

Ana Claudia Moutella Pimenta Giudice

**PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UM
CAMINHO PARA AMPLIAR O ACESSO E A ADEÇÃO AOS
TRATAMENTOS**

**Popular participation on health services: a path to broaden
the access and adhesion to the treatments**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia de Piracicaba, da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do
título de Mestre em Odontologia em Saúde
Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

Co-orientador: Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe

PIRACICABA 2008

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**
Bibliotecário: Marilene Girello – CRB-8ª. / 6159

G448p

Giudice, Ana Claudia Moutella Pimenta.

Participação popular nos serviços de saúde: um caminho para ampliar o acesso e a adesão aos tratamentos. / Ana Claudia Moutella Pimenta Giudice. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2008.

Orientadores: Marcelo de Castro Meneghim, Fábio Luiz Mialhe.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Educação em saúde. I. Meneghim, Marcelo de Castro. II. Mialhe, Fábio Luiz. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

(mg/fop)

Título em Inglês: Popular participation on health services: a path to broaden the access and adhesion to the treatments

Palavras-chave em Inglês (Keywords): 1. Health education

Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca Examinadora: Carlos Botazzo, Marcelo de Castro Meneghim, Antonio Carlos Pereira

Data da Defesa: 12-02-2008

Programa de Pós-Graduação: Mestrado Profissionalizante em Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO
PROFISSIONALIZANTE, em sessão pública realizada em 12 de Fevereiro de 2008,
considerou a candidata ANA CLÁUDIA MOUTELLA PIMENTA GIUDICE aprovada.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Marcelo de Castro Meneghim", written over a horizontal line.

PROF. DR. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Carlos Botazzo", written over a horizontal line.

PROF. DR. CARLOS BOTAZZO

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Antonio Carlos Pereira", written over a horizontal line.

PROF. DR. ANTONIO CARLOS PEREIRA

Agradecimentos

À Reitoria da Universidade de Campinas.

À Diretoria da Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

Ao coordenador dos Programas de Pós-Graduação da FOP.

Ao Departamento de Odontologia Social e Coletiva, com destaque

Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira.

Ao meu orientador e co-orientador.

Ao ilustre

Prof. Dr. Carlos Botazzo.

Aos professores e colegas de mestrado, com destaque

Ana Paula Taffner,

Yara Janaína Lido,

Beatriz Balduino.

Aos meus amores João e André.

Meus pais.

Meu irmão e irmãs.

Meu cunhado Carlos Augusto.

Uma amiga muito especial

Luciane Pezzato.

Uma colaboradora igualmente especial

Elisabete Pereira Lelo Nascimento.

Ao Centro de Saúde Jardim Capivari, com destaque

Dra. Carla Leão, ACD Marili Lacerda e

todos os demais funcionários.

À população por mim atendida

sem a qual este trabalho não teria sido possível...

Semear é algo de grande...

porém o maior é ser semente.

Precisamos atirar-nos em todos os terrenos...

e tentar ser semente de um mundo melhor.

(Pe. J. Kentenich)

RESUMO

Este é um estudo qualitativo, nos moldes da pesquisa-ação, que tem a intenção de analisar, discutir e avaliar o processo de trabalho em um Centro de Saúde localizado na Região Sudoeste da Cidade de Campinas/SP (Jardim Capivari), em uma de suas Equipes de Referência, ocorrido durante a implantação do Paidéia (projeto baseado nos moldes do Programa de Saúde da Família, com algumas singularidades). Questionários semi-estruturados e grupos focais com usuários e funcionários, respectivamente, fizeram parte da abordagem adotada para levantamento de dados. A interpretação dos resultados foi baseada no Programa de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, criado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e Ministério da Saúde gestão 2005 e no Programa de Avaliação de Quarta Geração (Guba & Lincoln, 1989; Furtado, 2001). Através desta dissertação espera-se verificar se as propostas contidas no programa alcançaram a integralidade da atenção e a humanização das práticas. Além disto, tem-se o desejo de poder estar contribuindo para o levantamento de dados, a fim de cultivar a prática avaliativa nos serviços, com o intuito de melhorar a qualidade da assistência e orientar nos processos decisórios de planejadores e gestores, a partir das evidências encontradas.

Palavras-chave: Políticas de Saúde, Educação em Saúde, Processo de Trabalho.

ABSTRACT

This is a qualitative study, in the manner of search-action, which intends to examine, discuss and evaluate the process of working on a Health Center located in the Southwest Region of the City of Campinas / SP (Jardim Capivari), one of their teams of Reference, which happened during the implementation of the Paideia (project based on the standards of the Program of the Family Health, with some singularities). Semi-structured questionnaires and focal groups with users and staff, respectively, were part of the approach adopted for data gathering. The interpretation of the data was based on the Program for Evaluation of the Quality Improvement Strategy for Family Health, created by the Pan American Health (PAHO), United Nations Organization for Education, Science and Culture (UNESCO) and Ministry of Health 2005 management and the Program for Fourth Generation Evaluation (Lincoln & Guba, 1989; Furtado, 2001). The aim of this dissertation is to check if the proposals contained in the program reached the comprehensive attention of the humanization and practices. Moreover, it has been the intention feeding already existent surveyed data, in order to stimulate the services evaluation practice, aiming the improvement of quality of care supporting planners and managers.

Key Words: Health Policy, Healthcare Education, Work Process

SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
2. Informações necessárias para o entendimento do contexto.....	5
2.1. A CONSTRUÇÃO DO PSF/PAIDÉIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS.....	5
2.2. ASSISTÊNCIA PÚBLICA ODONTOLÓGICA NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO.....	10
2.3. ÁREA DO ESTUDO.....	16
2.4. CONTEXTO METODOLÓGICO DO PROGRAMA PAIDÉIA - A CAPACITAÇÃO.....	17
3. Como começou a minha pesquisa.....	23
3.1. PROJETO PAIDÉIA EM CAMPINAS - PECULIARIDADES NO CENTRO DE SAÚDE JARDIM CAPIVARI.....	23
3.2. RELATO DE CASO 1.....	27
3.3. RELATO DE CASO 2.....	30
4. A pesquisa propriamente dita.....	34
4.1. OBJETIVOS.....	34
4.1.1. Geral.....	34
4.1.2. Específicos.....	34
4.2. JUSTIFICATIVAS.....	34
4.3. METODOLOGIA.....	35
4.3.1. Local da pesquisa.....	35
4.3.2. Identificação das fontes de obtenção do material da pesquisa.....	35
4.3.3. Características gerais da população estudada.....	42
4.3.4. Critérios de inclusão.....	42
4.3.5. Critérios de exclusão.....	42
4.3.6. Descrição detalhada dos métodos que afetam os sujeitos da pesquisa.....	42
4.3.7. Cronograma.....	43
4.3.8. Aspectos Éticos e Legais.....	43
4.4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
5. CONCLUSÃO.....	58
6. BIBLIOGRAFIA.....	61
7. ANEXOS.....	67
7.1. Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	67
7.2. Anexo 2: Entrevista Semi Estruturada.....	72
8. Anexo 3: Grupo Focal.....	73

1. Introdução

Toda história da humanidade nos revela o quanto as pessoas se preocuparam em vencer a enfermidade e em buscar formas de aliviar a dor e restabelecer a saúde.

Os esforços de nossos ancestrais para curar doenças podem ser traçados até 20 mil anos atrás. Pinturas feitas em cavernas no sul da França, por exemplo, mostram que as civilizações compreendiam que as doenças eram causadas por demônios e, para curá-las somente um xamã (sacerdote ou pajé) era capaz de influenciar os espíritos.

Os tratamentos eram difíceis e consistiam de rituais de feitiçaria e exorcismo. Muitos arqueólogos desenterraram crânios humanos pré-históricos contendo buracos irregulares que haviam sido perfurados por curandeiro para permitir que os males que causavam a doença deixassem o corpo do paciente.

Aproximadamente 4 mil anos atrás, os egípcios passaram a notar que a higiene também desempenhava um papel na saúde e na doença e, a partir de então, realizavam rituais de limpeza para impedir que vermes infestassem o corpo. Assim foi ocorrendo o desenvolvimento da Biologia, da Microbiologia e consequentemente a descoberta dos microorganismos causadores de doenças. A Medicina foi sofrendo grande avanço e estruturando-se como prática científica.

As formas de obter a “cura” e restabelecer a saúde foram variando conforme a cultura, os conhecimentos e recursos disponíveis em cada povo e época histórica.

Atualmente, em nossa sociedade, quando identifica-se um problema de saúde que não pode ser resolvido com o(s) próprio(s) recurso(s), procura-se o profissional de saúde. Este é reconhecido como “capaz” de identificar alguma

doença e propor medidas para tratamento, restabelecendo a “cura”. A eles também é atribuída autoridade para reconhecer o que é normal e o que é patológico.

Vários são os motivos que explicam o poder e a influência desses profissionais na nossa sociedade. Entre outras questões, destaca-se que o saber produzido pela medicina ao longo do tempo conseguiu desenvolver um progressivo conhecimento do corpo e das enfermidades e desenvolver intervenções eficazes para controlar os danos à saúde, aliviar o sofrimento, a dor e prolongar a vida.

Pode-se dizer que a forma “limitada” deste tipo de prática de saúde já vêm sendo questionada há alguns anos. O cuidado adquire outros significados devido ao processo saúde-doença não estar reduzido ao biológico (Campos, 2003).

Outras dimensões relacionadas ao adoecimento fazem com que muitos problemas sejam abordados com procedimentos e medicamentos e não como problemas que poderiam ser solucionados com escuta, acolhimento, vínculo, espaços de conversa e de outras ações e atividades.

Isto se deve ao fato de que houve um estímulo (político-econômico) ao modelo de assistência à saúde baseado em consultas médicas, procedimentos, equipamentos e medicamentos, a chamada “tecnologia dura” e “leve-dura”, (Merhy, 1997) que se referem aos maquinários e conhecimento técnico, deixando um vácuo para as tecnologias “leves” que dizem respeito às relações, sendo fundamentais para a produção do cuidado.

Dentro deste aspecto, projetos que visam uma melhor integração entre os profissionais/serviços e usuários/pacientes vêm sendo pensados e propostos. O Programa de Saúde da Família (PSF), implementado no Brasil, em 1994, é uma estratégia que foi sugerida pelo Ministério da Saúde para se alcançar entre outros,

também estes objetivos.

Entre os anos 2001 e 2004 a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura de Campinas – SP, iniciou a implantação do Projeto de Saúde da Família, de uma forma singular, com as equipes ampliadas, realizando a capacitação de profissionais de diferentes áreas da saúde e o denominando Projeto Paidéia.

O Projeto Paidéia (Campos, 2000) tem como diretrizes a criação do vínculo, priorização de riscos e vulnerabilidade sócio-epidemiológica, além da lógica da Clínica Ampliada que visa produção de saúde, aliviando sintomas e cuidando das pessoas, prevenindo doenças, curando e reabilitando doentes e suas famílias. Aumenta ainda a autonomia e amplia a capacidade de auto-cuidado, bem como a forma de analisar o processo saúde – doença e de intervir sobre ele.

Originou-se assim um novo trabalho que partia em busca de novas práticas e possibilidades, centradas nos usuários e suas necessidades singulares. Profissionais de saúde passaram a compreender a diferença existente entre Clínica Tradicional e Clínica Ampliada, com objetivos claros de mudança de paradigmas.

A incorporação do atendimento interdisciplinar e valorização dos sujeitos e seus contextos de vida, além do reconhecimento do território, também eram expectativas dos mentores do Projeto a fim da otimização dos processos de trabalho.

Havia ainda uma necessidade premente de que o trabalho fizesse sentido para o trabalhador, para os usuários e para a sociedade. Reconhecer-se no que faz, realizar-se por meio do trabalho, implicar-se, responsabilizar-se, satisfazer-se.

Mas, apesar do grande investimento para implantação deste Projeto, não se

sabe ainda que impactos trouxeram à realidade dos usuários e trabalhadores. Tão pouco existem pesquisas suficientes em torno do tema que demonstrem alterações de indicadores e/ou mudanças significativas.

Visto desta forma, esta dissertação tem a intenção de contribuir para o levantamento de dados, analisando, discutindo e avaliando o processo de trabalho ocorrido durante a implantação do Paidéia, em um Centro de Saúde localizado na Região Sudoeste da Cidade de Campinas/SP (Jardim Capivari), em uma de suas Equipes de Referência¹, denominada Equipe Andorinha, a fim de melhorar a qualidade da assistência e contribuir com planejadores e gestores, orientando-os em processos decisórios, através das evidências encontradas.

Este estudo utilizará a metodologia da pesquisa qualitativa e, através de questionários semi-estruturados e grupos focais fará a coleta de dados, no sentido histórico-social, buscando informações do período vivenciado pelos próprios atores (funcionários e usuários).

Para a análise e discussão dos resultados serão realizadas reflexões baseadas nos trabalhos de Guba e Lincoln (1989), "Avaliação de Quarta Geração", e nos instrumentos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (2005) denominados "Avaliação da Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família".

¹ Após a Capacitação para implantação do Projeto Paidéia, o Centro de Saúde Jardim Capivari foi "dividido" em três **Equipes de Referência**, de acordo com o modelo de Saúde da Família que prevê a inclusão de 2400 a 4500 pessoas adscritas à uma área de abrangência. Assim formaram-se as Equipes Andorinha, Abelha e Beija-Flor a fim de cadastrar e responsabilizar-se pela população de cada área.

2. Informações necessárias para o entendimento do contexto

2.1. A CONSTRUÇÃO DO PSF/PAIDÉIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

Decidiu-se em Campinas, quando da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, em 2001, que o sucesso e a viabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS)² dependiam da instalação de uma rede básica eficaz que promovesse saúde e prevenisse riscos, além do cuidado às doenças e da reabilitação de pessoas com problemas crônicos.

O então prefeito eleito para gestão 2001/2004, Antonio da Costa Santos, nomeou para secretário da saúde o Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos que já vinha estudando, planejando e idealizando há algum tempo um novo Modelo Assistencial.

Este Modelo Assistencial³ proposto foi baseado no Programa de Saúde da Família com modificações e novas ênfases: trabalhar a família, maior relação intersetorial, superação da organização por área, incorporação do agente

² **SUS:** Implica numa nova formulação política e num desenho organizacional distinto dos serviços e das ações de saúde. Surgiu com a Constituição Brasileira promulgada em 1988 e consagra-se como transformação radical no Sistema de Saúde que passa a ser único porque segue os mesmos princípios em todo o território nacional. Torna-se responsabilidade das três esferas de governo: federal, estadual, e municipal. Está norteado pelos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade. Organizado pela Regionalização e Hierarquização, além de ser garantida a participação popular através de suas entidades representativas, na formulação das políticas de saúde e no controle e execução desde o nível federal até o local. (SIMIONI,A.M.C). Texto baseado na “Cartilha ABC do SUS” – Ministério da Saúde

³ **Modelo Assistencial:** Refere-se a determinada maneira de prestar assistência e de responder às necessidades de saúde de uma população ou ainda, produção de saúde através de arranjos institucionais dos serviços de saúde.

comunitário da saúde, entre outros.

Campos acreditava que em todo serviço de saúde sempre há alguma ação de saúde pública sendo ofertada à população, mas havia necessidade de explicitar esta oferta para que se estabelecesse o **Vínculo** entre equipe e usuários. Somente a partir disto os grupos de usuários trariam demandas, problemas ou reivindicações que supunham ser vitais para saúde. Ou seja, a possibilidade de construção de vínculo dependia da oferta de uns (o trabalho em saúde) e das necessidades a serem atendidas de outros.

O vínculo resulta da disposição de acolher e da decisão de buscar apoio. Portanto, vínculo é a circulação de afetos entre as pessoas, afirmou Campos em 1997.

Centrar a ação clínica no **Sujeito** também era meta do Paidéia. O Sujeito seria um “ser concreto”, não somente um corpo e sua dinâmica corporal marcada por algum tipo de enfermidade ou de sofrimento.

Havia ainda a proposta do **Acolhimento**. “Acolher o usuário demandante, do ponto de vista de qualquer um que se dirige ou necessita de um serviço, espera-se que se desenvolva um espaço de escuta, um momento de troca de informações e um processo de decisão para se dar prosseguimento a outras etapas do processo de trabalho em saúde. A maneira como este momento se realiza pode alterar completamente não só os princípios constitucionais, mas também garantir ou negar qualidade para os seguintes” (Campos e Merhy, 2000).

Assim, conforme afirmou Wanderlei S. Bueno, o Acolhimento iria além do conceito trazido por Aurélio. Envolveria recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho, passa pela subjetividade e pela escuta das necessidades do sujeito.

O novo modelo de trabalho visava ainda superar a clínica tradicional pela **Clínica Ampliada**. O objeto não seria mais a doença e sim o sujeito enfermo ou com possibilidade de adoecer. Ainda outra ampliação: considerar não somente o paciente, mas também o grupo de sujeitos como objeto da Clínica Ampliada.

Realizar **Cadastro de Saúde** da população pelas equipes locais de referência, conforme metodologia sugerida pelo Programa de Saúde do Ministério, acrescido de outros dados de interesse. Para tanto, um novo profissional seria introduzido na rede básica: o **Agente Comunitário de Saúde** (ACS), que seria contratado e preparado como profissional técnico em Saúde Pública (não como auxiliar de enfermagem), ampliando a capacidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para agir na comunidade e nos domicílios.

Finalmente o **Sistema de Co-Gestão** ou gestão participativa seria um instrumento poderoso para construção da eficácia e eficiência, bem como diretriz ético-política fundamental. Operar-se-ia com o sistema de co-governo: conselhos locais de saúde, coordenação, equipe e usuários compartilhando o poder através dos colegiados de gestão.

Para tanto, trabalhou-se com a meta de implantar uma rede de **Equipes Locais de Referência** suficiente para garantir atenção básica aos 70% da população considerada dependente do SUS. Havia um desejo de cadastrar e matricular a todos, estabelecendo diferenças de atenção conforme o risco biológico, subjetivo e social de cada pessoa ou de cada família... Mais do que isto (...), ainda desejava-se que a **Educação em Saúde** se desenvolvesse em espaços coletivos e de maneira articulada, onde fôsse possível estabelecer negociações, construir novos pactos e acordos, orientados com objetivos comuns, explicitados.

Enfim, o processo de trabalho passaria a ter como eixo o processo

educativo, fonte de conhecimento e objeto de transformação e privilegiaria a participação coletiva e multidisciplinar para favorecer a dinâmica de novos saberes, através da investigação, informação e experiências.

No ano de 2004 o Programa de Saúde da Família - Paidéia sofreu algumas modificações devido à mudança de gestão administrativa da prefeitura, mas, principalmente, porque o Projeto não “emplacou” como esperado. A proposta era muito arrojada e a viabilidade se tornou fictícia.

Para apontar algumas das diferenças mais significativas entre o Programa de Saúde da Família e o Projeto Paidéia será utilizado como referência um quadro apresentado por Roberto Mardem Soares Farias, em 2001, nos textos elaborados pelo Colegiado de Gestão da SMS de Campinas.

Quadro I
Comparação entre PSF e Paidéia:

	<i>PSF</i>	<i>Paidéia</i>
Foco	A família e o território	O cidadão, doente ou sadio, considerando-se suas subjetividades, a sua inserção sócio-econômica, sua cultura, sua família e seu território.
Missão	Promoção da saúde através da vigilância à saúde	Cuidados longitudinais através da clínica ampliada e saúde coletiva (conceito ampliado de vigilância à saúde)
Responsabilidade	Acesso planejado através de programas; colaboração intersetorial; participação da comunidade nas ações sobre o território; vínculo e responsabilização.	Acesso livre e facilitado (acolhimento); colaboração intersetorial; participação da comunidade nas ações sobre o território e na gestão dos serviços; vínculo e responsabilização.
Equipe	Generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários.	Generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, pediatra, ginecologista, dentista, auxiliar de consultório e agentes comunitários. Outros profissionais fazem apoio matricial (psiquiatra, nutricionista, terapeuta ocupacional, psicólogo, etc)

Passados três anos da gestão 2001-2004 deseja-se avaliar os impactos destas ações e verificar se as propostas contidas no programa alcançaram a integralidade da atenção e a humanização das práticas.

2.2. ASSISTÊNCIA PÚBLICA ODONTOLÓGICA NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO

O conhecimento sobre a história da Odontologia e como se deu sua estruturação é fundamental para entender a Odontologia atual e os porquês das ações do presente.

Amorim (2002) descreve que a Odontologia é uma profissão com uma especificidade histórica e social que se destaca no cenário das profissões de saúde. Nascida do ramo das Ciências Médicas, firmou-se como atividade profissional autônoma somente no início do século XX.

Sabe-se que a prática odontológica, por volta do século XVI, era exercida tanto em ambiente público como, por exemplo, barbearias e mercados, quanto em ambientes privados, tais como casas da nobreza.

Na época, “barbeiro” era a denominação aos que prestavam tratamento odontológico, segundo dicionário de 1859, publicado no Rio de Janeiro, conforme Salles Cunha cita em sua publicação “História da Odontologia no Brasil (1500 a 1900)”. Estes profissionais eram pessoas com baixo nível de instrução, às vezes escravos, que aprendiam as técnicas com outros mais experientes.

Por certa habilidade e conhecimento da arte dentária, na época destacou-se dos demais Joaquim José da Silva Xavier, o Tiradentes, nascido em 1746 e morto em 1792.

Em 1832 surgiu a Escola Anatômica Cirúrgica e Médica no Hospital Militar e de Marinha onde, posteriormente, começou a funcionar o primeiro Curso de

Odontologia do Brasil.

Em 1911 foram criados os três primeiros cargos de cirurgião dentista na administração paulista e então, iniciou-se o atendimento odontológico público ao efetivo da Força Pública e aos cidadãos sob custódia do Estado, no âmbito da Secretaria de Justiça e Segurança Pública (NARVAI,2006)

Zanetti (2004) afirma que os primeiros serviços públicos de assistência odontológica surgem junto às Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, especificamente em 1923, porém de maneira precária, seguindo a lógica de organização de mercado com atendimento a livre demanda, ou seja, atendimento pontual, curativo, sem a preocupação de continuidade deste, sem agendamento ou qualquer tipo de programação de ações.

As ações de assistência odontológica no Brasil até a década de 50, estavam muito próximas da lógica assistencial médica, caracterizada pelo cientificismo, biologicismo, com ênfase na prática mecanicista, individualizada, hospitalocêntrica, curativa, prescritiva e excludente, marcada pela dicotomia prevenção – cura (Narvai, 1997).

Tal cenário mudou quando, em 1952, o SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) implementou os primeiros programas de odontologia sanitária. O alvo principal desses programas era a população em idade escolar, tida como epidemiologicamente mais vulnerável e, assim, segundo Narvai (2006), métodos e técnicas de planejamento e programação em saúde passaram a fazer parte do cotidiano de dezenas de profissionais de odontologia em várias regiões do País, além destes passarem a adotar a lógica de programação direcionada às ações de saúde bucal para o escolar, com uma abordagem curativa e preventiva.

Esta foi a principal ferramenta teórica utilizada pela Odontologia Sanitária

para diagnosticar e tratar os problemas de saúde bucal da comunidade, o então denominado “Sistema Incremental”, que visava o completo atendimento dental de uma dada população, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridade quanto a idades e problemas (Narvai, 2006). Quatro décadas se passaram e este sistema ainda exerce influência em outros arranjos programáticos mais recentes (Narvai, 1994; Moyses e Gevaerd, 2002).

De maneira geral, até a década de 80 o modelo de prática odontológica atendia aos interesses de uma pequena parcela da população, sem atender adultos e nem priorizar risco.

Nos anos 80 houve diferentes adjetivações para a odontologia brasileira: odontologia sanitária, odontologia preventiva, odontologia social, odontologia simplificada, odontologia comunitária, odontologia de mercado e a saúde bucal coletiva. Todas, porém, expressam propostas cujas práticas evidenciam a incapacidade em realizar a ruptura com a odontologia de mercado (Narvai, 1994).

Ainda segundo Narvai, 2006, a Odontologia de Mercado jamais perdeu a hegemonia no sistema de saúde brasileiro. Sua concepção de prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, e realizada com exclusividade por um sujeito individual, não apenas dominou o setor privado, mas exerceu grande influência sobre os serviços públicos. ***A essência da odontologia de mercado está na base biológica e individual*** (grifo do original) sobre a qual constrói seu fazer clínico.

A odontologia vive mais uma mudança semântica do que mudança em resultados. Então se teve uma odontologia simplificada, depois uma odontologia integral, depois uma

odontologia coletiva... e vai por aí. Nós temos um projeto de saúde bucal. Não basta ser apenas coletivo, não basta ser apenas integral [...] (Pereira, 1991)

Segundo Pezzato, 2001, esta fala ocorreu durante o oitavo ENATESPO, em 1991, São Paulo, porque Sérgio Pereira havia criado um projeto pioneiro e inovador explorando novas tecnologias com montagem de equipamentos simplificados, criando espaços de trabalho coletivo, radicalizando a forma de organizar a clínica odontológica, com a proposta de extensão de cobertura e trabalho em equipe com pessoal auxiliar. Este projeto serviu de base para muitos outros que surgiram no país, de maneira a se aproximar mais das necessidades da população, como afirmou Botazzo, em 1991.

Estes movimentos não ocorreram isolados, já que o contexto histórico neste período era de um sistema social em crise e com precárias condições da população levando a proliferação de doenças ligadas à pobreza. Neste cenário iniciava-se um movimento de busca por ideais, rompendo com o modelo hospitalocêntrico de assistência à saúde e biologicista: O Movimento da Reforma Sanitária (Pezzato, 2005).

O marco referencial deste movimento ocorreu com a VIII Conferência de Saúde em 1986 e suas diretrizes ficaram consagradas na Constituição Federal de 1988.

Concomitantemente a VIII Conferência Nacional de Saúde realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, onde pela primeira vez, seguimentos sociais externos à profissão participaram das discussões propostas para que a saúde bucal se tornasse, de fato, um direito de todos e dever do Estado.

A expressão Saúde Bucal Coletiva foi descrita pela primeira vez por um grupo de pesquisadores do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde

de São Paulo, num texto que compõe o material de apoio do curso de técnico em higiene dental do SUDS-SP . Neste, os autores afirmam que saúde bucal coletiva extrapola a assistência individual e passa a preocupar-se com a determinação social da doença situando-se num campo extra-clínica, seja de natureza social, biológica, econômica, cultural ou política (Botazzo e cols. 1988; Narvai, 1994). Os autores estabelecem uma nova articulação entre sociedade e saúde bucal, entre sujeitos e sociedade”. (Pezzato, 2005)

Entende-se, portanto, ainda conforme citado por Pezzato (2005), “que a saúde bucal coletiva constitui-se num campo de saberes e práticas que vem se estruturando ao longo dos últimos 30 anos e que se encontra aberto, inconcluso, permeável aos processos de intervenção e de formulação conceitual presentes no cotidiano daqueles que pensam, praticam e discutem a saúde coletiva”. Botazzo, em 1991, já afirmava que saúde bucal coletiva é um conceito em permanente construção.

Souza et all. (2001:8) afirmaram que:

A introdução do Sistema Unico de Saúde (SUS) que consubstância a proposta da reforma sanitária, trouxe para a saúde bucal um grande desafio, pois vem provocando a reformulação de sua prática para responder aos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Isto tem implicações sobre o modo concreto de produzir atenção à saúde bucal no cotidiano dos serviços (...) Todavia esta evolução não se verifica uniformemente sendo que em muitos municípios ainda persiste o modelo tradicional e hegemônico de prestação de serviços – centrado nos escolares e nas urgências.

Pezzato, (2001) em sua dissertação de mestrado já afirmava que era

extremamente necessário conquistar um novo modelo de prática odontológica.

[...] o pressuposto do trabalho em equipe deve superar o modelo tradicional do cirurgião dentista trabalhando sozinho, dentro do consultório, com a predominância da racionalidade instrumental.... Na medida em que a equipe odontológica não se assume enquanto equipe, cada vez mais profissionais se isolam e o trabalho torna-se a técnica pela técnica, valorizando apenas o fazer, o executar um ato clínico, individual e pontual... Para alterar essa realidade faz-se necessário realizar mudanças no modelo de formação do cirurgião dentista onde existe a hegemonia da clínica assistencial, predomínio do conhecimento biológico, tecnicista e de abordagem individual, não priorizando os aspectos preventivos e educativos.

Em 1989, Pinto lançou o livro “Saúde Bucal: Odontologia Social e Preventiva”, que se tornou obra de referência, pois o autor sistematizou e atualizou as bases sobre as quais se deveriam assentar o planejamento e a programação das ações de saúde pública na área.

Próximo ao final do século, a ABOPREV (Associação Brasileira de Odontologia Preventiva), publicou a obra “Promoção de Saúde Bucal” que reuniu diversos autores, ampliando ainda mais as bases técnicas e científicas sobre as quais deveriam se apoiar o planejamento e gestão dos serviços odontológicos.

Esforços ainda mais significativos nesse sentido vêm sendo empreendidos por Antonio Carlos Pereira (coordenador do Departamento de Saúde Bucal Coletiva da UNICAMP), com a publicação de “Odontologia em saúde coletiva – Planejando ações e promovendo saúde” em 2003, ou ainda através de Angelim, que publicou “Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas”, em 2006.

Enfim, para promover as mudanças necessárias, a Saúde Bucal Coletiva precisa construir uma agenda que leve em consideração os eventos relevantes desde o início do século (Narvai, 2006), como por exemplo a construção do SUS, ofertando Universalidade, Integralidade e Equidade, que vêm mostrando-se uma importante conquista, embora ainda lide com enormes problemas. Outra conquista é a realização de periódicas Conferências Nacionais em Saúde Bucal que visam nortear políticas para o avanço contínuo da área.

2.3. ÁREA DO ESTUDO

O município de Campinas é dividido em 5 regiões, a saber Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste. Está situado numa das regiões com melhores índices de desenvolvimento sócio-econômico do país. Dados do Censo 2000 revelam que em Campinas vivem 969.396 pessoas.

O SUS consiste num conjunto de responsabilidades com a saúde, numa complexa rede de serviços de saúde e instâncias de gestão e controle social. Surge com a Constituição de 1988 e é regulamentado pela lei 8080/90 que define princípios e diretrizes que devem norteá-lo e recursos para sua viabilização. Estas e outras leis se desdobram e replicam no nível municipal, como vêm ocorrendo em Campinas.

O município de Campinas é gestor pleno do sistema de saúde, modalidade de gestão em que todas as decisões quanto ao gerenciamento de recursos e serviços próprios, conveniados e contratados se dão no âmbito do município.

A complexidade do sistema de saúde em Campinas é que o levou à distritalização, que é o processo progressivo de descentralização do planejamento e gestão da saúde para áreas com cerca de 200.000 habitantes.

Por ser um centro de referência regional para o setor saúde, também absorve a demanda da região, sobrecarregando o seu próprio sistema municipal

local tanto na atenção básica, como na assistência secundária e terciária.

A rede de serviços é composta de unidades de saúde próprias, conveniadas e contratadas. A rede própria é composta de diferentes tipos de unidades: 47 Centros de Saúde (Unidades Básicas de Saúde); 3 Policlínicas, unidades de atenção secundária, onde concentram-se os ambulatorios de 28 especialidades médicas; 14 Centros de Referência, onde encontram-se equipes multiprofissionais com papel focado em grupos de risco específicos; 3 Pronto-Atendimentos; Serviço de Atendimento Municipal de Urgência (SAMU); Hospital Municipal Dr. Mario Gatti; um laboratório de Patologia Clínica; um Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) e o Ambulatório do Ceasa.

A região em que será desenvolvido o estudo é a Região Sudoeste, onde se encontra o Centro de Saúde Jardim Capivari. Este, por sua vez, foi dividido em 3 Equipes de Referência durante a implantação do Projeto Paidéia (Equipes Andorinha, Abelha e Beija-Flor) e a cada uma destas equipes estão integrados 1 Generalista, 1 Enfermeira, 4 Auxiliares de Enfermagem, 1 Pediatra, 1 Ginecologista, 1 Cirurgião Dentista, 1 Auxiliar de Consultório Dentário e 4 Agentes Comunitários de Saúde.

2.4. CONTEXTO METODOLÓGICO DO PROGRAMA PAIDÉIA - A CAPACITAÇÃO

Em 2001, a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura de Campinas – SP, iniciou o processo de capacitação para implantação do Projeto Paidéia.

Com apoio das Universidades e dos Polos de Capacitação de Saúde da Família, a Secretaria Municipal de Saúde desencadeou um amplo e progressivo processo de educação continuada, tomando como foco a Equipe de Referência e a de Apoio, objetivando ampliar a clínica e modificar o processo de trabalho nas

Unidades Básicas de Saúde. O Modelo Pedagógico adotado foi o Construtivismo, com concentrações e dispersões, possibilitando discussão de casos e de elementos teóricos, assegurando a circulação de informações e de outras experiências entre profissionais. (Versão resumida das Diretrizes para Atenção Básica à Saúde, redigida pelo Colegiado de Gestão da SMS – outubro de 2001)

Acreditava-se que **o processo de trabalho era de fato centrado em procedimentos e não na promoção de saúde**. Importante ressaltar que, a partir da I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde realizada no Canadá, em 1986 e, com a publicação da Carta de Ottawa, o conceito de promoção de saúde passou a ser definido como processo “de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.”

Decorre deste mesmo documento que as condições e **os recursos fundamentais para a saúde são abrangentes: paz, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade** (Ferreira e Buss, 2002).

A Carta de Ottawa (1986) preconiza também campos de ação para a promoção da saúde:

- Criação de ambientes que apóiem escolhas saudáveis. Objetivando promoção de saúde através da criação de condições de vida e trabalho que conduzem a saúde e bem estar;
- Construção e implementação de políticas públicas saudáveis. Criando um espaço na agenda de todos os formuladores de políticas, dentro e fora dos serviços de saúde para fazer das escolhas saudáveis as escolhas mais fáceis;

- Fortalecimento da ação comunitária. Assegurando que a saúde só pode ser sustentada quando o indivíduo e a comunidade adquirem controle sobre sua saúde. Os profissionais de saúde tem importante papel na facilitação e desenvolvimento de recursos comunitários;
- Desenvolvimento de habilidades pessoais. Compartilhando a responsabilidade da saúde entre os indivíduos, profissionais e governo. Estimulando o desenvolvimento pessoal e profissional através do fornecimento de informações, educação para saúde e ajudando as pessoas a desenvolverem habilidades para fazer escolhas saudáveis;
- Reorientação dos serviços de saúde. Melhorando a saúde bucal nos serviços de forma questionadora. É necessário mudanças nos recursos pessoais, habilidades e facilidades na direção da prevenção de doenças e promoção de saúde.

A evolução do conceito de promoção de saúde, desde que o termo foi usado pela primeira vez, transitou de um “nível de prevenção” da medicina preventiva, em Wislow (1920), Sigerist (1946) e Leavell e Clark (1965), para um enfoque político-técnico do processo saúde-doença-cuidado, como vem sendo caracterizado nos últimos 25 anos (desde Alma Ata e Ottawa) (Buss, 2003). **Portanto todo o trabalho que se realizava na clínica odontológica do C.S. Capivari, local selecionado para esta pesquisa, não se baseava na promoção de saúde.**

Apenas detectava-se e controlava-se e/ou tratava-se as doenças bucais mais prevalentes, sem preocupação com o nível de vida e de saúde dos usuários. Quando muito, fazia-se palestras educativas de forma pontual, vertical e sem pensar em avaliações. Orientações de higiene e alimentação eram sempre

fornecidas, mas também de maneira informativa. Assim, a metodologia caracterizava-se principalmente pela transmissão de conhecimentos descontextualizados e desvinculados das realidades dos sujeitos educativos. Praticamente não havia interação entre a equipe de saúde bucal e os pacientes (educandos-usuários) que assumiam posição de submissão diante de tamanha hegemonia...

Briceno-Leon (1996), publicou um artigo que propôs Sete Teses sobre a educação sanitária para a participação comunitária:

A educação deve ser dialogada e participativa; não há um que sabe e outro que não sabe, mas na verdade há duas pessoas que sabem coisas distintas... A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado...

Embora a Capacitação Paidéia tenha deixado claro aquilo que deveria ser feito (as atividades e programas de educação popular, junto às clínicas), havia dificuldades de como fazer... Muitas vezes as preocupações metodológicas reduziam-se à busca de ferramentas de trabalho mais eficazes, como macro-modelos, cartazes e até fantoches, mas sabia-se que o principal desafio não poderia ser enfrentado apenas com a utilização de recursos audio-visuais, dinâmicas ou palestras mais elaboradas, **era necessário implementar uma estratégia educativa que levasse à mudanças das práticas.**

[...] Nosso trabalho é realizado com gente miúda, jovem ou adulta, mas gente em permanente processo de busca. Gente formando-se, mudando, crescendo, reorientando-se, melhorando [...]. (Freire, 2003)

O processo educativo é sempre um processo de criação e “re-criação” de conhecimentos. É a colocação em prática de uma teoria do conhecimento por meio de um conjunto organizado de atividades de ensino-aprendizagem.

A metodologia não pode reduzir-se a uma técnica nem a um conjunto de técnicas, mas definir como estruturas toda a lógica do processo de conhecimento que vai se desenvolver através da estratégia educativa, conforme afirma Oscar Jara.

O conhecimento é uma árvore que cresce durante a vida... Sei que há boas intenções e que se esforçam para que isto aconteça... Mas as boas intenções são abortadas porque são obrigadas a seguir os programas... Ignorar as experiências vividas é tentar, inutilmente, produzir vida através de programas... O conhecimento tem de crescer a partir de experiências vividas[...] (Alves, 2004)

A metodologia de ensino (muito utilizada na área da saúde) conhecida como Problematização, foi utilizada pelos idealizadores do Projeto Paidéia

A primeira referência para esta Metodologia foi o Método do Arco, de Charles Maguerez, do qual conhecemos o esquema apresentado por Bordenave e Pereira (1982). Nesse esquema constam cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou um recorte da realidade: Observação da realidade; descoberta dos pontos -chave; teorização; hipóteses de solução e aplicação à realidade.

A princípio a Problematização pode ser utilizada como metodologia de estudo e trabalho, em temas que estejam relacionados com a vida em sociedade. O sentido especial é de levar o educando (neste caso, paciente/usuário) a exercitar a cadeia dialética de reflexão-ação tendo como ponto de partida e de chegada a realidade social.

Em síntese, constitui-se de uma verdadeira metodologia entendida como um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades organizadas de acordo com a natureza do problema e as condições gerais dos participantes.

Volta-se para a realização de um propósito maior que prepara o ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo para melhor, permitindo uma vida mais digna para si próprio.

3. Como começou a minha pesquisa

3.1. PROJETO PAIDÉIA EM CAMPINAS - PECULIARIDADES NO CENTRO DE SAÚDE JARDIM CAPIVARI

Pensando em quanto eram excludentes as vagas distribuídas todas as manhãs na porta do Centro de Saúde Capivari e no quanto as ações não tinham resolutividade, já que os pacientes atendidos eram, muitas vezes, os mais persistentes e não os mais necessitados (...); pensando ainda na lei que organiza o SUS (lei 8080/90) e que prevê ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários, a Equipe Andorinha chegou a conclusão de que a forma de atendimento deveria ser transformada.

A Clínica que se praticava era bem tradicional, centrada na doença e em seus sintomas. Àqueles que chegavam mais cedo e conseguiam vaga, não faltava “boa consulta” e nem “boa conduta”, mas as pessoas continuavam vindo de madrugada em busca de vagas e mais vagas, remédios e mais remédios. Ou seja, a clínica apresentava-se com limites em sua conduta terapêutica e de organização, necessitando reformulações.

Nesta Clínica tradicional cartesiana, a saúde é entendida como uma mercadoria, espaço no qual a prática desconhece a pessoa enferma e personifica a enfermidade, além de alienar-se nos seus objetos “fetichizados” (exames, remédios, atos, protocolos, programas), conforme afirmou Botazzo (2003).

Com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram triadas micro regiões dentro da área de abrangência à qual pertencia a Equipe de Saúde Andorinha. Iniciou-se um trabalho de cuidados longitudinais, agora com o olhar voltado a estas pequenas comunidades e a seus contextos sócio-econômicos, sua cultura, riscos individuais e epidemiológicos.

A proposta era transformar o modo de atuar. A possibilidade desta nova

experiência requeria interrupção; parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar os usuários, parar para sentir, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender juízos, suspender o automatismo das ações. Cultivar a atenção e a delicadeza. Ouvir sobre o que acontecia e de que modo... Cultivar a arte do encontro com as pessoas e ouvi-las com muita paciência.

O desejo era criar uma Clínica Ampliada (Campos,2001) centrada no sujeito e não apenas em sua enfermidade, a fim de resgatar a integralidade humana, o espaço das relações e de responsabilização na ação de cuidar das pessoas. Uma clínica voltada para a ampliação do ato terapêutico, valorizando as singularidades, onde saúde e doença não se excluem, ao contrário, leva-se em conta a dialética destes conceitos, pois estão imbricados em um mesmo corpo, simultaneamente.

Os dados utilizados para planejamento de ações priorizavam apenas os epidemiológicos das doenças mais prevalentes (cárie e doença periodontal). Ignorava-se as subjetividades produzidas na condição do adoecimento, como fonte de informações para organizar a clínica. Estava-se diante de um quadro muito distante da atenção integral e do trabalho em equipe.

Os desafios agora, entre tantos outros, eram o Acolhimento, a Escuta Qualificada, o Vínculo entre profissionais-usuários, enfim, a Clínica Ampliada, além de motivar os pacientes para co-responsabilização de seus tratamentos.

[...] ousarmos construir uma nova prática em saúde na qual Clínica Ampliada e Promoção da Saúde se articulem numa ação dialógica, de conflito e complementariedade, para que possamos construir o diálogo permanente entre ensino-gestão-atenção/cuidado/cura .

[...] Desta forma a atenção integral também exige mudanças nos processos de trabalho: novas práticas e nova cultura de produção de saúde que defina linhas de cuidado e de cura centrados no usuário. Um novo modelo produtor de cuidado-atenção-cura e

profissionais com competência técnica, postura política, ética e estética. (Souza, apud Pezzato 2005)

Entendia-se que havia necessidade de questionar, retomar, desconstruir, re-construir... Eram possíveis novos arranjos, outro modo de trabalhar, enfim, outra clínica. Uma clínica que diminuísse a dívida social historicamente existente, fruto de uma odontologia des-humanizada, que naturalizou a perda dentária e valorizou seu aspecto técnico-mutilador. (Pezzato, 2005)

Em janeiro de 2002 a Equipe de Saúde Andorinha, do C.S. Jardim Capivari, motivada pela Capacitação, reuniu-se com o propósito de transformar o Modelo de Trabalho vigente. Uma médica, uma enfermeira, uma cirurgiã dentista, uma auxiliar de consultório dentário, quatro auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde começaram a participar de reuniões semanais de equipe com o propósito de modificar para qualificar a assistência por eles prestada.

A idéia era conhecer de perto as condições de moradia, reconhecer líderes nas regiões, apresentar os componentes da equipe que iriam, a partir de então, responsabilizar-se por eles e convidar a população residente nestas áreas para a formação da Roda (Campos, 2000).

A formação profissional desta equipe foi totalmente voltada para as doenças. Aliás, desde a década de 1960 era evidente a excessiva importância da conotação tecnicista como ênfase dos cursos da área da saúde na formação dos futuros profissionais, em detrimento de uma formação cultural, social e política do estudante (Campos Jr., 1998; Mendes & Mendes, 1968).

Enfim, formação tecnicista, biologicista, com vistas à assistência individual, no modelo “queixa-conduta”. A ausência de conteúdos voltados a ética, política, humanização e riscos dificultava a mudança da postura repetitiva assistencialista.

Se por um lado a profissão odontológica – equipada com o saber técnico

inerente à profissão – se mostrava capaz de suprir necessidades emergenciais de saúde bucal de alguns, por outro lado víamos, cada vez mais, aumentar a desigualdade social, ampliando a parcela da população que não tinha acesso à saúde.

A formação de profissionais continua privilegiando a técnica de forma desvinculada do contexto onde a prática se realizará. Os currículos ainda enfocam a doença e o tratamento reabilitador e o ensino ainda centra-se no uso de tecnologias duras e leve-duras (Merhy), não havendo, com raras exceções, momentos de reflexão e contextualização da ação profissional na sociedade. Assim, a odontologia hegemônica continua mantendo um sistema de valores que exclui, discrimina e mutila ao invés de reconduzir a profissão para atividades mais condizentes com as necessidades da sociedade.(Souza et al,2001)

Nesta perspectiva, Mendes & Mendes, já em 1968 (...), sugeriam que o Departamento de Odontologia Social deveria estar em contato com o estudante durante os 4 anos do Curso de Odontologia, contemplando assuntos da área de Odontologia Preventiva, Odontologia Sanitária, Epidemiologia, Educação Sanitária, Bioestatística, Antropologia Cultural, Sociologia, Psicologia Social e rudimentos de Filosofia e História do Conhecimento.

Todas as manhãs eram distribuídas vagas para consultas eventuais com os cirurgiões dentistas do C.S. Capivari. Os pacientes que desejassem ter seus dentes tratados chegavam logo cedo, na expectativa de conseguir uma destas vagas (geralmente duas por profissional). Esta prática foi tornando-se cruel na medida em que o usuário vinha cada vez mais cedo com medo de não conseguir ser atendido.... Houve, inclusive, um período que havia “livre comércio” das vagas que chegavam a ser vendidas por dez reais (R\$ 10,00). Moradores desempregados e desejosos de fácil remuneração vinham à porta do Centro de Saúde antes das três horas da madrugada e ali permaneciam até o horário das

sete horas (abertura do Centro de Saúde) quando aproveitavam a chegada de usuários que queriam e/ou necessitavam de uma consulta odontológica para negociar (vender) sua posição na fila.

Este tipo de tratamento eventual, se por um lado gerava rotatividade de usuários na utilização dos serviços, por outro criava um círculo vicioso, no qual a baixa resolubilidade acabava por gerar a permanência dos usuários por muito tempo no serviço (sempre retornando e tentando conseguir uma outra vaga eventual), sem garantia de que concluiriam seus tratamentos ou resolveriam seus problemas.

A prática clínica defrontava-se ainda com a restrição aos serviços de saúde de média e alta complexidade. Ressalta-se aqui que somente a partir da Portaria número 1571/GM, de 29 de julho de 2004, instituiu-se uma política nacional de financiamento para a atenção de média complexidade em saúde bucal. Ou seja, reconhecemos a incipiência nestes dois níveis de atenção, comprometendo a integralidade e a resolubilidade das ações.

Com a Capacitação fornecida pela Prefeitura Municipal de Campinas e UNICAMP aos profissionais, baseada na Metodologia da Problemática (Bordenave, 1982), inovaram-se conceitos e novos conteúdos foram vistos. O pensamento e raciocínio crítico destes profissionais foi estimulado culminando em novas atividades, fora dos padrões convencionais, e levando-os a sair de dentro do Centro de Saúde e ir aos locais triados (pelos agentes comunitários de saúde) como os de maior risco: O Asilo Morada Estrela Dalva foi o primeiro local a ser “visitado” pela Equipe Andorinha e, pouco tempo depois, a Viela Sanitária de número 8, também selecionada para ações prioritárias.

3.2. RELATO DE CASO 1

Os agentes comunitários da Equipe Andorinha haviam identificado um Asilo

como região de altíssimo risco e trouxeram este relato em uma das reuniões semanais de equipe. Tratava-se de uma antiga casa da região que estava sendo utilizada como moradia por 18 (dezoito) idosos. Embora pagassem por suas estadias, encontravam-se em situação precária. Não havia nem médico e nem enfermeiro responsáveis, apenas um auxiliar de enfermagem que “cuidava” de todos, distribuía os medicamentos, colaborava com a higiene pessoal dos incapacitados e também com a limpeza do local, além de cozinhar.

Numa primeira visita, todos foram examinados pela generalista que realizou diagnósticos que ainda não tinham sido elaborados e alterou outros diagnósticos já existentes. Os tratamentos foram traçados, mas não houve possibilidade de adesão plena devido às circunstâncias encontradas. Num segundo momento a equipe de saúde bucal compareceu ao local com o objetivo de conhecer a população alvo, reconhecer o local e as condições, além de realizar uma palestra informativa sobre higiene oral (inclusive de próteses) e o exame tátil visual para seleção de prioridades e prevenção do câncer bucal.

A pequena quantidade de moradores e o alto grau de risco permitiu que todos fossem colocados imediatamente em tratamento. Abriu-se duas vagas semanais nas agendas e, nestes períodos, dedicávamos a buscá-los no asilo (não havia transporte oficial, portanto os profissionais utilizavam seus carros particulares) e realizar as intervenções odontológicas possíveis.

Interessante ressaltar que, embora os tratamentos clínicos e odontológicos estivessem sendo realizados, os moradores do asilo não demonstravam alegria e nem adesão. A medida que o vínculo foi-se efetuando e a confiança mútua foi-se estabelecendo surgiram momentos de conversa, desabafos e escutas que culminaram em averiguações, denúncias e, finalmente, no fechamento do local, através de atuação conjunta com a Vigilância Sanitária do Distrito de Saúde Sudoeste.

As condições de abandono e solidão, além dos maus tratos, eram as causas de impedimento ao prosseguimento e a adesão aos tratamentos. Não fazia sentido cuidar dos dentes, da saúde, sem sequer ter um lugar digno para viver...

[...] enfim, a prática da saúde bucal é plena de conflitos e contradições e se constitui em potencial ferramenta de mudança nos processos de trabalho, convivendo com o velho (fragmentação) e o novo (integralidade), num processo inacabado e em construção. (Santos e Assis, 2005)

A responsabilização diante de tal desafio no processo saúde-doença foi tal que levou à incorporação de outros agenciadores como a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um.

Assim, se realmente o desejo era promover saúde no sentido de Alma Ata, fazia-se necessário outros recursos além do ato terapêutico. Campos (1997) argumenta que os serviços de saúde que pretendam de fato se responsabilizar pelos problemas de saúde precisam ter, por base, a ampliação do que se denomina “coeficiente de autonomia” dos sujeitos usuários e, foi de fato, somente quando se formou uma Roda de conversa, que houve uma reflexão e contextualização sobre as ações profissionais que vínhamos realizando. Foi necessário reconduzir para ações mais condizentes com as reais necessidades dos moradores do asilo...

A prática em saúde introduz aspectos singulares do indivíduo, da família, da comunidade na condução terapêutica, através do compartilhamento de saberes e vivências entre trabalhadores e usuários, como forma de garantir resultados mais eficientes no processo de cura e/ou apenas controle das morbi-mortalidades.

De que maneira poderíamos ter adesão aos tratamentos propostos se os 18 internos do asilo tinham que se revezar nos 16 leitos existentes?

Havia necessidade de construção imediata de pactos para uma condição de vida melhor... Quem pode pensar em higiene oral sem ter ao menos onde dormir?

3.3. RELATO DE CASO 2

A Viela 8, localizada na Vila Palácios, não possui rede de esgoto e nem asfalto. A água e a luz das moradias são irregulares. Num total de dezenove moradias, no dia sete de março de 2002, quatorze foram visitadas pela Equipe Andorinha. Nesta ocasião foi possível realizar o reconhecimento deste território, conhecer de perto as realidades vividas pela população local, abordar individualmente as famílias, além de se pactuar uma data para a primeira “Roda de Conversa” com todo o grupo.

Em geral faz-se promoção e prevenção sobre os usuários e não com a participação ativa deles... Ações para as pessoas e sem o envolvimento delas tendem ao insucesso e, por isto, a Roda é uma maneira tão eficaz de se fazer saúde coletiva.... (Campos, 2001)

Constatava-se uma baixa adesão às palestras e ações educativas realizadas até então, provavelmente por serem verticalizadas e pouco problematizadoras. Além disto, acabávamos por cumprir exigências da Secretaria de Saúde do Município (“semana de prevenção do câncer”- aproveitando a campanha de vacinação do idoso- ; “semana dos bons dentes”; “semana da amamentação”, entre outras), realizando reuniões descontextualizadas e nem sempre condizentes com as reais necessidades do território, espaço de atuação da referida equipe.

Portanto, após alguns dias da distribuição de pequenos convites, elaborados pela própria equipe, com a confirmação da data e local, reuniram-se na Escola Lais Bertoni alguns profissionais da Equipe Andorinha e muitos dos moradores da Viela. Nesta ocasião foi explicado aos usuários em linguagem bem simples o que é o SUS, seus princípios norteadores, suas limitações enquanto Sistema, sua

beleza enquanto Projeto...

A dificuldade para atingir a Universalidade estava na contradição dos números: uma cirurgiã dentista e uma auxiliar de consultório odontológico responsáveis pela saúde bucal de cerca de sete mil habitantes.... Havia necessidade de traçar metas, diretrizes e, principalmente, priorizar os riscos para conseguir algum impacto diante deste contexto.

Apresentou-se nesta mesma ocasião diversos *slides* através de um antigo projetor, na parede de um sala de aula, sem iluminação adequada, mas de fácil entendimento para qualquer leigo. Fotografias de pequenas cáries foram comparadas com fotografias de grandes cavitações já com a presença de abscessos purulentos; gengivites iniciais comparadas com Gengivite Ulcerada Necrosante e Aguda (GUNA) e pequenos dentes decíduos, ainda sem mobilidade, que impediam a erupção do permanente, comparados a raízes residuais “esquecidas” sob próteses... Neste choque de imagens tornou-se possível a identificação de necessidades e prioridades por todos os usuários ali presentes.

Partindo-se deste entendimento foi possível trabalhar com conceitos de história natural da doença, riscos, necessidades individuais e finalmente, a importância da formação da rede de ajuda e da co-responsabilização de todos para que fôsse possível modificar a forma hegemônica como, até então, era realizado o tratamento odontológico naquele Centro de Saúde.

A dificuldade do pleno funcionamento do SUS frente à escassez de recursos humanos, técnicos e financeiros e da necessidade urgente da instalação de uma rede básica, eficiente e integrada foi assimilada por todos que passaram a sugerir novas maneiras de atuação. Com muita criatividade foram surgindo os “projetos

terapêuticos singulares “(PTI)⁴ .

Durante o encontro e após a apresentação dos slides (momento de Teorização⁵), formou-se a Roda a fim de que o grupo fosse trocando experiências, relatos de vida, conhecendo e valorizando a história de cada um e, assim, criando vínculos de amizade, respeito e confiança.

Foram preenchidas fichas de “Discriminação Positiva de Risco” (aproveitando a idéia surgida no Centro de Saúde Santa Lúcia), o tratamento restaurador foi sendo realizado, a autonomia foi sendo estimulada e, a medida que uma alta ia sendo pactuada (nem sempre era possível realizar tratamento completo devido às limitações de recursos existentes na Rede de Campinas e a dificuldade de acesso aos níveis secundário e terciário), nova vaga era aberta para um familiar ou vizinho que fosse reconhecido pelo grupo como o mais necessitado naquele momento.

Conforme previsto pela Equipe Andorinha, nem todas as demandas e problemas trazidos pelo grupo foram passíveis de ser solucionados, mas muito foi realizado. Praticamente todos os tratamentos cirúrgicos e de dentística, grande parte dos tratamentos periodontais, algumas recuperações estéticas e, finalmente, todas as crianças desta Viela receberam selamentos em seus dentes permanentes, orientações individualizadas de higiene e alimentação, e aplicação tópica de flúor.

⁴ **PTI: Projeto** porque é algo em construção, mutável e requer avaliação permanente; **terapêutico** porque responde a ampliação da clínica para reabilitação da pessoa e diz respeito às indicações e **individual** porque é único e há de se ter flexibilidade para perceber as necessidades singulares. (Campos, 1997)

⁵ **Teorização:** Não significa aqui aprender teorias, mas construir uma teoria própria do fenômeno em estudo. Este é o momento de exercitar a inteligência operatória abstrata, de aprender a pensar. (Bordenave, 2004)

Eu gostei porque eles vieram aqui e explicaram que não dava prá atender tudo em todo mundo.... Então a gente consertava aquilo que era mais importante e depois dava a vaga prá outro. Meu marido, por exemplo, consertou os dentes da frente porque tinha uns buracos muito grandes e ele não conseguia arranjar serviço. A doutora também quis tirar uns dentes do fundo porque falou que podia dar problema de dor e aí, mesmo que ele tivesse arranjado o emprego, ia ter que faltar prá ir no posto...” (E.L.S., 29 anos, sexo feminino, usuária do CS – entrevista gravada durante a coleta de dados para esta dissertação)

Aglutinar as pessoas para que se tornassem cúmplices deste novo projeto coletivo criou uma relação fantástica entre trabalhador-usuário. Houve estreitamento de laços, horizontalização de saberes, consolidação de afetos e estabelecimento de vínculo.

Foi possível ainda encontrar algumas soluções rápidas e fáceis também na atenção secundária, alcançadas apenas com Referência e Contra – Referência (informações desconhecidas pelo grupo até então...), alguns contatos telefônicos e , acima de tudo, com interesse, disposição e um pouco de carinho.

Finalmente, as faltas às consultas que chegavam a atingir um índice de 30%, tornaram-se quase nulas graças à co-responsabilização e envolvimento das pessoas com o novo modelo de atenção, proposto com a parceria, idéias e colaboração de todos.

Assim, este novo modelo de atenção e assistência estabeleceu inter-relação entre equipe e usuários, ampliou o compromisso com a promoção de saúde destas famílias, além de permitir que sintomas fossem aliviados e a capacidade de saberes e responsabilidades para intervir no processo saúde-doença fossem ampliados, deixando de ser função exclusiva dos profissionais.

4. A pesquisa propriamente dita

4.1. OBJETIVOS

4.1.1. Geral

Analisar, discutir e avaliar processo de trabalho realizado com a participação dos usuários, ocorrido durante a gestão 2001-2004 da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, durante a implantação do Projeto Paidéia de Saúde da Família, no Centro de Saúde Jardim Capivari – Campinas/SP, em uma equipe de referência, através de análise exploratória qualitativa.

4.1.2. Específicos

Caracterizar os processos de trabalho ocorridos na Equipe de Referência Andorinha, especificamente na Saúde Bucal, analisando, discutindo e avaliando à luz dos referenciais teóricos.

Levantar dados, que possam identificar os impactos ocorridos durante e após implantação do Projeto, através de questionários e grupos focais.

Identificar e mensurar qualitativamente as conseqüências ocorridas neste local, especificamente nos sujeitos envolvidos, passados dois anos, através do Programa de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, criado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e Ministério da Saúde gestão 2005 e do Programa de Avaliação de Quarta Geração (Guba & Lincoln, 1989; Furtado, 2001).

4.2. JUSTIFICATIVAS

- Houve grande investimento no processo de capacitação dos profissionais pertencentes às Equipes de Referência para possibilitar a implementação do Projeto Paidéia;

- Profissionais de saúde passaram a compreender a diferença existente entre Clínica Tradicional e Clínica Ampliada, com objetivos claros de mudança de paradigmas;
- A incorporação do atendimento interdisciplinar e valorização dos sujeitos e seus contextos de vida, além do reconhecimento do território, eram expectativas dos mentores do Projeto a fim da otimização dos processos de trabalho;
- Havia uma necessidade premente de que o trabalho fizesse sentido para o trabalhador, para os usuários e para a sociedade. Reconhecer-se no que faz, realizar-se por meio do trabalho, implicar-se, responsabilizar-se, satisfazer-se.

4.3. METODOLOGIA

4.3.1. Local da pesquisa

Centro de Saúde Jardim Capivari, na região Sudoeste, do município de Campinas/S.P.

4.3.2. Identificação das fontes de obtenção do material da pesquisa

Este estudo qualitativo foi realizado através de entrevistas semi-estruturadas com usuários e grupos focais, com os funcionários da unidade.

Segundo Botazzo, em recente fala na Primeira Reunião de Pesquisa Científica em Saúde Coletiva (ocorrida no município de Bauru/SP, entre os dias 10 e 12 de maio de 2007), a pesquisa qualitativa apresenta o pesquisador como dispositivo de interpretação e a possibilidade de se “trair” os dados também pode ocorrer com um epidemiologista numa pesquisa quantitativa, dependendo da forma como este apresenta o (s) dado (.s).

Assim, nesta dissertação pressupõe-se a transcrição real e não

modificada das entrevistas e grupos focais, com o objetivo de apreender o ponto de vista dos sujeitos da pesquisa sem julgamentos ou pré-conceitos por parte do pesquisador.

O trabalho com grupos focais (tipo especial de entrevista em grupo, em que um moderador conduz a conversa enquanto um pequeno grupo de pessoas discute os tópicos apresentados, segundo Gatti, 2004), permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum, relevantes para o estudo do problema visado, conforme afirma Angelina Gatti em sua publicação na Série Pesquisa em Educação (2004).

Os grupos focais podem ser empregados em processos de avaliação de impacto, como no caso desta dissertação, sendo o procedimento mais usual em uma investigação que queira dar cobertura a variados fatores que podem ser intervenientes na questão a ser examinada.

O trabalho com grupos focais oferece ainda boa oportunidade para o desenvolvimento de teorizações, a partir do ocorrido e do falado. Presta-se muito para geração de teorizações exploratórias até mais do que para verificação ou testes de hipóteses prévias, já que o que emerge “a quente” na interação grupal, extrapola as idéias prévias, surpreende, coloca novas categorias e formas de entendimento que dão suporte a inferências novas e proveitosas relacionadas com o problema a ser estudado.

Kitzinger (1994), discute em seu trabalho sobre metodologia de grupos

focais, a importância da interação entre os participantes da pesquisa, que considera como característica distintiva de grupos focais e entrevistas com questionários, justamente este tipo de interação que se propicia entre os participantes. A autora defende ainda a idéia de que essa interação é que dá o diferencial e que merece ser explorada no processo investigativo, porque o interesse não é somente “no que as pessoas pensam, mas em como pensam e porque pensam assim” (p.104). Finalmente, a autora ressalta a importância da diferença, ao enfatizar que o processo grupal desencadeado é vital para trazer elementos que provoquem novas reflexões sobre o problema a ser estudado.

A fala é reveladora de condições estruturais de sistemas de valores, normas e símbolos... E ao mesmo tempo tem a magia de transmitir as representações de grupos determinados em certos contextos históricos e culturais. (Minayo, 1992)

As interações no grupo e a diversidade que emerge levam a que as pessoas argumentem, expliquem sua idéia e forma de pensar. A atenção às trocas e aos encaminhamentos, para esclarecer raciocínios e pontos de vista, dão ao pesquisador a oportunidade de não trabalhar com presunções pessoais, assumindo que já sabe o significado de cada ponto de vista. Esse significado precisa ser buscado nos próprios sentidos que o participante do grupo construiu, pelo tipo de sustentação ou explanação que faz de seus pontos de vista. O pesquisador não pode assumir que ele tem a chave do sentido de uma opinião ou idéia de participante. Este último é que tem que oferecer a chave, conforme afirma Gatti (2004).

Pope (2005) em sua publicação “Pesquisa qualitativa na atenção à saúde”, afirma que o tamanho ideal para os grupos focais varia entre quatro e oito participantes e, portanto, os grupos focais desta pesquisa foram compostos baseados nesta sugestão.

Ressalta-se aqui que a pesquisadora teve um papel de observação nos

grupos focais, anotando todo e qualquer elemento não dito, isto é, os ruídos que foram surgindo, a linguagem não verbal, um gesto, um olhar, uma expressão monossilábica que surgisse aqui e ali permeadas por silêncios e/ou constrangimento (Gatti, 2005). A opção de não ser a condutora do grupo foi tomada pensando-se em não constrangê-lo, pois havia trabalhado com ele por longo tempo e criado vínculo de amizade com os participantes. Assim, foi contratada uma profissional especialista, selecionada adequadamente para o papel moderador, salientando-se suas qualidades em experiência, habilidade para clareza de expressão, sensibilidade, flexibilidade e capacidade de condução de grupos com segurança, lidando competentemente com as relações e interações que se desenvolvessem e situações que se criassem em função das discussões. Profissional esta capaz de despertar confiança e gerar empatia e que conduziu com habilidade o grupo na direção dos objetivos da pesquisa, sem criar situações embaraçosas.

Segundo Pizzol, em 2003, a função do moderador (facilitador) inclui, também, a ação de manter produtiva a discussão garantindo que todos os participantes exponham suas idéias, impedindo a dispersão da questão em foco e evitando a monopolização da discussão por um dos participantes.

Destaca-se ainda neste trabalho a importância da subjetividade dos atores envolvidos, já que os sujeitos pesquisados se aproximam muito do objeto ...

Em relação as entrevistas semi-estruturadas, a pesquisadora utilizou-se das fichas clínicas para encontrar os pacientes/usuários que haviam participado do processo de trabalho, juntamente com a equipe Andorinha, e foi até suas moradias para entrevistá-los, em horários e dias previamente combinados. Estas entrevistas tiveram um caráter bem descontraído para que as pessoas se expressassem com total liberdade.

A íntegra das falas dos 16 funcionários da unidade, participantes dos grupos focais, e 76 usuários entrevistados (6 antigos moradores do asilo e 70 moradores da Viela) foram gravadas e depois transcritas para serem categorizadas e analisadas.

Não foram utilizados grupos focais com os usuários por diversos motivos, entre eles a dificuldade de reuni-los num mesmo horário, mas acreditamos que a complementariedade das duas técnicas enriqueceu muito o trabalho e permitiu análise bem responsável.

A “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia do Programa de Saúde da Família” é um instrumento criado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e Ministério da Saúde gestão 2005, com o objetivo de fomentar o monitoramento e a avaliação dos estágios de qualidade da estratégia Saúde da Família. Além de apoiar e avaliar o desenvolvimento das iniciativas e contribuir para a construção da cultura avaliativa.

Especificamente nesta dissertação foi utilizado para verificar os estágios de desenvolvimento alcançados pela Equipe de Referência “Andorinha” do Centro de Saúde Jardim Capivari, em Campinas/SP, após implantação do Projeto Paidéia no ano de 2001.

Avaliar significa formar opinião, julgar e emitir juízo de valor sobre determinado assunto. Geralmente este tema está relacionado a aspectos negativos como punição, classificação e eliminação daqueles que não alcançaram determinado resultado, mas estamos buscando superar este paradigma que possui precedentes históricos e culturais e utilizar a avaliação como instrumento permanente de consulta para tomada de decisões de gestores.

A proposta foi utilizar como método de auto-avaliação de atores específicos a

fim de orientar um diagnóstico acerca da organização (Estrutura), funcionamento (Processo) e resultados obtidos, conforme proposto por Donabedian, 1980, baseado na teoria dos Sistemas, tendo como **foco de análise os serviços de saúde e as práticas assistenciais**.

Os instrumentos de auto-avaliação privilegiam e enfatizam os elementos de **processo, especialmente os processos de trabalho**, considerando que estes oferecem possibilidades mais amplas e acessíveis de intervenção quando os problemas são identificados.

Os processos referem-se às ações previstas para a estratégia e o funcionamento das unidades, (neste caso específico, as ações realizadas pela Equipe Andorinha juntamente com a população adscrita), bem como as intervenções e a interação entre usuários e profissionais. Os processos, no que se refere à prestação de serviços de saúde, foram avaliados segundo os aspectos organizativo, técnico científico e a relação interpessoal.

Padrões de Qualidade definem a metodologia do processo avaliativo que foi utilizado, já que na formulação dos padrões de saúde deve-se considerar que sejam apropriados ao momento, aceitáveis para usuários e funcionários e aplicáveis à realidade existente.

Os Padrões de Qualidade têm sido utilizados com frequência diante do crescente interesse em programas de melhoria da qualidade, principalmente pela acreditação hospitalar, a Sociedade Internacional para Qualidade na Atenção à Saúde (ISQua) definiu princípios para a construção de padrões baseados em conceitos chave, independentemente de qual seja o seu conteúdo e área de aplicação. Para que os padrões consigam legitimidade e adesão dos profissionais, além de aplicabilidade para uso rotineiro dentro do serviço/sistema de saúde, têm que reunir conjunto de características básicas, tais como:

- Abrangência: Refere-se a uma visão integral do sistema, tomando-se como referência o enfoque clássico de estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1980);
- Sensibilidade para evidenciar mudanças: Os padrões têm que ter a capacidade de evidenciar efetivamente o processo de aprimoramento e evolução da qualidade, os avanços e, inclusive, os retrocessos nos estágios de qualidade alcançados no que se refere aos aspectos de gestão, organização e prestação de serviços;
- Facilidade na aplicação: Devem ser compreensíveis e de fácil aplicação.

Para fins desta proposta, qualidade em saúde será definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas e protocolos que organizam as ações práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais. **Serão considerados ainda, o atendimento às necessidades de saúde percebidas e as expectativas dos usuários, suas famílias, bem como a resposta às necessidades definidas tecnicamente.**

Assim, foi um grande desafio buscar o impacto da qualidade das ações realizadas pela Equipe Andorinha, durante a implantação do Projeto Paidéia, considerando a pluralidade de suas dimensões (política, econômica, social e tecnológica) e os atores envolvidos na construção (indivíduos, famílias, comunidades e profissionais).

A “Avaliação de Quarta Geração” proposta por Guba e Lincoln, em 1989, avança sobre a de Terceira Geração, que opera com as categorias de Estrutura, Processo e Resultados, porque além destas, **inclui os sujeitos envolvidos**: planejadores, educadores, sujeitos cognoscentes (profissionais de saúde e usuários do sistema), que realizam, interagem e se interessam por diferentes e até contrastantes razões no processo de aprendizado e mudança. (Smeke, 2007).

A avaliação de Quarta Geração é, portanto, entendida como dispositivo de reflexão de grupos de interesse, com o objetivo de contribuir com o aprimoramento do trabalho que estes coletivos decidiram realizar. Assim, nesta pesquisa, também nos utilizamos deste desafio de trabalhar com os diferentes grupos, usuários dos serviços, funcionários da unidade e os próprios membros da equipe Andorinha, a fim de avançar no processo avaliativo tradicional.

Segundo Paulo Frazão (2007) em recente apresentação durante o I Encontro de Saúde Coletiva, realizado em Bauru (interior de São Paulo),

“é necessário incentivar estudos para avaliar a efetividade das ações, qualidade e o benefício final resultante das ações coletivas e/ou individual.

4.3.3. Características gerais da população estudada

Funcionários e usuários dos serviços do Centro de Saúde Jardim Capivari, da Equipe de referência Andorinha (Projeto Paidéia, 2001 a 2004).

4.3.4. Critérios de inclusão

Foram incluídos todos os encontrados e que se dispuseram a participar, de ambos os sexos e que possuísem mais de 18 anos de idade.

4.3.5. Critérios de exclusão

Só foram excluídos aqueles que não foram encontrados por motivos de mudança de endereço, de falecimento, entre outros.

4.3.6. Descrição detalhada dos métodos que afetam os sujeitos da pesquisa

Inicialmente foi realizada apresentação do projeto e solicitação junto à coordenação do Centro de Saúde Jardim Capivari. Como houve concordância da coordenação, utilizou-se de uma Reunião Mensal de Equipe para apresentação ampliada do Projeto a todos que compõe a Unidade.

Otimizando este momento, foram distribuídas as Cartas de Consentimento Livre e Esclarecido para àqueles que desejassem colaborar, participando dos Grupos Focais.

Posteriormente, foi tentado o encontro com os usuários que foram atendidos na época referida para apresentação do trabalho, entrega do termo de Consentimento Livre e Esclarecido e agenda de data e local a ser realizada entrevista semi-estruturada. Foram procurados em suas moradias todos que se envolveram no projeto. Não trabalhamos com amostragem por acreditar na possibilidade do encontro de grande parte destes usuários e funcionários.

Assim, 16 funcionários, 6 antigos moradores do asilo e 70 moradores da Viela, totalizando 92 pessoas foram entrevistadas.

4.3.7. Cronograma

- Levantamento bibliográfico: 06 meses.
- Redação final do projeto: 04 meses.
- Levantamento de dados, complementação bibliográfica e análise dos dados: 08 meses.
- Redação final da dissertação: 02 meses
- **Total: 20 meses**

4.3.8. Aspectos Éticos e Legais

O estudo foi desenvolvido após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP – UNICAMP, conforme Resolução 196/96, do Ministério da Saúde.

Os participantes preencheram as Cartas de Ciência e Consentimento para o desenvolvimento da pesquisa.

As entrevistas e os grupos focais foram gravados e depois transcritos para serem melhor avaliados pela pesquisadora.

4.4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados levou-nos a interpretar e tentar compreender os conflitos, relações e práticas sentidas, percebidas e vivenciadas nas atividades de saúde ocorridas antes e durante a implantação do Paidéia no Centro de Saúde Jardim Capivari.

A organização das atividades de saúde bucal eram precárias e o processo de trabalho traduzia um viés característico da grande maioria dos serviços públicos e privados. Ou seja, prática hegemônica, tecnicista e biologicista dos cirurgiões dentistas; ausência de planejamento estratégico; tratamento preventivo e curativo realizados somente por profissionais da área (sem participação dos usuários-pacientes, ACS, auxiliares de enfermagem, entre outros...); atenção individualizada, conduzida pela “queixa-conduta”, limitada à capacidade da agenda, equipamento e insumos disponíveis; clínica degradada que impingia uma lógica de submissão e personificava a doença.

A Unidade Básica não estava inserida em um sistema funcional e resolutivo. Os profissionais se relacionavam apenas informalmente e socialmente sem agregar saberes, sem trocar experiências e nem discutir casos, pendências, sucessos/insucessos, possibilidades...

As vagas distribuídas aleatoriamente e por ordem de chegada nas filas geravam grande rotatividade, sem criação de vínculo, e geravam ainda condutas terapêuticas que necessitavam reformulações.

Exames, remédios, atos, protocolos e programas eram ofertados de maneira pontual e sem adequada resolubilidade.

Com frequência, devido ao caráter infeccioso das principais doenças da cavidade bucal, e da limitação de consultas/agenda, além da dificuldade de acesso aos níveis secundário e terciário, elementos dentais que poderiam receber um tratamento conservador, acabavam sendo mutilados.

Por fim, a assistência de média e alta complexidade eram quase inacessíveis.

“Cansei de vim no posto e não ter vaga nem prá mim, nem pros meus filhos.... Eh, minha filha, pobre é assim mesmo.... Por isto que a gente fica sem os dente.” (A.S.M., 55 anos, sexo feminino, usuária do C.S.)

“Este buraco aqui no fundo é um inferno... Tudo que eu como vai lá dentro... Eu já fui no posto umas dez vez, mas eu chego bem cedo e mesmo assim não consigo vaga... Tem sempre um cartaz dizendo quantas vagas vai ter naquele dia e a hora que eu chego já tem muita gente na minha frente...” (M.A.P., 37 anos, sexo feminino, usuária do C.S.)

Havia grande dificuldade no acesso ao Centro de saúde, devido ao número limitado de vagas/consultas que eram disponibilizadas de acordo com a capacidade da agenda. Geralmente duas vagas por profissional odontólogo, por dia (cada qual com duração de 30 minutos) e dez vagas por profissional médico, por dia (cada qual com duração de 20 minutos).

“Não posso falar mal do postinho porque toda vez que meu filho tinha febre eu levava ele lá e aí eles davam um remédio...” (E.M.B., 41 anos, sexo feminino, usuária do C.S.)

“...se a gente dava sorte de ser a Y.R.(funcionária do C.S.),logo o doutor atendia... mas tem umas e outras que parece que tão fazendo um favor muito grande e não olha nem na nossa cara.....”(D.M., 21 anos, sexo feminino, usuária do C.S.)

“Eu vou lá (no C.S.) desde que meu nenem nasceu e dou as vacinas e passo na pediatria.... Ela é boazinha.... Diz tudo que eu tenho que fazer..... (M.A.C., 27 anos, sexo feminino, usuária do C.S.)

A cultura popular e o “conformismo” impediam que os usuários (e também alguns profissionais...) interrogassem o serviço e isto levava a um aumento da naturalização das perdas sociais, econômicas afetivas, políticas, entre outras, conforme afirmou Elizabeth Cristina Fagundes de Souza, em seu artigo intitulado “Formação e Trabalho em Odontologia: Ampliar a Clínica para Construir uma Nova Cultura de Cuidado em Saúde Bucal”. A autora ainda afirma em seu texto que os usuários (e também muitos profissionais...) fazem um consumo acrítico daquilo que é ofertado.

“Existe profissionais e profissionais com letra maiúscula ...” (C.S., sexo feminino, funcionária do C.S.- auxiliar de enfermagem)

“Poderia funcionar bem melhor (referindo-se aos serviços prestados pelo C.S.) se eles contratassem pessoas com perfil para trabalhar no serviço público.... Mas é quem passa no concurso, quem tira nota boa é que é aprovado.(C.C.F.B., funcionária do C.S.- auxiliar de enfermagem)

Existe um consenso em torno da necessidade de formação humanística de profissionais de saúde. As diversas falas gravadas descrevem repetidamente o quanto é fundamental o desafio para se encontrar a integralidade e a humanização das práticas que não estão contidas nos currículos universitários, mas sim intrínsecos (ou não) nos indivíduos que fizeram opção pela carreira da saúde.

“Quando eu entrei aqui só conhecia o mundo da faculdade, acadêmico...Nunca tinha o remédio que eu aprendi a prescrever. Os casos são tão cabeludos que a gente não sabe nem por onde começar... A gente chega cheia de idéias e achando que vai conseguir resolver tudo, mas a realidade é muito diferente dos livros e de dentro do hospital, onde a gente tem de tudo...” (M.L.T., sexo feminino, funcionária do C.S.- pediatria)

Foi percebido que o enfoque curativo das doenças constituía a visão imprópria e pouco econômica dos profissionais e gestores até o início do Programa Paidéia de Saúde da Família. Havia, pontualmente, um ou outro que se preocupava e se incomodava com a maneira assistencial, paternalista e viciada do modelo de atenção prestado.

A Capacitação tomou como foco a Equipe de Referência, buscando ampliar a clínica e alterar os processos de trabalho nos Centros de Saúde. Para que estes objetivos fossem alcançados, entendeu-se que os profissionais deveriam operar numa ótica que integrasse aspectos sociais e subjetivos à formação biológica clássica, que necessariamente se modificou, ampliando o núcleo dos conhecimentos de alguns profissionais que passaram a atuar em campos mais amplos, voltados a inter e transdisciplinariedade. Muitos outros profissionais demonstraram resistência à mudanças e preferiram manter suas atividades de

forma hegemônica, como já realizavam antes do Projeto.

Cordón (1997) já afirmava que o primeiro elemento da agenda dos trabalhadores em saúde coletiva “constitui o saber de que o dentista sozinho não pode resolver os problemas que requerem uma equipe de saúde bucal integrada à equipe de saúde do SUS”. Chamamos à atenção, também, para a integração com a comunidade a ser assistida.

Faltou ainda à gestão investir no aumento da infra estrutura básica para que as equipes tivessem condições de, efetivamente, transformar o modo de atuar.

“Fizemos um cursinho de Paidéia e....aí???? Achamos muito bonito, mas o sofrimento foi muito grande. (M.C.C.G., sexo feminino, funcionária do C.S.- enfermeira)

“O projeto foi jogado nas nossas cabeças e nem o Distrito sabia tirar nossas dúvidas... O que era acolhimento? Como fazer?” (C.H.S., sexo masculino, funcionário do C.S.- enfermeiro)

“Ouvíamos muito que tínhamos que trocar o pneu do carro com ele andando.... Até hoje estamos tentando, porque o serviço não pára.... Mas existe um risco grande para nós, ocupantes do veículo....” (M.L.Z., sexo feminino, funcionária do C.S.- ACD)

“A idéia da humanização das práticas, acolher todos que chegam, é legal... Mas não dá prá ouvir todo mundo... Acolhe mais, vem mais gente e tudo que entra tem que ser resolvido... e aí esbarra na falta de RH... foi ruim prá

gente e prá população que a gente atendia em 20 minutos e passou a ter que atender em 5 (minutos). (C.C.L.M., sexo feminino, funcionária do C.S.- médica generalista)

“A fila veio para dentro da unidade.... Não tinha mais número limitado de vagas, mas o número de profissionais era o mesmo.” (C.M.D.A., sexo feminino, funcionária do C.S.- auxiliar de enfermagem)

“Além do tempo a estrutura física também é ruim. Não tem lugar pros grupos, prá acolher os que chegam... Atende lá fora, no corredor... A demanda aumentou e o espaço é o mesmo. Houve mudança de modelo e não houve mudança de estrutura. Concordo com (citação de nome) que a população ficou prejudicada. Acharam que o médico ia na casa deles e daí a revolta. A população sofreu e nós também. (C.R., sexo feminino, funcionária do C.S.- ACS)

“Quando o Paidéia começou a gente tinha muita esperança de mudança, mas o que houve foi sofrimento, muita discussão, atrito, teve mudança de coordenação... Também teve um conflito dentro da odonto, porque havia muito entusiasmo em uma das equipes (“Andorinha”) e a outra acabou conseguindo desmoronar tudo (“Abelha”). Parecia uma disputa... Uns queriam ir prá campo (reconhecer o território adscrito) e outros tinham medo de ir e ser assaltados... Tinham medo de rato, de cachorro com pulga, e de ter que

atender todas as pessoas... (M.E.M.S., funcionária do C.S.- auxiliar de enfermagem)

Houve muita resistência de alguns profissionais e a gestão não estava preparada para lidar com isto. Conflitos interpessoais acabaram interferindo no funcionamento do Centro de Saúde e impedindo a implementação do Projeto.

“Quando nos foi explicado sobre o projeto, muitos vibraram... A equipe Andorinha se formou com estes que acreditaram no projeto... Mas não houve respaldo para ir em frente, não tinha RH e nem espaço físico e ainda tinham aqueles que não queriam, falavam que ia tudo ser fogo de palha, como foi no PIA” (projeto não implacado de gestão anterior). ... “é que o ser humano tem resistência à mudanças...” (C.H.S., sexo masculino, funcionário do C.S.- enfermeiro)

“Teve ainda a confusão com o COREN... (Conselho Regional de Enfermagem) eles ficavam no pé da gente dizendo o que as auxiliares podiam e o que não podiam fazer, mas o Distrito queria que elas (auxiliares de enfermagem) fizessem de tudo. Até hoje as auxiliares não sabem o que podem e o que não podem fazer... (M.C.C.G., sexo feminino, funcionária do C.S.- enfermeira)

“O projeto em si é legal, mas poderia ter muito mais resolutividade se houvesse perfil nos integrantes das equipes... Um dia teve uma reunião com o Distrito e a (citação de nome) até chorou...Não tinha material lá na

odonto e muita gente prá atender...Mas é claro que também teve pontos positivos como a interação deles (equipe de saúde bucal) com a gente (demais equipes da unidade). Também foi legal quando eles (equipe Andorinha) foram visitar a Vila Palácios... Gerou confusão com a outra equipe, mas o povo adorou... Gente que nunca tinha vindo aqui (no C.S.) e que conseguiu ser atendida pela triagem de risco... “(C.M.,sexo feminino, funcionária do C.S.- auxiliar de enfermagem)

“As pessoas dormiam aqui na porta (C.S.), fosse dia frio, traziam até cobertor. Quando eu e a (citação de nome) chegávamos para abrir o posto, já tinha fila prá pegar vaga na odonto... Pensando assim, o Paidéia foi muito bom, porque acabou com a fila. Ela veio prá dentro, mas pelo menos as pessoas não tinham que vir de madrugada.” (C.H.S., sexo masculino, funcionário do C.S.- enfermeiro)

“A (citação de nome) ganhou um prêmio por causa dessas coisas que ela fez, mas a coordenação era nova e nem sabia o que tinha acontecido... A (citação de nome) já tinha ido embora do posto porque tava ficando doente com tanta pressão...” (C.D.A., sexo feminino, funcionária do C.S.- auxiliar de enfermagem)

“O sistema muda muito, cada vez que entra um governo eles querem fazer do seu jeito... A população fica perdida porque nunca sabe o que está valendo, nunca sabe

como funciona.” (C.H.S., sexo masculino, funcionário do C.S.- enfermeiro)

“Ahhh, mas tem coisa muito boa que tá até hoje: O Lian Gong que os velhinhos adoram, grupo de bebês, campanha de prevenção de câncer durante a vacinação...” (M.E.M.S., sexo feminino, funcionária do C.S.- auxiliar de enfermagem)

“Foi muito positivo dividir em equipes porque cada dentista ficou com uma área e conhecendo melhor aquela população... O problema foi que um quis fazer o Paidéia e ir nas casas das pessoas e trazer prá tratar aqui no posto, enfim, foi legal... Mas o outro (dentista) não tinha este perfil e se sentiu sobrecarregado porque ficava sozinho aqui no posto...” É claro que deu briga, né?...” (Y.V.R., sexo feminino, funcionária do C.S.- ACD)

“Também houve mais integração do G.O. (ginecologista) e do clínico que podiam encaminhar direto prá odonto. Este ponto de integração foi muito interessante porque antes a odonto ficava à parte. Ficou mais entrosado.” (M.M., sexo feminino, funcionária do C.S.- auxiliar de enfermagem)

“Na equipe de referência todo mundo discute o caso junto. Se por um lado dividiu em equipes, por outro lado são vários profissionais discutindo e tentando resolver o mesmo problema da pessoa, fazendo o projeto terapêutico...” (C.C.F.B., sexo feminino, funcionária do

C.S.- auxiliar de enfermagem)

“A gente era só auxiliar e agora, como a rede não tem estrutura para saúde mental, até psiquiatra a gente tem que ser”(C.M.S.I., sexo feminino, funcionária do C.S.- auxiliar de enfermagem)

“...quem era bom profissional, ficou ainda melhor com o trabalho nas equipes, mas quem era ruim, não melhorou nada, muito pelo contrário. O pessoal animado levava até cesta básica na cabeça prá entregar prá famílias.... Arrumaram até uma geladeira prá aquele povo da viela que não tem nem o que por dentro... Arruma carro do Distrito prá levar vacina sei lá prá quem... quem é bom, se motivou e ficou melhor!!!”(E.S., sexo feminino, funcionária do C.S.- ACS)

“No começo foi muito bonito, mas a verdade é que não há estrutura para dar suporte a este trabalho. O grupo de obesos, por exemplo, temos até hoje, mas com muita luta... A gente é que tem que comprar as frutas ou fazer rifas prá conseguir dinheiro. Ficamos na dependência até mesmo de vereadores que querem fazer doações só prá se promover...”(M.L.T., sexo feminino, funcionária do C.S.- pediatra)

“Faltou a população entender melhor... A gente fazia os grupos e aí eles falavam que a gente era vagabundo e ficava fazendo grupo só prá não trabalhar.” (M.M., sexo feminino, funcionária do C.S.- auxiliar de enfermagem)

“O projeto foi muito legal, mas veio de cima prá baixo, ninguém consultou a gente, mas no fim teve muitas coisas boas, apesar de tanta confusão... O problema mesmo foi a falta de estrutura. Fechar o asilo foi a prova de que dá prá fazer coisas interessantes, mas nem tudo a gente consegue resolver...” (C.M.S.I., sexo feminino, funcionária do C.S.)

Entendemos que o acolhimento, a criação de vínculo, a assistência em moldes de Clínica Ampliada e a potencialidade dos grupos foram, sem dúvida, grandes avanços conseguidos após a capacitação do Paidéia, mas assimilados de forma singular pelos diversos profissionais.

Baseamo-nos nas transcrições de entrevistas e grupos focais, avaliando-as de acordo com o documento técnico de “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família”, proposto pelo Ministério da Saúde, 2006, e assim consideramos que o Paidéia foi um dos pilares de sustentação para a inserção de novas práticas desenvolvidas por profissionais.

Especificamente no caso desta dissertação, havia uma motivação intrínseca dos profissionais da Equipe Andorinha que se apoiaram no projeto para qualificação de suas práticas em saúde.

Houve ainda uma expectativa positiva em relação ao desempenho desta equipe junto à sua área de abrangência e isto foi consolidado através de diversas ações reconhecidas pelos próprios funcionários, usuários e gestores do projeto.

“Nunca ninguém veio aqui (Viela), a gente se ficava doente é que tinha que ir lá (no Centro de Saúde)... Mas quando veio aquele monte de doutor a gente até ficou meio desconfiado... Depois a gente foi vendo que eles

eram legal, queriam conhecer nossas casas, nossos filhos... E o melhor de tudo foi que a gente podia dar palpite de como que ia ser pra se tratar... Não era só remédio pra tomar, também tinha que fazer a nossa parte. (R.C.A., sexo feminino, 31 anos, usuária do C.S.)

“Foi bom eles ir lá (Asilo Morada Estrela Dalva) porque eles viram como a gente era mal tratado. Num adiantava tomar os remédios se a gente não tinha nem cama pra dormir...(Foi constatado um número menor de leitos do que internos. Fazia-se um “revezamento” em uma poltrona da sala.). (J.A., 78 anos, ex-morador do asilo)

Os dados obtidos (qualitativos ou quantitativos) foram os elementos básicos para a produção das informações, mas eles por si só não permitiram compreensão de fatos ou situações, já que a informação nunca é neutra, pois reflete concepções, valores, intenções, visão de mundo e outras particularidades de quem a produz, utiliza e interpreta.

Assim, a interpretação das informações foi produto de análise e contextualização dos dados.

Para a Educação Permanente em Saúde toda explicação é dada por alguém e esse alguém é humano, tem seus valores, suas ideologias e seus interesses. Sua leitura está carregada de subjetividade e movida por um propósito. Segundo este referencial, que é do planejamento estratégico situacional, a realidade não é explicável por sua simples descrição, mas pelas leituras que os diferentes atores fazem dela, sob diferentes códigos, postos de interpretação, de acordo com seus interesses. (Programa de formação de facilitadores de Educação Permanente – M.S., 2005)

Sem dúvida que o projeto pedagógico selecionado permitiu a alguns profissionais assumirem papel de mediadores do conhecimento, desafiando os usuários e produzindo neles uma autonomia emancipatória, estimulada pela reflexão e análise crítica.

“Foi legal eles virem aqui e explicarem prá gente este negócio da necessidade da gente... eu mesma queria vaga prá todo mundo da minha casa, mas entendi que um de cada vez, o que tá pior vai primeiro, tem que ter chance prá todo mundo...”(J.H.G., sexo feminino, 26 anos, moradora da Viela 8 e que só se tornou usuária do sistema após ter sido “descoberta” e encaminhada pelos ACS ao C.S.)

“Eu achava que não precisava de dentista porque faz muitos anos que tirei todos os dentes... Então eu nunca fui lá (equipe de saúde bucal do C.S.), mas quando eles vieram aqui e explicaram tudo prá nós, entendi que a gente tem que cuidar da nossa saúde. Não tenho mais dente, mas tenho boca, né?” (D.F.J., 68 anos, sexo masculino)

“Eles foram lá com boa vontade... queriam arrumar nossos dentes, trouxeram um monte de coisas, cartazes e até uns bonequinhos de fantoche, mas a gente precisava mesmo era de outras coisas... A gente tinha que se revezar nas camas, porque tinha mais gente que cama e aí sempre um tinha que dormir na poltrona da sala... Também a sopa era muito ruim e a gente queria uma melhor porque a gente pagava, não era de graça prá

morar lá... (M.G.S., sexo masculino, 71 anos de idade, ex-morador do Asilo Recanto Estrela Dalva)

Botazzo enfatiza que a saúde não se esgota na forma clínica e que a teoria odontológica não dá conta de recuperar o homem por inteiro, abrindo-se, em decorrência, infinitas possibilidades de produzir conhecimentos e práticas a partir do referencial “bucalidade”.

Para tal ruptura, Narvai (2006), assinala que a Saúde Bucal Coletiva necessita romper com a “práxis” hegemônica e desenvolver o trabalho odontológico a partir das necessidades das pessoas.

5. CONCLUSÃO

“A saúde bucal coletiva é inseparável das ações que organiza junto ao coletivo e com o coletivo” (Botazzo, 1991) e neste sentido podemos afirmar que a participação popular nas ações de saúde da equipe Andorinha foi, de fato, um caminho que aumentou o acesso e a adesão aos tratamentos.

A diversidade de problemas de saúde identificados em nossa sociedade exige de fato “Projetos Alternativos” (como os propostos pela Equipe Andorinha) à prática hegemônica de como vêm sendo conduzida a assistência.

Neste sentido é necessário repensar em um dos quatro pilares de Educação Permanente que é a formação profissional.

Mais do que isto, é necessário desmistificar o “status” de profissional de saúde que leva muitos estudantes a fazerem a opção por estas carreiras sem o adequado perfil.

Calma, paciência, capacidade de ouvir e de respeitar saberes diversos são requisitos essenciais, conforme já dito em outros trabalhos, como por exemplo de Ruz et al, 1997.

Apesar da revisão da literatura demonstrar que há um progresso significativo nos tratamentos odontológicos, constatou-se que ainda existem profissionais muito resistentes à novas práticas.

A Equipe Andorinha foi formada por um agrupamento de pessoas que, de fato, incorporou a “missão” do Paidéia. Assim, teve como alvo as necessidades da população por eles atendida. A modificação dos planos no decorrer do trabalho mostrou-se eficaz na resolubilidade dos problemas e a criação de vínculo e a formação da roda foram fundamentais para o sucesso.

Para Mattus, 1987, quanto mais profundas as causas enfrentadas, maiores os impactos sobre o problema, sendo assim, o aumento da adesão aos tratamentos e a diminuição no índice de faltas, conforme relatados no caso 2, demonstram que os trabalhos realizados pela Equipe Andorinha tiveram um bom impacto.

Da mesma maneira, o fechamento do Asilo Recanto Morada Estrela Dalva, relatado no caso 1 também merece avaliação positiva de acordo com os critérios propostos pelo Ministério da Saúde/2005, já que o plano foi alterado para enfrentar os problemas sentidos pela população em questão.

Conforme afirmou Cecílio, no livro “Agir em Saúde”, a implantação e implementação de um plano dependem da maneira como é feita sua gestão e, no caso específico analisado por esta dissertação, havia necessidade de uma melhor organização, condução e monitoramento das equipes de trabalho por parte da gestão. Aqui se inclui a análise permanente das estratégias de intervenção que deveriam, o tempo todo, ser renegociadas para dar garantia a continuidade do processo.

A limitação de infra-estrutura e recursos, além da falta de valorização adequada dos funcionários, foram fatores que dificultaram a manutenção do projeto.

A diversidade dos problemas identificados necessitava ações que extrapolavam a autonomia e a governabilidade de usuários e funcionários e, nem sempre, foi possível se fazer instituinte junto à gestão.

Os desafios para implementação de um Projeto como o Paidéia são grandes. Mesmo na micro-política de trabalho (dentro de um C.S. e numa Equipe de Referência) há necessidade de se rever e reavaliar o tempo todo para renegociar novas diretrizes.

A “aposta” da Equipe Andorinha foi considerada ousada na construção do processo e a experiência acumulada com as vivências das novas práticas em saúde foram, de fato, importantes para produção de conhecimento.

Paralelamente, faltou um programa de “capacitação” à população que também deveria ter sido pensado. O convencimento da sociedade das necessidades de políticas e medidas sociais específicas para que implantação e implementação de novos modelos tenham impacto positivo, torna-se essencial para o sucesso. Educação e cidadania devem estar sempre juntos...

Finalmente, as pessoas necessitam desenvolver habilidades que as levem a reflexão sobre suas reais necessidades de saúde a fim de não se tornarem consumidores acríticos daquilo que lhes é ofertado.

Entre a multidão há homens que não se destacam, mas são portadores de prodigiosas mensagens. Nem eles próprios o sabem. (Antoine de Saint-Exupéry)

O Relatório final da Terceira Conferência Nacional de Saúde Bucal – CNSB (Brasília, 2004), também destaca que o estado dos dentes é, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social e que o enfrentamento exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Neste sentido, o Projeto Paidéia e as ações da Equipe Andorinha do C.S. Jardim Capivari, foram, sem dúvida, avanços significativos, com ênfase na Clínica Ampliada, enfoque na promoção de saúde no sentido de Alma Ata, integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação.

[...] profissionais de saúde compromissados com o trabalho, com o usuário, passam a ter um olhar para além do corpo que está a sua frente.... O olhar se dirige para a produção do cuidado, portanto o profissional que tece o ato de cuidar no seu cotidiano está sempre ampliando (e qualificando) suas ações. (Teixeira, 2005)

6. BIBLIOGRAFIA

Azenha, M.G. Construtivismo: De Piaget à Emilia Ferreiro. São Paulo, Editora Ática, 1993

Berbel, N.N. Problematization and Problem – Based Learning: different words or different ways? Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Vol 2, N. 2, 1998

Berbel, N.N. Metodologia da Problematização, Ed. UEL, 1998

Berbel, N.N. Questões de Ensino na Universidade – Conversas com quem gosta de aprender e ensinar. Ed. UEL, 1998

Bordenave, J.E.D. La Transferencia de Tecnologia Apropriada ao Pequeno Agricultor Rev. Interamericana de Educação de Adultos. Vol 3, N.1-2 – PRDE – OEA. Por Maria Thereza Grandi, OPS.Brasília, 1983

Bordenave J.E.D.;Pereira, A. Estratégias de ensino aprendizagem.4.ed., Petrópolis/RJ: Vozes, 1982

Bordenave, J.E.D. A formação universitária exige integração e equilíbrio nos componentes do triangulo educativo – Artigo não publicado, junho 2004.

Botazzo, C. Da Arte Dentária: um estudo arqueológico sobre a prática dos dentistas. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas – FCM/UNICAMP, Campinas/SP,1998

Botazzo, C.; Manfredini, M.A.; Narvai, P.C. Força de Trabalho em Saúde Bucal. Rev. Saúde em Debate. N.24. Londrina, mar/1989.

Botazzo, C.; Brito, D.T.S.; Figueiredo, G.O. Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. Rev C.S.Col 2003; 8(3): 753-63

Briceño – LEON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. Cad. Saúde Pública, Vol.12, N.1. Mar/1996

Buss, P.M. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia, D.; Freitas, C.M. Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003

Campos, G.W.S. Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos, G.W.S.Saúde Paidéia. São Paulo. Ed. Hucitec, 2003

Campos, G.W.S. O método Paidéia (da Roda) aplicado à Saúde Coletiva (texto elaborado em maio/2001-05-29)

CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. A construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo. Ed.Hucitec, 2000

Campos, G.W.S. & Campos, R.O. Ciência e políticas públicas em saúde: relações perigosas. Campinas/SP. DMPS/FCM/UNICAMP, 2000

Campos, G.W.S. Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy, E.E. & Onocko, R. (org) Agir em Saúde – um desafio para o público. São Paulo, Ed. Hucitec, 1997

Ceccim, R.B.; FEVERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social, 2004

Ceccim, R.B. Políticas do Ministério da Saúde para a formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde. Palestra proferida em: Mudanças no Ensino de Odontologia frente às Novas Diretrizes Curriculares.XXXVIII Reunião da ABENO, Curitiba, agosto, 2003

Cordon, J.A. Relatório da Experiência de Saúde Bucal de Itu. Rev. Saúde em Debate, N.18.Londrina/PR, março, 1986

Deslandes, S.F.; ASSIS,G. Abordagens qualitativas e quantitativas em saúde: O diálogo das diferenças. In: Minayo, M.C.S.; Deslandes, S.F. (org) Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método. Rio de Janeiro, Ed Fiocruz, 2002

Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, v.1, 1980

Fernandes, G.N. Estudos em Odontologia no SUS: Educação do Profissional de Saúde Bucal.Dissertação de Mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2004

Ferreira, J.R.; Buss, P.M. O que o desenvolvimento local tem a ver com a Promoção da Saúde. In: Zancan, L.; Bodstein, R.; Marcondes,W.B.(org). Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local: A experiência de Manguinhos. 2ed., Ed Abrasco , Rio de Janeiro, 2002

Freire, P. Pedagogia da Autonomia – Saberes necessários à prática educativa. 27ed., São Paulo: Paz e Terra, 2003

Furtado, J.P. A avaliação como dispositivo. Campinas, 2001. [Doutorado – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)].

Gatti, B.A. Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas, Editora Liber Livro, vol 10, 2005

Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. Fourth Generation Evaluation. Sage Publications. Newbury Park, 1989

Manferdini, M.A. Recursos Humanos para a Saúde Coletiva Hoje. Palestra proferida em: Seminário de Integração entre a Faculdade de Odontologia da PUC Campinas e SMS de Campinas. Outubro de 2003.

Mattus, C. Política y planejamento. Caracas: Ed. Iveplan, 1982.

Mayan, M.J. An Introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals. Alberta, Canadá: International Institute for Qualitative Methodology, 2001

Minayo, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Metodologia Qualitativa em Saúde. 2Ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 1993

Minayo, M.C.S. Quantitativo-qualitativo: Oposição ou Complementariedade? Cad. Saúde Pública, 1993

Ministério da Saúde. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, Brasília, 2006.

Ministério da Saúde & Fundação Oswaldo Cruz. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, Brasília, 2005.

Morgan, D.L. The focus group guidebook. Focus Group Kit 1. Thousand Oaks, Califórnia: SAGE, 1998

Moysés, S.J. Políticas de Saúde e Formação de Recursos Humanos em Odontologia. Revista da ABENO, V.4, N.1, Jan/Dez, 2004

Narvai, P.C. Recursos Humanos para a Promoção de Saúde Bucal: um olhar no início do século XXI. In: Kriger, L. (org). Promoção de Saúde Bucal. 3ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003

Narvai, P.C. Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. 2ed. São Paulo: Ed.

Santos, 2002

Narvai, P.C. Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Revista de saúde Pública 2006; 40(N Esp):141-7

Narvai, P.C. Recursos Humanos para a Promoção de Saúde Bucal. Promoção de Saúde Bucal-ABOPREV. São Paulo: Artes Médicas, 1997

Nunes, &. Jacobi, P. Movimentos Populares Urbanos, poder local e conquista da democracia. In: Moysés, J.A. Cidade, Povo e Poder. 2Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985

Osis, M.J.D.; Duarte, G.A.& Bailey, P. Uso de técnicas qualitativas e quantitativas de coleta de dados para entender o impacto a longo prazo da laqueadura tubária sobre a vida de mulheres brasileiras. Anais da I Conferencia Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa. Taubaté/SP – mar 2004

Pereira et al. Odontologia em Saúde Coletiva – Planejando ações e promovendo saúde. São Paulo: Artmed, 2003

Pezzato, L.M. O processo de formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário, no Brasil: uma história silenciada. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Educação da UNICAMP – março 2001

Pezzato, L.M. A Clínica Odontológica nos Serviços Públicos de Saúde: Uma Possibilidade de (Des) Construção. Projeto de doutorado apresentado à FCM - Unicamp

Pope, C.& Mays, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2Ed. Porto Alegre: Artmed, 2005

Testa, M. Pensar em saúde. Artes Médicas, Porto Alegre, 1992

Testa, M. Pensamento estratégico e lógica de programação. Ed. Hucitec, São Paulo, 1995

Ullin, P.R.; Robinson, E.T.&Tolley, E.E. Qualitative Methods. A field guide for applied research in sexual and reproductive health. Research Triangle Park, North Carolina: Family Health International, 2002

Vasconcellos, C.S. A Construção do Conhecimento em Sala de Aula. São Paulo: Libertad, 1994

Vasconcellos, E.M. Educação Popular nos Serviços de Saúde. Ed. Hucitec, 2Ed., São Paulo, 1991

7. ANEXOS

7.1. Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este documento tem por objetivo informá-lo(a) sobre a pesquisa intitulada **“Participação Popular nos Serviços de Saúde: Um Caminho para Ampliar o Acesso e a Adesão aos Tratamentos”**. A pesquisa será desenvolvida pela Cirurgiã-Dentista Ana Claudia Moutella Pimenta Giudice, Prof. Marcelo de Castro Meneguim e Prof. Fábio Luiz Mialhe da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP). A participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, se após a leitura do documento e o esclarecimento de possíveis dúvidas você quiser participar é só, ao final do termo, fornecer os dados pessoais pedidos e assinar o consentimento.

1. Título do Trabalho: “Participação Popular nos Serviços de Saúde: Um Caminho para Ampliar o Acesso e a Adesão aos Tratamentos”.
2. Responsáveis pela pesquisa: Cirurgião-Dentista Ana Claudia Moutella Pimenta Giudice, Prof. Marcelo de Castro Meneguim e Prof. Fábio Luiz Mialhe.
3. Justificativa: Buscar informações sobre os programas de saúde bucal realizados pelo Centro de Saúde Jardim Capivari, Município de Campinas/SP, Equipe de Referência Andorinha, durante implantação do Projeto de Saúde da Família, Paidéia, nos anos de 2001 a 2004.
4. Objetivo: Verificar se o tipo de assistência odontológica prestada impactou sobre funcionários e usuários.
5. Procedimentos: A pesquisa será realizada mediante questionário semi-estruturado e grupos focais aplicados às pessoas envolvidas durante o processo.

6. Desconforto ou riscos possíveis: As respostas desta entrevista e grupos focais não oferecem qualquer risco ao entrevistado, pois se trata de aplicação de questionário para pesquisa científica.
7. Descrição apropriada dos benefícios esperados: Não haverá benefícios diretos esperados para o entrevistado, mas proporcionará informações sobre os programas de saúde bucal ocorridos no período em questão.
8. Descrição apropriada dos métodos alternativos existentes: Não haverá métodos alternativos pois a entrevista e os grupos focais contemplam o objetivo deste trabalho.
9. Indicação da forma de acompanhamento e assistência e seus responsáveis: A pesquisadora Ana Claudia Moutella Pimenta Giudice irá aplicar o questionário, bem como, se disporá a esclarecer possíveis dúvidas dos entrevistados.
10. Garantia de esclarecimentos: O entrevistado tem a garantia de que a qualquer momento poderá entrar em contato com os pesquisadores para solucionar quaisquer dúvidas que possam surgir com relação à pesquisa. Os pesquisadores se comprometem também a fornecer informações atualizadas sobre o tema, durante a pesquisa, mesmo que isso afete a vontade do voluntário em participar do mesmo.
11. Liberdade do voluntário em retirar seu consentimento: O voluntário terá total liberdade para se recusar a participar ou retirar o consentimento, em qualquer fase do trabalho, sem quaisquer prejuízos ou penalizações.
12. Garantia do sigilo: Os participantes serão identificados por números e serão mantidos em sigilo. Asseguram assim, os pesquisadores, a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

13. Formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa: Não haverá qualquer tipo de gasto para os participantes desta pesquisa, pois se trata da aplicação de questionário no local pela pesquisadora.
14. Formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa: Como os procedimentos propostos não apresentam risco de danos aos entrevistados, não estão previstas formas de indenização.

Consentimento pós-informação:

Eu, _____, RG _____ tendo lido todas as informações acima e após receber o esclarecimento das dúvidas pelo C. D. Ana Claudia Moutella Pimenta Giudice concordo em participar como voluntário da pesquisa intitulada “Participação Popular nos Serviços de Saúde: Um Caminho para Ampliar o Acesso e a Adesão aos Tratamentos, e assino abaixo meu consentimento.

Campinas, _____ de _____ de 200__

Assinatura: _____

Atenção: Serão enviadas duas vias do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo a primeira via destinada ao voluntário e a segunda destinada aos pesquisadores.

1ª via: Voluntário

2ª via: Pesquisadores

Informações para contato com as pesquisadores:

Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneguim meneguim@fop.unicamp.br

Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe mialhe@fop.unicamp.br

CD. Ana Claudia Moutella Pimenta Giudice anacmpg@yahoo.com.br

Caso você queira esclarecer os seus direitos como voluntário de pesquisa entre em contato com:

CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) Avenida Limeira, 901 Piracicaba-SP, 2106-5349, ou no e-mail cep@fop.unicamp.br.

Projeto de Pesquisa: Participação Popular nos Serviços de Saúde: Um Caminho para Ampliar o Acesso e a Adesão aos Tratamentos.

Responsável pela Pesquisa: Ana Claudia Moutella Pimenta Giudice

Nome do Entrevistado: _____

Endereço: _____

Data: _____

7.2. Anexo 2: Entrevista Semi Estruturada

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Estado Civil: solteiro () casado () viúvo () outros ()

Profissão: _____

Está empregado/trabalhando neste momento? Sim () não ()

Escolaridade:

ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo ()

ensino médio incompleto () ensino médio completo ()

ensino superior incompleto () ensino superior completo ()

Fale-me um pouco sobre suas lembranças neste período de 2001 a 2004.

Especificamente na saúde bucal houve alguma coisa que chamou sua atenção?

De lá para cá o que está diferente em sua vida?

8. Anexo 3: Grupo Focal

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Estado Civil: solteiro () casado () viúvo () outros ()

Profissão: _____

Funcionário: efetivo () contratado () outros ()

Trabalhador desta Unidade desde quando? _____

Falem-me um pouco sobre suas lembranças neste período de 2001 a 2004.

Especificamente na saúde bucal houve alguma coisa que chamou sua atenção?

De lá para cá o que está diferente ?