda procura os ACS, os ACS vêm e agendam. Aqui não existem aquelas filas enormes porque eles agendam e marcam consultas (descreve o trabalho do programa, adscrição, etc). Estamos no processo, acho que 98% da população, aqui, tem problema de saúde bucal, é um trabalho que tá indo muito bem, mas ainda não foi feito”.*

*“Cada um tem sua área, o ACS cadastra sua área. Se você é do bairro você recebe tratamento”.*

Elas têm extrema clareza sobre os objetivos e o ideário do programa.

*“O QUALIS é um projeto de saúde e qualidade de vida da família. Cuidar da família, ver uma pessoa, não só a boca, ou a saúde do indivíduo. Desde o idoso até a criança.*

*Atenção em saúde bucal ao adulto, que antes não tinha. Também atinge a área preventiva ('controlar a doença').*

*“Programa da Família com qualidade na saúde. Melhorar a saúde da família em geral. Ter o antigo médico da família. Atender a todos com melhor qualidade. Dar atenção às pessoas, pra melhorar a condição de vida das pessoas”.*

## **Processo de Instalação**

Para as THDs a implantação do programa está relacionada às condições de vida das pessoas *‘o bairro é muito carente’*. Mas o principal motivo, segundo uma das informantes, é a contenção da demanda, ou seja, implantar o serviço odontológico na atenção básica, segurando uma demanda espontânea que se desloca para os serviços de nível secundário ou terciário, sem necessidade.

*“Antes tudo ia para o Hospital Vila Nova Cachoeirinha, no Mandaqui, por causa da deficiência do lugar (refere-se a sobrecarregar os outros lugares e a necessidade de um sistema de referência e contra referência)”.*

## **Equipe**

### **Componentes e Atribuições**

Descrevem a composição das equipes: cirurgiões dentistas, auxiliares de consultório dentário e técnicos em higiene dental. As atribuições são definidas em termos do que se desenvolve nos consultórios e no que se refere às atividades educativas fora da Unidade.

*“O THD faz a limpeza, aplica selante, o controle da placa bacteriana, ensina escovar dentes, aplica flúor, e ações coletivas nas escolas: as orientações. Auxilia o dentista, prepara a sala, recebe os pacientes, cuida do instrumental permanente, etc”.*

*“O THD faz os procedimentos simples (restaurações, limpeza de dentes) não definitivos, e a prevenção (reuniões, escolas, palestras, teatrinho)”.*

## **Processo e Organização do trabalho**

No que se refere à divisão e ao processo de trabalho, o THD se vê como a figura cuja função é de otimizar e potencializar o trabalho do dentista e, conseqüentemente, o atendimento odontológico da Unidade ampliando, assim, a capacidade de resposta à demanda. Ao descrever o processo de trabalho da equipe, elas mencionam, simultaneamente, seu desempenho tendo em vista a consecução mais eficaz do trabalho da ESB.

*“THD existe para o dentista não perder tempo, ter uma clínica melhor e mais rápida”.*

*“A minha ajuda no consultório implica agilizar”.*

O papel de potencializar o trabalho da ESB reflete-se em todas as atividades por eles desenvolvidas: a triagem dos pacientes, a realização de alguns procedimentos odontológicos mais simples, o apoio às atividades de ordem burocrática como a organização da rotina da equipe, o planejamento do trabalho e avaliação e, até mesmo, a articulação do trabalho em equipe, que é visto por eles como propulsor de eficácia e agilidade .

*“A ACS faz pré triagem, THD a triagem”.*

*“Várias pessoas procuram o serviço, mas eles orientam que façam a triagem (uma vez ao mês). Cada agente trás 10 pessoas e marca-se um dia pra triagem. Esclarece as dúvidas com o dentista ou com apostila”.*

*“A gente faz uma avaliação, classificação 1,2,3, é o estado mais grave. Segunda é área 1, terça a área 2, ... Na sexta a gente pega crianças do abrigo, creche. Urgência e grávida também”.*

*“Se for uma boquinha que tá em ordem, ele (o dentista) passa pro THD. O dentista faz o curativo, não fazemos nada sem a avaliação dele. Ele supervisiona o trabalho”.*

*“A sala de odonto, é tão burocrático que sem planejamento você se perde!”*

*“Planejamento de trabalho. Anual, nas escolas; semanal, no consultório, dia a dia vai acontecendo...”*

“Os THDs são responsáveis, também, pelo trabalho educativo junto à comunidade”.

*“O THD tem duas partes do trabalho: cadeira, fazendo procedimentos e olhando a sala de material, e a parte das escolas”.*

*“O THD faz restaurações, organização das vagas, estatística, a parte burocrática do serviço e prevenção (palestras, escovação, evidenciação de placas)”.*

*“O trabalho em equipe é muito bom... aprendendo mais, agiliza o trabalho, mais eficiente. Às vezes, se escapa alguma coisa da minha visão, um outro da equipe percebe, resulta em melhor atendimento, um trabalho mais perfeito”.*

### **Satisfação da População**

A avaliação é de que a população está satisfeita com o serviço em virtude da proximidade do mesmo em relação às suas casas, à qualidade do serviço oferecido e ao acolhimento que o modelo do QUALIS propicia. Essas, no entanto, são as percepções dos THDs, não representando nenhuma avaliação sistemática, de fato, do serviço.

*“Pelo menos não tem reclamação. Tá dando o retorno que eles queriam. Quem mora aqui na região tá privilegiado, que ainda tem”.*

*“Eu sempre ouço dizer que estão satisfeitos. O que eu ouço é que com a implantação do projeto melhorou muito”.*

*“Sabem que tem posto de saúde, que tem obrigação de atender. Elas têm informação (sabem de seus direitos e procurar o serviço). Todos adoram. Equipe presente, mais atenção, bem-atendidos, a pessoa é conhecida. A pessoa é vem como uma pessoa (humanização)”.*

### **Motivos para trabalhar**

Aqui aparecem os aspectos relacionados aos motivos para serem THDs e os motivos e/ou grau de satisfação com o trabalho.

Todas referem ter formação na área de odontologia porque gostam de trabalhar com isso. Nesse sentido, o trabalho junto à ESB do QUALIS é uma forma de preencher essa vocação, o que as deixa bastante satisfeitas.

Também se sentem estimuladas pelas condições de trabalho que o programa oferece, como a quantidade e a qualidade de materiais disponíveis. Aqui, mais uma vez, aparece a comparação com o PAS, apresentado como um projeto que não oferecia condições de trabalho adequadas e/ou satisfatórias.

Por fim, mencionam o modelo de atenção proposto como estímulo e satisfação pelo trabalho; o aspecto coletivo e preventivo das ações do programa.

*“Sempre gostei de trabalhar com saúde. Eu gosto de odontologia”.*

*“Gosta da área de saúde e odontologia. É uma profissão nova”.*

*“Sem falta de material, material de boa qualidade. Acho importante dizer: eu faço o que eu gosto”.*

*“Vou aproveitar, vou fazer alguma coisa que eu sei fazer”.* (a informante veio do PAS)

*“Como eu te disse, eu adora trabalhar com prevenção”.*

*“Poder trabalhar com a população, orientar as pessoas”.*

Apenas uma explicita um motivo de insatisfação: *“não é fácil não. Acho que mais atividades iria me sobrecarregar”.*

## **Capacitação**

As profissionais mencionam diferentes tipos de capacitação: em serviço, treinamentos de conteúdo técnico e teórico, formação sobre os princípios e objetivos do QUALIS.

*“A gente tem capacitação. Cada coisa acontece ... trabalho a quatro mãos, foi uma capacitação”.*

*“De início não; depois houve. Parte técnica, parte teórica (queixa que a dinâmica precisava melhorar)”.*

Ocorreram reuniões na Secretaria sobre como o QUALIS funcionava. A parte técnica tinha tudo no curso estruturado (treinamento orientando como lidar com diferentes pessoas, diferentes idades), além de um curso de ações coletivas.

### **Dificuldades no trabalho**

As referências às dificuldades encontradas dizem respeito mais à insegurança no trabalho, à inserção em uma atividade nova, desafiadora para algumas delas, do que propriamente às dificuldades encontradas no trabalho. Ou seja, o medo do novo, o desafio de processos de trabalho diferentes causa receio, medo, vocalizado como dificuldade. São inseguranças psico-adaptativas. Há apenas uma referência a limitações objetivas e falta de recursos.

*“Eu acho que a parte educacional é mais difícil, você criar hábitos na população. Eu vim com certo receio, estar começando como THD nessa parte preventiva”.*

*“Eu vou e pergunto; converso com os dentistas”.*

*“Trabalhar em equipe: às vezes complica, diverge”.*

Dificuldades: falta de sala para atividades de prevenção.

### **Condições de trabalho**

Os comentários sobre as condições de trabalho são variados; consideradas boas ou ruins, relativas a material disponível, relação com o público, etc.

*“Boas. Boa relação em equipe e não falta material. Eu acho que o nosso trabalho está sendo feito de maneira bem competente. Temos serviço!”*

*“Trabalhando num lugar público, tem que saber conversar, saber entender. Tem que gostar. Trabalhar com boca, tem boca limpa... tem boca suja... de qualquer jeito”.*

### **Sugestões**

São sugestões para a manutenção e ampliação desse tipo de atenção em saúde para a população.

*“Poderia ter mais investimento na saúde. Sem dinheiro não há como melhorar as condições de saúde e também as pessoas terem mais empregos, melhores condições de moradia”.*

*“Se pudesse ampliar o trabalho, mais profissionais qualificados. Tudo que você puder oferecer em matéria de saúde na parte clínica, odontológica, pediatria, trabalhos para jovens, drogas, psicólogas, alcoolismo é um tipo de trabalho que deve ser feito”.*

### **Planos para o futuro**

Todas desejam continuar estudando. Vislumbram no curso universitário possibilidades melhores de inserção profissional.

*“Se eu pudesse, eu faria odonto. Eu gosto de aprender. Continuar meu trabalho aqui, que é muito importante e eu gosto”.*

*“Fazer faculdade de enfermagem”.*

*“Eu gostaria de melhorar profissionalmente, inclusive eu gostaria de exercer outra coisa, em laboratório, na área de meio ambiente”.*

## **5.4 - COORDENADORES DO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL**

### **Instituições Parceiras**

1 Santa Marcelina – Zona Leste

1 Fundação Zerbini – Zona Leste

Obs: As entrevistas com membros das ESB foram realizadas com profissionais da parceira Fundação Zerbini porque a Santa Marcelina ainda estava preparando a implantação das ESB nas Unidades de sua responsabilidade.

### **Caracterização do Profissional**

Os 2 coordenadores têm curso superior de Odontologia e apenas 1 tem Especialização em Saúde Pública.

Os 2 já exerceram atividades de coordenação na área de Saúde Bucal, 1 em Diadema e Mauá, o outro no ERSA-12, CRT AIDS PMSP.

## **Objetivos do Programa**

### **Processo de Instalação**

Há clareza sobre os princípios e objetivos do Programa: a história de sua implantação, o foco na família e o princípio da integralidade, as estratégias preventivas – clínicas e epidemiológicas – a pró-atividade do modelo e o princípio da programação através dos ACS, o barateamento dos custos da atenção, implícito na reestruturação da assistência primária, etc. Vêem também a ESF como o ‘cartão de vistas do QUALIS’, papel fundamental no forte vínculo com a população e na humanização do atendimento.

*“QUALIS é o nome fantasia do PSF, que vem sendo implantado no Brasil, em outros lugares. É uma estratégia de implantação do SUS. Prevê que as famílias sejam acompanhadas mais de perto, não só pelos ACS, como também por toda equipe de Saúde da Família. Prevê que seja dada atenção integral à saúde das famílias numa área adscrita. É uma proposta nova mas já foi implantada em alguns municípios Norte e Nordeste, Niterói...”*

*“O QUALIS se propõe a intervir em todos os problemas de saúde da população adscrita”.*

*“As ações se desenvolvem no espaço da Unidade, na área da Unidade. Prioritariamente a gente tenta resolver os problemas de saúde de maior risco de adoecer, mas também tenta dar conta dos problemas de saúde já instalados na população”.*

*“Há um cadastro por micro-região (condições de vida, moradia, econômica) das famílias que subsidia o suporte técnico e teórico do trabalho. Cada família é vista no seu todo, uma equipe toda preocupada com o seu viver”.*

*“O QUALIS é um modelo de atenção que privilegia as atividades coletivas, a prevenção de doenças. Modelo mais barato, mais eficiente, mais eficaz ... calcado na visão da coletividade”.*

*“O trabalho extra Unidade é fundamental, e pra isso precisa de pessoas que não vão fazer falta no consultório. Pra isso a gente conta com os agentes comunitários”.*

Têm clareza, também, sobre os desafios do programa. Na função de coordenadores, não apenas apresentam os objetivos do QUALIS como, simultaneamente, fazem a leitura crítica de sua implantação como um todo e, em especial, os desafios postos à Saúde Bucal.

*“O QUALIS é um desafio muito grande porque, quando ele foi pensado, a ESB não foi pensada originalmente. E fazer o casamento, inserir os profissionais de saúde bucal dentro das ESF é o grande desafio. É uma proposta de modelo de atenção totalmente novo. Baseada em outras experiências do Brasil, nordeste. A diferença é conseguir fazer essa proposta dentro de área densamente povoada, metropolitana, como São Paulo”.*

*“Tem muita gente que acha inviável em área metropolitana, até por desconhecer nossas atividades, consideram nosso projeto caro, já fomos taxados de eleitoreiros. Cabe sim, porque são muitos os recursos mas o acesso é totalmente inviabilizado pra maioria da população. Hospitais, por exemplo. A medicina de família ainda é uma boa alternativa”.*

*“Na Bucal o que a gente tem são modelos completamente ultrapassados. Na Bucal se alia a falta de recursos mais esses modelos ultrapassados (contrapondo-os à estratégia inovadora das ações coletivas)”.*

*“Na Bucal, a diferença é que o QUALIS garante atendimento ao adulto”.*

Acham que existem dificuldades com a incorporação do profissional da bucal, que em alguns momentos torna difícil a integração com a equipe de saúde da família (peculiaridades: o dentista tem apenas 20 h, há dificuldade do CD trabalhar de forma mais integrada, a dificuldade da ESF trabalhar incorporando seu papel na saúde bucal).

O Desafio é a SB trabalhar dentro da SF e com domicílios adscritos, fazer com que cada núcleo seja de prevenção de SB.

Os comentários revelam que os coordenadores já tinham, à época, extrema clareza dos desafios postos à incorporação da ESB no modelo da Saúde da Família.

## **Equipe**

### **Componentes/Atribuições**

Há, como era de se esperar, clareza nas atribuições dos membros das equipes tendo, inclusive, condicionado as contratações.

*“O THD é habilitado para fazer procedimentos clínicos básicos. O ACD, instrumentação, suprimento de material, preparação de material, etc. Os dois fazem o trabalho extra-muros da Unidade, educativo, ações coletivas”.*

*“O CD fecha o diagnóstico familiar e visita domiciliar quando o paciente está acamado”.*

*“A seleção dos profissionais obedeceu formação técnica e querer crescer, se envolver, ousadia, experiência em Saúde Pública”.*

### **Processo de Trabalho**

As questões relativas ao processo de trabalho mostram bem todos os aspectos com os quais eles devem trabalhar, desde o planejamento e organização do processo de implantação e das atividades rotineiras, até o abastecimento das Unidades e equipes com materiais e insumos. Aparecem, também, as preocupações dos coordenadores quanto ao ajuste do programa na perspectiva da garantia de seus pressupostos básicos.

*“O desafio de compartilhar as atividades, tanto as curativas como as preventivas com a ESF e compartilhar com as famílias as atividades todas. Compartilhar responsabilidades. Cada dentista fica responsável por uma micro-área (ou mais). Foram trocando experiência com outras equipes QUALIS e ajustando o trabalho”.*

*“A gente discute (implantação, expansão) quantas equipes vai incorporar, equipamentos por quais espaços da região devem ter trabalho mais educativo”.*

Sobre planejamento e o papel da coordenação:

*“Tem uma coordenação geral do projeto, um coordenador adjunto, e existe uma coordenação regional também, médico e enfermeira, mais alguém para a parte administrativa. Aí vêm as coordenações em Bucal, Mental...”*

*“O coordenador participa de todas decisões maiores relacionadas ao projeto, têm reunião mensal com a coordenação geral, reuniões semanais com as unidades. A coordenação tem feito relatórios das atividades e procurado discutir com as unidades (dados de produção)”.*

*“Assessorar tecnicamente a equipe de coordenação, os diretores das unidades, os profissionais, no sentido de pensar o trabalho, o modelo de atenção, o dia a dia, incluir as questões de SB”.*

*“Todo dia a gente tem uma reunião assim, obrigatória. Quem deve priorizar o sistema de informação são as próprias equipes, nesse caminhar, nesse planejar e replanejar as atividades. São feitos relatórios e estabelecidas metas”.*

A equipe de coordenação do QUALIS Santa Marcelina é multiprofissional e está recentemente formada. Fazem reuniões para decisão. Quando há conflito (que a coordenação menor não resolve) quem resolve é a coordenadora da SES.

A gestão do programa é feita pela coordenação, gerentes das ESF e das Unidades, o sistema de informação, mais supervisão.

*“Estamos buscando parcerias para dar conta do atendimento (instalação de serviços). Há parcerias com instituições para a atenção em SB e intersetoriais, por exemplo, profissionalização de adolescentes”.*

O planejamento do trabalho das ESB deve, segundo os coordenadores, obedecer a critérios epidemiológicos que norteiam a priorização das ações junto à comunidade e a organização da demanda. Esse levantamento articula-se à ação do ACS, numa direção pró-ativa, pressuposto do modelo de atenção:

*Cadastro das famílias em situação de risco (saudável, doente, seqüela). Trazem para a clínica para diagnóstico e estabilização do processo do paciente (aplicação de flúor), tratamento. O planejamento é feito em função disso. Fazemos um pouquinho de periodontia (gengivas), endodontia (canal), restaurações. Privilegiamos o risco, quem tem mais risco de adoecer, gestante, que é prioridade do QUALIS, menor de 1 ano, hipertensos, diabéticos (segundo eles decisão referendada pelos conselhos de gestores, com a população). Onde não é possível instalar clínicas odontológicas, estamos treinando os ACS que podem desenvolver um mundo de ações preventivas e que tenham condições de, junto com a ESB, identificar doenças de SB.*

*“A gente parte do nosso profissional mais importante o ACS, que não está correndo só atrás da doença, mas está verificando as condições que interferem nesse processo. O enfermeiro é o grande coordenador da equipe (planejamento, acompanha o trabalho dos ACS)”.*

A ESB tem que dar conta do atendimento (clínicas modulares – espaços onde são instalados 3 cadeiras, uma equipe, trabalho a 4 mãos e permite aumentar a cobertura, pois torna o trabalho mais rápido; tem também o argumento ergonômico, redução do esforço físico, estresse) como também do trabalho educativo, das ações coletivas (*desenvolvidas em espaços sociais, na área de abrangência das unidades, escolas, centros de juventude, creches, EMEIs*), escovação supervisionada.

Eles se referem ao SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) que deve servir para o planejamento, organização e avaliação das ações do programa. Ocorre que a Saúde Bucal, por não ter sido implantada como clínica básica nas outras experiências de Saúde da Família, também não foi incorporada ao SIAB no QUALIS. Nesse sentido, eles se preocupam em desenvolver um sistema de informação em SB próprio e capacitar as equipes para a coleta e análise dos dados.

*“Existe um sistema de informação do Projeto que é o SIAB, ele se inicia ali no cadastro (não tem como realizar registro odontológico, pois não foi pensado isso)”.*

*“Há um sistema de informação que é o SIAB. Dentro do SIAB não está previsto o registro das informações de SB. A gente tem começado a criar uma rotina de estar desenvolvendo esses dados pras Unidades, pra que elas mesmas interpretem os dados”.*

Sobre contratações de RH, abastecimento e insumos:

*“O trabalho tem uma interface muito grande com vários setores, como o RH, seleção de pessoal, treinamento. Suprir as necessidades das unidades, material de consumo, equipamentos, manutenção”.*

### **Satisfação da População**

As referências à satisfação da população são positivas e relacionam-se a um dos principais aspectos do programa, o potencial de *acolhimento* oferecido pelas ESF, diferentemente do modelo tradicional de atenção à saúde; acolhimento que se traduz na escuta do médico, no papel desempenhado pelos ACS e pela visão integral da saúde, preconizados pelo programa.

A população vê o QUALIS hoje como uma grande alternativa em relação aos serviços de saúde que está acostumada a utilizar, pela possibilidade de ter um atendimento mais humanizado, de perceber que os seus problemas de saúde estão sendo resolvidos, estão sendo acompanhados com critério por uma equipe, que existe uma retaguarda pra dar suporte aos seus problemas de saúde mais complexos.

*“A população sente e exprime segurança sobre a proposta (médico perto, o ACS, a forma de atenção, a preocupação não só com a doença mas com a situação de vida)”.*

*“O agendamento tem uma pré-condição que é o acolhimento. Uma grande quantidade de dúvidas, procedimentos e encaminhamentos se resolve no acolhimento. Tenho certeza que há reconhecimento da população”.*

Mencionam também a mobilização da população na defesa do programa e participação nele como elementos importantes de adesão e satisfação com o projeto.

*“Acho que a população, representada pelos ACS, foi o grande fermento. A população se organizando”.*

A população participa através de seus representantes nos conselhos de saúde. E, quando necessário, se reunindo com a coordenação do Santa Marcelina. Trabalham

muito perto do projeto, nos eventos, nas promoções. A equipe incentiva a participação da população, dá espaço para os conselhos, representação.

## **Motivos para Trabalhar**

### **Grau e Motivos de Satisfação com o Trabalho**

São relacionados motivos de ordem ideológica em consonância com os princípios do programa. Para os coordenadores, a adesão ao projeto significa um projeto não apenas profissional como político.

*“Eu estou satisfeita. Acho que ele (o QUALIS) é considerado uma alternativa na questão da viabilização do SUS. Acho que a gente trabalha com um monte de problemas, mas eu acredito no projeto. Trabalhar com a equipe de coordenação, que eu acho que tem alguns problemas mas é uma equipe muito coesa na forma de pensar a questão da saúde, de pessoas extremamente envolvidas no trabalho. Outra questão que me agrada muito é a possibilidade da gente ser criativo”.*

*“Pra mim sanitaria é quase um prêmio por ser todo que ele sempre buscou, nas suas programações, nos seus estudos epidemiológicos, sempre buscou a questão fundamental que é a adscrição da população, trabalhar com território definido, população cadastrada. Casar a SB nessa proposta e poder fundamentar um modelo de atenção”.*

### **Motivos de Insatisfação**

Mais do que motivos de insatisfação, os coordenadores da SB do QUALIS revelam mais uma insegurança sobre os rumos e a continuidade do programa.

*“Tinha toda uma expectativa de que a velocidade da ampliação do projeto seria muito mais rápido do que hoje se está percebendo que é. Acho que o QUALIS não está atingido todos os objetivos a que tem se proposto porque não tem conseguido ampliar. É a vulnerabilidade que o projeto ainda tem, ainda não está claro o papel das parceiras, como essas instituições se relacionam entre si. Há vulnerabilidade às mudanças de percurso no meio do caminho”.*

Outra queixa: *“Morosidade administrativa”.*

## **Capacitação**

Falam dos treinamentos e capacitações que organizam e desenvolvem para os profissionais da SB, dentistas, ACDs e THDs. Descrevem como são e as dificuldades da formação para um modelo de atenção inovador.

*“Os dentistas têm um pouco de dificuldade de entendimento da proposta, do que é esse novo modelo de atenção. A gente tem que formá-los, no próprio projeto, já em trabalho, é um pouco difícil até que entendam, mas alguns passam a comprar e realmente incorporar (tem os que se adaptam e os que não)”.*

*“Os treinamentos, a gente considera que os treinamentos devem ser um processo permanente. A gente tem feito várias atividades de capacitação. Pra ACD e THD está começando em treinamentos específicos. Uma atividade que a gente desenvolveu, a gente chamou de ‘treinamento a 4 mãos’, voltada pras ESB de cada Unidade, pra trabalhar a questão da importância do trabalho em equipe, da divisão de tarefas... foi uma atividade super interessante! Estamos preparando uma atividade grande, que é o levantamento epidemiológico em SB”.*

*“Há um treinamento mais geral, para todas as categorias, introdutório. Depois cada segmento tem os seus. Quem prepara os treinamentos é a coordenação. Ele treina as questões técnicas dos dentistas/proposta problematizadora e vão enquadrando essa experiência (QUALIS). Os treinamentos obedecem, também, ao perfil epidemiológico da área. Em nível micro as equipes são muito autônomas, se enfatiza isso”.*

## **Dificuldades no Trabalho**

Referem-se à capacidade deles consolidarem os princípios do programa:

*“A nossa dificuldade é transportar todo esse modelo de atenção, sempre voltado pro indivíduo, pras famílias, conseguir um envolvimento familiar. Compartilhar nossa atividade com os membros da família”.*

*“Que as ESF reconheçam que uma criança com dente cariado, pode ser uma criança que vá ter um problema de nutrição, por exemplo (integração de equipes)”.*

## **Condições de trabalho**

As opiniões relacionam-se a aspectos muito diferentes, intra e extra QUALIS:

*“Acho que a gente tem um equipe de coordenação muito enxuta, um suporte administrativo muito precário, ... e a gente acaba fazendo papel de recepcionista, recebendo pessoas. Acho que a gente tem uma estrutura bem pobre ainda, em termos de coordenação. Acha grande as atividades da coordenação, e de muita responsabilidade para a jornada de trabalho”.*

*“O desafio é ter essa base territorial e aparecem surpresas, como enchentes”.*

## **Planos para o futuro**

As perspectivas estão relacionadas ao projeto ‘ideológico’ com o qual partilham:

*“Não consigo nem imaginar meu futuro profissional, por causa da crise no Brasil. Desde que me formei eu fiz minha opção em Saúde Pública, construí minha trajetória em Saúde Pública, porque eu realmente acredito. A possibilidade de estar trabalhando dentro de um programa de SF, pra mim eu acho que isso está dando uma experiência muito grande, que possa ser aproveitada no dia que eu sair do projeto”.*

*“No QUALIS. Eu acho que eu não sou mais capaz de voltar aos modelos de atenção desses mais tradicionais”.*

Sobre planos de trabalho no programa, aparece uma demanda generalizada nas ESB, o sistema de referenciamento da demanda: desejo de expansão da clínica especializada para referência e contra referência do paciente.

## **5.5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## **Objetivos do Programa**

No geral, todos os profissionais entrevistados manifestam bastante clareza sobre os princípios e diretrizes do programa. Reconhecem nele a clara reorientação do modelo assistencial: a pró-atividade, com a atuação dos ACS e da ESF que, segundo eles, fazem o *elo* dos serviços com a população; o princípio da integralidade da atenção, com o médico de família e as equipes multiprofissionais olhando para o conjunto dos membros da família; a acessibilidade, em função da proximidade dos serviços e usuários (adscrição de clientela); e a humanização da atenção, com a escuta médica, o acolhimento dos profissionais e a Unidade Básica de referência.

Em função da estratégia adotada pela coordenação de Saúde Bucal do QUALIS há clara percepção da necessária articulação entre o modelo de atenção e a construção do perfil epidemiológico da população, que serve como elemento norteador de planejamento das ações, organização e atendimento da demanda, ou seja, um componente fundamental se deseja-se atingir a pró-atividade proposta pelo programa, e que ela seja efetiva e eficaz (RONCALLI, 2006).

Sobre os motivos de implantação do QUALIS, a opinião dos profissionais das ESB tem leve diferença da dos coordenadores. Estes enfatizam o modelo de atenção como fator fundamental para a implantação do programa, ou seja, a resolutividade no nível da atenção primária, a melhoria no sistema de referência e contra referência (na medida em que se organiza e contém a demanda) chegando, inclusive, a mencionar o barateamento dos custos da atenção (pois com as estratégias de prevenção e promoção – clínico-individuais e coletivas – evita-se que problemas simples se compliquem ou recaiam nos níveis de atenção secundário ou terciário, desorganizando a racionalidade do sistema).

Para os profissionais das ESB – Cirurgiões Dentistas, ACDs e THDs -, por outro lado, o principal motivo de implantação do QUALIS está relacionado à carência da população, tanto no que se refere ao nível sócio-econômico da mesma quanto à carência de equipamentos de saúde nas áreas pauperizadas da cidade, escolhidas para a instalação do programa. Neste aspecto a situação urbana é lembrada como fator dificultador de acesso aos serviços de saúde em função das longas distâncias a serem percorridas e dos elevados custos dos transportes.

O contexto metropolitano aparece, também, como elemento desafiador. Para os coordenadores, em especial, trata-se de um grande desafio implantar o programa em área metropolitana, visto que as experiências anteriores ocorreram em localidades de menor complexidade urbanística e sócio-cultural. Nesse sentido, a adscrição de clientela aparece como um problema a ser enfrentado pelas ESB. A delimitação da população a ser atendida, como forma de melhorar o próprio atendimento, torna-se fonte de desgaste para as ESB, pois a imensa demanda reprimida pressiona as áreas onde foi implantado o programa e, conseqüentemente, suas equipes.

No entanto, todos os profissionais sentem-se orgulhosos a respeito do pioneirismo da implantação da Saúde Bucal na atenção básica, com abertura para o atendimento à população adulta.

Alguns mencionam a luta da comunidade como fator desencadeante da instalação do programa nas áreas definidas.

## **A Equipe e o Processo de Trabalho**

Os profissionais da Saúde Bucal têm extrema clareza sobre as suas atribuições e funções junto à própria equipe e ao programa; desde as atividades clínicas, de consultório, até as atividades educativas, as ações coletivas desenvolvidas fora da Unidade. Compreendem claramente também quais são as atividades de prevenção e as de promoção. Essa clareza, das funções e atribuições dos membros e equipes, talvez decorra do pioneirismo da implantação da Saúde Bucal num contexto de Saúde da Família, pois isto requereu desses profissionais um empenho em delinear, claramente, os objetivos do trabalho, as metas a serem cumpridas e, decorrentemente, as formas de sua execução: a divisão e o processo de trabalho. Outro aspecto a ser considerado, quanto à clareza com que os profissionais identificam suas atribuições, pode ser o alto grau de especialização do trabalho na área odontológica, que desenvolveria nesses profissionais essa cultura da especialização (SANTOS E ASSIS, 2006).

A clareza quanto à divisão do trabalho e à dinâmica do trabalho em equipe aparecem, também, em respostas que remetem à hierarquização e ao planejamento do trabalho na Saúde Bucal como um todo; planejamento e hierarquização do trabalho em equipe e das equipes com relação à coordenação geral da Unidade e do programa. Uma questão que fica em aberto é saber se essa hierarquização e esse alto grau de

planejamento na Saúde Bucal não correspondem, também, ao momento de instalação do programa. Vários informantes sinalizaram que as equipes se encontravam em fase de formação e que havia fluxo de mão de obra.

Ainda na perspectiva do planejamento, aparece aqui a iniciativa da construção do perfil epidemiológico em saúde bucal da população local, pois o SIAB não contempla essa cobertura. Coloca-se, então, para as ESB a tarefa de construir seu próprio sistema de informação na perspectiva, inclusive, de consolidar a ação pró-ativa que o modelo de atenção propõe. Nesse trabalho eles contam com os ACS que, sob orientação da ESB, fazem um rastreamento dos casos que, posteriormente, são classificados pela equipe pelo nível de gravidade e risco.

Outro aspecto relacionado ao trabalho é que os membros das equipes, em especial os ACDs e os THDs, mas também, e secundariamente, os CDs, estão preocupados com o seu desempenho. Questionados sobre as tarefas, eles situam-nas quanto ao desempenho que lhes é preconizado no contexto da divisão do trabalho da equipe. Os THDs, por exemplo, se vêem na função de otimizar e potencializar o trabalho do dentista, ampliando a capacidade de resposta da UBS. A divisão de trabalho é vista, portanto, como fator potencializador e agilizador do processo de atendimento ou das atividades educativas junto à comunidade.

Mencionam aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em equipe ressaltando, em especial, a forma nova que o modelo da saúde da família propõe. Alguns vêem o trabalho em equipe como potencializador e criativo, permitindo troca de saberes; outros ainda demonstram insegurança quanto a dividir 'a quatro mãos' as tarefas (ARAÚJO E DIMENSTEIN, 2006). E aqui aparece uma das contradições dentre tantas outras para os profissionais da Saúde Bucal inseridos no QUALIS, no modelo de Saúde da Família. A contradição maior entre o que o programa preconiza – a pró-atividade, o foco no domicílio, na família, o acolhimento, etc. – e o que, de fato, a ESB tem condições de realizar, ou seja, a odontologia requer um aparato tecnológico, uma tecnologia dura que inviabiliza certa flexibilidade das equipes. Também concorre para isto a pressão da demanda reprimida (SANTOS e ASSIS, op. Cit; PUCCA JR, 2006). Nesse sentido, as ESB atuam no espaço de uma contradição intrínseca: o modelo tradicional (demanda espontânea) X o modelo substitutivo (saúde da família), contradição esta que interfere e determina a inserção desses RH e seu processo de trabalho.

## **A População**

Sobre a satisfação da população não há nenhum dado objetivo sobre o qual os informantes se baseiam. No geral são suas opiniões, seja em função do que ouviram da população, do que receberam de críticas, ou de sua impressão.

Eles referem elogios da população devido à introdução do serviço na rede e da resolutividade do programa – mais especialmente à qualidade da assistência. Há menções positivas a aspectos que se relacionam ao modelo de atenção proposto, como a marcação prévia das consultas pelos ACS, a proximidade do serviço das casas dos moradores, o acolhimento e a visão integral do paciente.

## **O Trabalho**

- motivos para trabalhar;
- satisfação/insatisfação;
- capacitações;
- dificuldades;
- condições de trabalho.

No geral os profissionais têm uma visão positiva do seu trabalho. A primeira razão é porque, como quase todos referiram, estão atuando em sua área de formação e, com isso, sentem poder desenvolver sua vocação, quer dizer, trabalham no que gostam.

Como o modelo da Saúde da Família propõe práticas inovadoras, os profissionais vêm também nessa inovação o estímulo à aprendizagem. Esse desafio – a inovação – é tanto fonte de angústia (insegurança quanto ao ‘novo’, dificuldades psico-adaptativas) como fonte de satisfação, na medida em que se conseguem realizar seu trabalho a contento.

Consideram ainda estimulante o desafio de desenvolver as atividades de promoção e prevenção extra-muros da Unidade, as ações coletivas junto às comunidades.

Apresentam os recursos de trabalho que o QUALIS oferece como fatores estimuladores: os salários (acima da média dos serviços públicos), a estabilidade do emprego, os equipamentos e materiais considerados de boa qualidade que, se não fartos, são suficientes.

Outro fator importante para a satisfação com o trabalho é a adesão mais propriamente política ao programa, ao projeto 'ideológico' implícito no QUALIS, quer dizer, o escopo focado na atenção primária e na reestruturação do modelo assistencial. A compreensão da dimensão mais global do programa os estimula a permanecer e crescer nele. Os profissionais, no QUALIS, sentem-se sujeitos do seu próprio trabalho, apropriam-se (em boa medida) do processo de trabalho, seja pela perspectiva da integralidade que podem oferecer aos pacientes, pelo orgulho por oferecer um atendimento que 'respeita' a população, seja pela própria dinâmica do trabalho na Unidade e na equipe.

A grande queixa recai na sobrecarga de trabalho relacionada ao excesso de demanda.

Em capacitação referem, principalmente, àquela realizada em serviço, além de palestras, cursos, etc., esporádicos. Há grande demanda de capacitação permanente em função dos desafios encontrados na rotina de trabalho do programa, e que confronta com a formação básica das graduações – que ainda encontram-se focadas na abordagem eminentemente odontológica (RONCALLI, op. Cit). O modelo inovador do QUALIS demanda, segundo eles, diferentes tipos de capacitação.

### **Sugestões e Planos para o Futuro**

As sugestões são relativas à manutenção e expansão do QUALIS, já que presenciam no programa a efetividade dos objetivos propostos e a eficácia do seu trabalho.

Reafirmam o desejo de, na continuidade do programa, a Saúde Bucal conseguir instituir um sistema de referência e contra-referência para que se consiga concluir todas as etapas da integralidade da atenção. Como já foi mencionado, esse é um fator de angústia dos profissionais: atender pacientes que eles não têm como referenciar no sistema, correndo o risco de ver seu trabalho perdido.

Sobre os planos para o futuro, a grande maioria fala nos estudos. Os que não têm graduação pensam em fazê-la, os que já a tem pensam em especializações, pós-graduações, sempre na área; o que demonstra a afinidade com o trabalho.

