

**FORMAÇÃO DE PESSOAS
E PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO
EM SAÚDE BUCAL COLETIVA**

frente aos caminhos
e descaminhos do SUS

Relatos da 6ª Reunião de Pesquisa
em Saúde Bucal Coletiva

FORMAÇÃO DE PESSOAS E PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

frente aos caminhos
e descaminhos do SUS

Relatos da 6ª Reunião de Pesquisa
em Saúde Bucal Coletiva

Organizadores

Paulo Sávio Angeiras de Goes | Nilcema Figueiredo
Petrônio José Martelli | Edson Hilan Gomes de Lucena
Gabriela Silveira Gaspar | Raquel Santos
Carolina D. R. Xavier de Lucena



Recife | 2019

Agradecimentos

A Universidade Federal de Pernambuco pelo apoio em receber a 6^a. Reunião Científica em Saúde Bucal Coletiva;

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva e ao GT de Saúde Bucal pela efetiva participação na construção dessa reunião;

Aos Professores de Saúde Coletiva da UFPE e seus alunos que trabalharam incansavelmente para o êxito desse evento.

Sumário

Apresentação	9
<i>Paulo Sávio Angeiras de Goes</i>	
Parte I: DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA SAÚDE BUCAL COLETIVA	11
Eixo: A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL	13
Advocacia da Política Pública - o caso da política nacional de saúde bucal	15
<i>Denise Lins de Sousa / Livia Maria Almeida Coelho de Souza</i>	
Eixo: A PESQUISA EM SAÚDE BUCAL EM PERSPECTIVA PARA O SÉCULO XXI	29
A pesquisa em saúde bucal e perspectivas para o século XXI - a construção da agenda em pesquisa em SBC	31
<i>Samuel Jorge Moysés</i>	
Redes colaborativas de pesquisa em Saúde.....	53
<i>Carlos Botazzo</i>	
Mesa: A pesquisa em saúde bucal - perspectiva para o século XXI	67
<i>Emanuella Pereira Carvalho / Lucas Fernando Rodrigues dos Santos / Paulo Frazão / Rafael da Silveira Moreira</i>	
Eixo: FORMAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA; DA GRADUAÇÃO A PÓS-GRADUAÇÃO	81
A saúde bucal coletiva na graduação de odontologia - um ensaio do pensamento	83
<i>Cristine Maria Warmling</i>	
Trajetória e perspectivas do mestrado profissional na formação em saúde	91
<i>Antonio Carlos Pereira / Brunna Verna Castro Gondinho / Jaqueline Vilela Bulgareli / Luciana Miranda Guerra</i>	
Formação em saúde bucal coletiva - da graduação à pós-graduação	105
<i>Danilo Almeida / José Eudes de Lorena Sobrinho / Mikael Lima Brasil / Petrônio José de Lima Martelli</i>	

Parte II: CONTRIBUIÇÃO DOS CAMPOS DA SAÚDE COLETIVA PARA A CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL - Relatos dos grupos de trabalho	115
INOVAÇÃO NA CLÍNICA AMPLIADA EM SAÚDE BUCAL E AS CATEGORIAS DO CUIDADO	117
Inovação no cuidado na clínica em saúde bucal -	119
capítulo síntese GT: cuidado na clínica	
<i>Carlos Botazzo / Elizabete Cristina Fagundes de Souza</i>	
<i>Fabiana Schneider Pires / Pedro Augusto Thiene Leme</i>	
VIGILÂNCIA A SAÚDE BUCAL	135
Vigilância em saúde bucal - em busca de uma epidemiologia Social e para a intervenção	137
<i>Angelo Giuseppe Roncalli</i>	
Capítulo texto base: vigilância em saúde bucal	155
uma proposta para o século XXI - capítulo síntese GT:	
vigilância em saúde bucal: o desafio de “pensar fora da caixa”	
<i>Carolina D. R. Xavier Lucena / Moacir Paludetto Junior / Polyana Matos Alcântara /</i>	
<i>Roger Keller Celeste / Solange Laurentino dos Santos / Yuri W. Cavalcanti</i>	
PLANEJAMENTO, GESTÃO E MODELOS DE AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL	171
Planejamento, gestão e avaliabilidade dos programas e serviços de saúde bucal	173
<i>Érika Lúcia de Almeida Portugal / Horácio Pereira de Faria / Livia Guimarães Zina /</i>	
<i>Marcos Azeredo Furquim Werneck</i>	
Planejamento, gestão e modelos de avaliação dos programas e serviços de saúde bucal - uma análise crítica	199
<i>Cindy Avani Silva Ceissler / Gabriela Gaspar / Nilcema Figueiredo /</i>	
<i>Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz / Raquel Santos / Sônia Cristina Lima Chaves</i>	
Avaliação de serviços de saúde bucal na atenção básica	215
<i>Claudia Flemming Colussi / Manoela de Leon Nobrega Reses / Maria Cristina Marino Calvo</i>	

Apresentação

É com imensa satisfação que apresentamos a comunidade científica os registros das discussões levadas adiante na 6ª Reunião de Pesquisa Científica em Saúde Bucal Coletiva, ocorrida na cidade do Recife, Capital do Estado de Pernambuco entre os dias 07 e 10 de dezembro de 2017 nas dependências da Universidade Federal de Pernambuco. Uma reunião cheia de significados para todos os envolvidos e com grande capilaridade nacional haja visto a participação de professores e estudantes de quase todos os estados brasileiros, muitos dos quais membros dos principais Programas de Pós-graduação na área, mas também a participação internacional da Profa. Belinda Nicolau da McGill University do Canadá.

A presente síntese das discussões foi organizada em duas partes: A primeira parte inclui o que havia ficado estabelecido como momentos formativos, os quais tivemos a participação de colegas que abordaram desde a advocacia da Política Nacional de Saúde Bucal; A pesquisa em saúde bucal percorrendo desde a formação de agendas de pesquisa; a criação de redes colaborativas e a internacionalização da produção do conhecimento levado adiante no país; nesta etapa também foram discutidas a formação em saúde coletiva no caminho que partiria da inserção da área nos cursos de graduação indo até a pós-graduação. Na segunda parte encontram-se a contribuição das áreas fundantes da saúde coletiva quais sejam: as ciências sociais e humanas com foco nas possibilidades de inovação na clínica e no cuidado; a epidemiologia que seria trazida como teoria ferramenta para estruturação de um modelo de vigilância a saúde bucal; e por último e não menos importante a área de Planejamento, Gestão e Avaliação abordando a inserção da saúde bucal nos processos de planejamento levado a diante em municípios e serviços de saúde bucal; bem como a inserção da saúde bucal no Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso-PMAQ, seja na atenção básica ou na atenção especializada.

Mas o que há de novo em uma reunião com um temário que traduz uma agenda interminável, para seus pensadores, formuladores de políti-

cas, pesquisadores, professores e estudantes? Primeiro, o formato, buscou se aqui o encontro vivencial de grupos de trabalho, e produção coletiva de caminhos a serem seguidos num momento de profunda crise político-econômica e social pelo qual o país atravessava a pelo menos dois anos seguidos ao impeachment da Presidenta Dilma Roussef e as consequências das instabilidades geradas no campo da Política Nacional de Saúde Bucal-PNSB a partir do seu segundo governo. Segundo, a iniciativa de realizar um encontro nacional de forma colaborativa entre os pares mostrando a coesão teórica da área e a disposição para seguir se firme da defesa de ideias comuns.

A 6ª. Reunião nos deixou um legado de possibilidades e amadurecimento de que o SUS, com sua potência estruturadora de política pública de saúde nos norteia a não abrir mão de princípios elementares de defesa da vida e da cidadania. Nos anima a perspectiva do envolvimento de dezenas de jovens que anseiam abraçar a saúde bucal coletiva como objeto de trabalho e investigação, e o acúmulo da área no país seja através dos seus Programas de Pós graduação ou pelo protagonismo do GT de Saúde Bucal Coletiva da Abrasco. Desejo a todos que possam ler atentamente a contribuição de todos os colegas que construíram essa obra histórica para nossa área.

Paulo Sávio Angeiras de Goes

Coordenador geral da 6ª. Reunião de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva

PARTE I

DESAFIOS PARA CONSOLIDAÇÃO DA SAÚDE BUCAL COLETIVA

Eixo

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

- 15** Advocacia da política pública
o caso da política nacional de saúde bucal
Denise Lins de Sousa
Livia Maria Almeida Coelho de Souza

Advocacia da Política Pública o caso da política nacional de saúde bucal

Denise Lins de Sousa

Livia Maria Almeida Coelho de Souza

Introdução

A condição de saúde bucal da população brasileira vem apresentando significativos avanços nos últimos anos, o que pode ser constatado pelos resultados dos últimos levantamentos epidemiológicos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2004b; BRASIL, 1986). Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que, segundo a classificação adotada pela OMS (Organização Mundial de Saúde), o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO – índice de dentes cariados, perdidos e obturados, entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6) e entrou no grupo de países com baixa prevalência de cárie, apresentando um índice melhor que a média dos demais países das Américas (BRASIL, 2012).

Esses avanços podem ter ocorrido, sobretudo, em decorrência da implantação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, que proporcionou um significativo aumento do acesso aos serviços odontológicos oferecidos a toda a população brasileira, em reflexo principalmente da implantação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Somando-se a isto, as medidas de controle a cárie dentária de âmbito populacional, como a fluoretação das águas de abastecimento

público e o incremento das ações de promoção e proteção à saúde, implantadas com o intuito de diminuir as desigualdades sociais no Brasil, também podem ter contribuído para os avanços na condição de saúde bucal da população brasileira.

Porém, mesmo com todo esse progresso, observa-se ainda, como um constate desafio, a implantação de ações e serviços em saúde bucal que visem responder com efetividade às situações que exigem enfrentamento cotidiano, como a persistente problemática da prevalência da cárie dentária, bem como o enfrentamento de outros problemas prevalentes da cavidade oral, como a doença periodontal e o câncer de boca. A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), portanto, visa reduzir as iniquidades em saúde, compreendidas como desigualdades injustas e evitáveis, ampliar o acesso de forma a ofertar ações e serviços às populações mais vulneráveis, qualificar o cuidado, estimulando a adoção de boas práticas em toda a rede de atenção, e estimular a expansão de medidas para ampliar e qualificar a atenção básica e especializada (ambulatorial e hospitalar) de modo a ofertar um cuidado integral e resolutivo (BRASIL, 2004). Neste contexto, este estudo pretende realizar uma análise histórica da implantação da PNSB em todo território nacional, concomitante a uma análise da conjuntura atual, demonstrando os avanços e desafios da PNSB, dando ênfase às principais ações e aos serviços desenvolvidos no âmbito da atenção básica, atenção especializada e atenção hospitalar.

Desenvolvimento

Método

Trata-se de um estudo analítico e descritivo, que utilizou os métodos histórico-descritivo e histórico-analítico para descrever o cenário histórico antes da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), narrando fatos que propiciaram maior compreensão e significância aos eventos passados para explicar a situação atual da PNSB. A análise descritiva visou analisar a frequência da ocorrência dos fenômenos relatados ao longo do resgate histórico, favorecendo contextualizar a atual situação da PNSB, e utilizou dados públicos e disponíveis no portal do Departamento de Atenção Básica (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/index.php>) e na Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde – SAGE (<http://sage.saude.gov.br>). Este relato resgata dados da literatura, apresentando uma revisão bibliográfica e análise documental, em que as refle-

xões e discussões foram construídas na análise de números e conclusões de alguns autores no contexto da PNSB.

Resultados e discussões

Histórico da saúde bucal brasileira - Linha do tempo

1986 – VIII Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNS) e a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB)

As políticas públicas de saúde atravessaram historicamente um processo de evolução excludente com características centralizadoras numa base biológica, elitista e individual. Até pouco tempo, o atendimento à saúde bucal no serviço público era restrito a ações esporádicas meramente curativas, básicas e emergenciais, oferecidas a crianças em idade escolar.

A Reforma Sanitária no Brasil, nos anos 70 do século passado, ficou amplamente conhecida como um projeto de constituição e reformulação de um campo de saber, como uma estratégia política e como um processo de transformação que culminou, em março de 1986, na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1986b), marco considerado o embrião do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi reconhecido pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e pelas Leis Orgânicas de Saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Em sintonia com os anseios da sociedade brasileira, ocorreu, em setembro de 1986, a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, que expôs em seu relatório final a necessidade de se implantar uma Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) inserida nos preceitos estabelecidos pela VIII CNS: sistema universal, equânime, integral e com participação social (BRASIL, 1986b).

1986 – I Levantamento epidemiológico em saúde bucal

Ainda em 1986, o Ministério da Saúde realizou o 1º Levantamento Epidemiológico de âmbito nacional na área da Saúde Bucal. Estabeleceu-se, pela primeira vez na história da saúde pública brasileira, uma instância normativa programática de saúde bucal em nível ministerial (RONCALLI, 1998), com o objetivo de conhecer as condições de saúde bucal da população brasileira.

Na oportunidade, foram levantados dados referentes a cárie dentária, doença periodontal, necessidades de prótese e acesso aos serviços odontológicos. Este primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal demonstrou que crianças brasileiras detinham um dos maiores CPO-D (número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) do

mundo em todas as idades analisadas: o CPO-D médio evolui de 1,25 aos 6 anos, para 3,61 aos 9 anos e 6,65 aos 12 anos, indicando, de acordo com a escala da Organização Mundial da Saúde (OMS), uma prevalência muito alta de cárie. Segundo dados internacionais da época, este valor se constituía no 3º pior índice do mundo, ficando atrás somente de Brunei e República Dominicana e empatando com a Jamaica (BRASIL, 1990c).

Os resultados deste primeiro levantamento epidemiológico retratam a carência de ações e serviços de saúde bucal em uma sociedade excludente, onde o acesso a estes serviços era privilégio de uma minoria, enquanto que a maioria da população possuía um acesso à saúde bucal extremamente difícil e limitado, fazendo com que as pessoas se acostumassem a procurar atendimento odontológico apenas em casos de dor. A demora na procura ao atendimento e os poucos serviços odontológicos ofertados faziam com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas no âmbito clínico, além de aumentar o número de desdentados.

1993 – II Conferência Nacional de Saúde Bucal

As discussões na II Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 1993) permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país, como um novo modelo de atenção à saúde, considerando a saúde bucal como direito de cidadania, além de discussões relacionadas ao financiamento e controle social. A efetiva inserção da saúde bucal no SUS deveria desmistificar modelos de programas verticais e de políticas ainda existentes que não levavam em consideração a realidade concreta. Desta forma, a II CNSB aprovou com muita propriedade esta inserção, que deveria ocorrer através de um processo sob controle da sociedade (conselhos de saúde), descentralizado, e com a garantia dos princípios da universalidade do acesso e da equidade da assistência odontológica, que estariam interligados a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social (BRASIL, 1993).

1993 – II Levantamento epidemiológico em saúde bucal

Em 1993, o Serviço Social da Indústria (SESI) realizou o segundo levantamento epidemiológico de saúde bucal. O público-alvo deste levantamento foi crianças das escolas do SESI, como parte integrante do Programa de Prevenção de Doenças Bucais, com o objetivo de compor uma linha-base para avaliação de seus programas preventivos. Contou com financiamento do Ministério da Saúde, mediante convênio com o Departamento

Nacional (DN/SESI) e também contou com a colaboração financeira da Kolynos do Brasil na impressão dos relatórios. O CPO-D aos 12 anos de idade foi 6,65, ainda indicando uma prevalência muito alta de cárie.

1996 – III Levantamento epidemiológico em saúde bucal

Em 1996, foi conduzido um novo levantamento epidemiológico em saúde bucal pela Coordenação de Saúde Bucal (COSAB) do Ministério da Saúde. O CPO-D aos 12 anos de idade foi 3,06, demonstrando uma melhora neste índice em relação ao levantamento anterior, com uma prevalência moderada à cárie dentária (PINTO, 1996).

2000 – Inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF)

As equipes de saúde bucal foram inseridas no PSF através da Portaria nº 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000), seis anos após o início do Programa. O governo federal garantia o incentivo financeiro para a implantação de 1 equipe de saúde bucal (eSB) para cada duas equipes de Saúde da Família já existentes, o que significava, em média, um contingente de 6800 habitantes para serem atendidos por uma única equipe de saúde bucal. Posteriormente, foi publicada a Portaria nº 673/GM, de 3 de junho de 2003 (BRASIL, 2003), atualmente revogada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), que estabeleceu que poderiam ser implantadas, nos Municípios, quantas equipes de saúde bucal fossem necessárias, a critério do gestor municipal, desde de que não ultrapassassem o número existente de equipes de saúde da família, e considerassem a lógica de organização da atenção básica.

Com a publicação destas portarias, observou-se um aumento considerável no número de equipes de saúde bucal implantadas, passando de 4.261, em 2002, a 8.951, em 2004, o que correspondeu a um incremento de aproximadamente 110%.

2003 – Levantamento epidemiológico em saúde bucal/ SBBrasil 2003

O levantamento epidemiológico, realizado em 2003 pelo Ministério da Saúde, demonstrou os baixos índices de saúde bucal pela população brasileira, apresentando dados alarmantes: 20% da população brasileira eram de desdentados; 13% dos adolescentes nunca haviam ido ao dentista; e 45% dos brasileiros não possuíam acesso regular a uma escova de dentes (BRASIL, 2004b). Este segundo levantamento epidemiológico apresentou altos valores de ceo-d (número de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados) e

CPO-D, particularmente quando consideradas as faixas etárias de 18 a 36 meses e a idade de 5 anos. Quase 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentaram pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chegou a quase 60% nas crianças de 5 anos de idade. Quanto à cárie dentária na dentição permanente, quase 70% das crianças brasileiras de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 apresentaram pelo menos um dente permanente com experiência de cárie dentária.

2004 – Advento da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente

O avanço da municipalização dos serviços de saúde pública e do controle social, oriundo de movimentos sociais, usuários, profissionais e gestores das três esferas de governo, propiciaram o início da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal. Este processo se consolidou com avanço do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, posteriormente, com a implantação do Programa de Saúde da Família, como relatado anteriormente.

Criado em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente prevê uma série de ações para facilitar e ampliar o acesso da população ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do SUS. A Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente tem mudado a atenção da saúde bucal no Brasil garantindo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, com o compromisso de implementar os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade, da participação social, da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, e da oferta de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2004).

O Programa Brasil Sorridente tem um papel fundamental na reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Atualmente, existem mais de 25 mil equipes de saúde bucal em todo o país (Figura 1), estando as eSB presentes em mais de 90% dos municípios brasileiros (Figura 2). Em relação ao incentivo financeiro para a implantação das eSB, conforme Portaria nº 673/GM, de 3 de junho de 2003 (BRASIL, 2003), as eSB que atendem populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos passaram a fazer jus de 50% a mais sobre os valores mensais de custeio, conforme regulamentado nas Portaria nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006 (BRASIL, 2006), e a Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008). Somando-se aos recursos

de implantação e custeio mensal, de acordo com a Portaria nº 2.372/GM, de 7 de outubro de 2009 (BRASIL, 2009), o Ministério da Saúde disponibiliza um equipamento odontológico completo para cada equipe de Saúde Bucal, modalidade I, implantada e dois equipamentos odontológicos completos para cada equipe de Saúde Bucal, modalidade II, implantadas.

Evolução ESB / 2004 a 2017

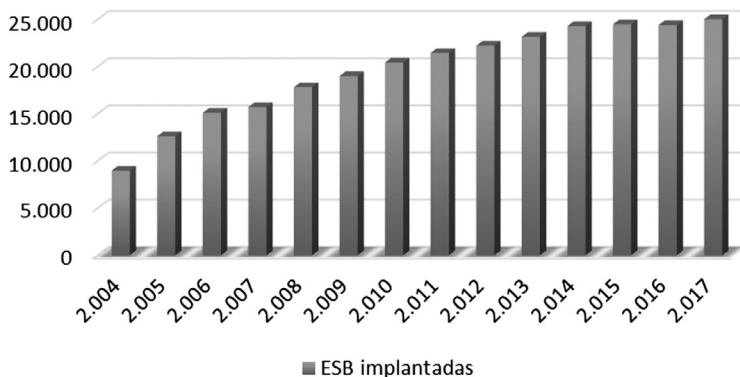


Figura 1. Evolução das equipes de saúde bucal implantadas de 2004 a 2017. Fonte: DAB/MS/16_11_17. Data de referência: 10/2017 - 25.590 ESB/PSF.

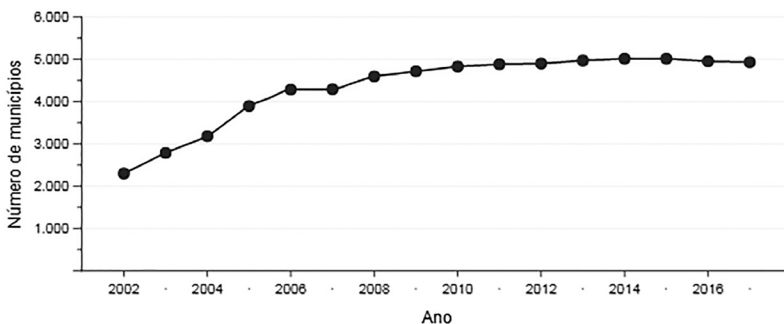


Figura 2. Evolução dos municípios com eSB implantadas de 2004 a 2017. Fonte: SAGE/DAB/SAS/MS.

Além da implantação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, a Política Nacional de Saúde Bucal tem responsabilidade na ampliação e qualificação da Atenção Especializada (média e alta complexidade), em especial no estabelecimento de diretrizes e repasse de incentivos finan-

ceiros para custeio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), possibilitando a oferta a tratamentos de ortodontia, implantodontia e prótese dentária, além dos tratamentos essenciais ofertados pelas equipes de saúde bucal.

Atualmente, existem 1.116 CEO (Figura 3) credenciados, observando-se um aumento de mais de 1.300% no número de CEOs credenciados de 2004 a 2016 (Figura 4). O tratamento realizado no CEO é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e, no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal, devendo estar preparado para oferecer à população, no mínimo, os serviços de: Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; Periodontia especializada; Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; Endodontia; e Atendimento a portadores de necessidades especiais. Em 2010, através da Portaria Ministerial nº 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010b), o Ministério da Saúde passou a financiar aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado (incluindo a prótese sobre o implante) para todos os usuários do SUS no CEO.

Evolução CEOs 2004 a 2017

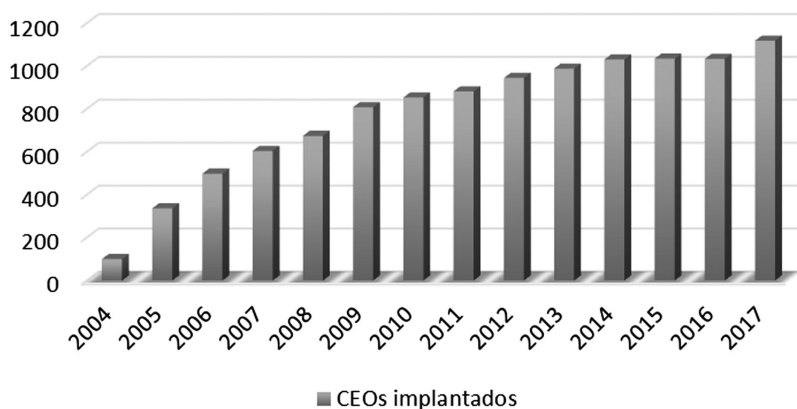


Figura 3. Evolução dos Centros de Especialidades Odontológicas credenciados de 2004 a 2017. Fonte: DAB/MS/16_11_17. Data de referência: 09/2017- 1.116 CEOs.

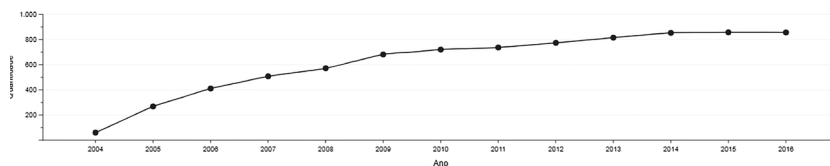


Figura 4. Evolução dos municípios com CEOs credenciados de 2004 a 2016. Fonte: SAGE/DAB/SAS/MS.

Além da expansão dos CEOs, proporcionando a ampliação da oferta de serviços à população, em 2012, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012, e os CEO passaram a ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessita de atendimento odontológico no âmbito das especialidades definidas pelos CEO. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), no âmbito da saúde bucal, se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todos os portadores de deficiência. Todo atendimento a esse público deve ser iniciado na atenção básica, que referenciará para o paciente para a atenção especializada, que poderá ser um CEO ou unidade hospitalar.

Ainda neste contexto, em 2012, a Portaria Ministerial nº 1.341, de 13 de junho de 2012, criou incentivos adicionais para os CEOs que fizessem parte da RCPD. Assim, os CEOs que aderiram a RCPD passaram a receber um incentivo de 20% a mais no custeio mensal, devendo, para isto, seguir atribuições e adequações relativas à RCPD. Atualmente, existem 539 CEOs aderidos a RCPD, com uma maior concentração na região Nordeste (Figura 5).

CEOs aderidos a RCPD

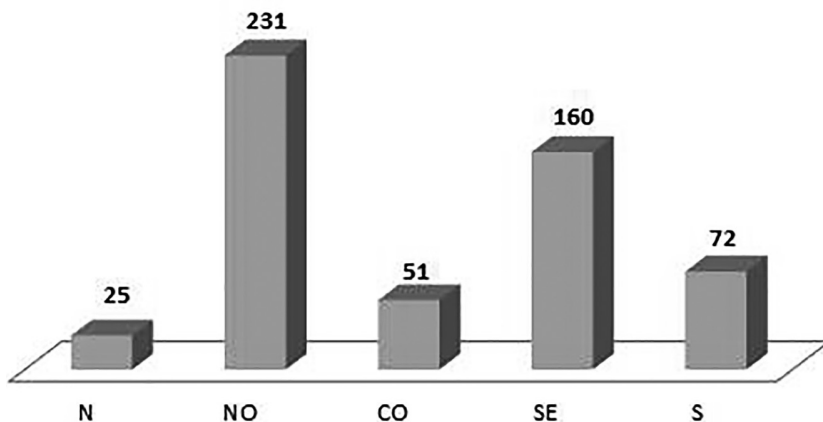


Figura 5. CEOs aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Fonte: DAB/MS/16_11_17. Data de referência: setembro/2017 - 539 CEOs aderidos a RCPD.

Devido a alta percentagem de desdentados apontado no levantamento epidemiológico, SB Brasil 2003, e visando reabilitar o número de desdentados, prestando uma assistência integral à população brasileira, o Ministério da Saúde, em 2005, passou a financiar os Laboratórios regionais de Prótese Dentária (LRPD), sendo regulamentados através da Portaria nº 2.373/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, e o incentivo financeiro através da Portaria nº 1.825/GM/MS, de 24 de agosto de 2012. Ressalta-se que, até então, nenhuma política pública de saúde havia proporcionado esse tipo de atendimento, e, com o Brasil Sorridente, a reabilitação protética passou a ser uma das principais metas da Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal, sendo este serviço ofertado tanto pelas eSB quanto pelos CEOs.

Municípios com qualquer base populacional podem credenciar um LRPD e não há restrição quanto sua natureza jurídica, ou seja, a secretaria municipal ou estadual de saúde pode optar por ter um estabelecimento próprio (público) ou contratar a prestação do serviço (privado). Atualmente, existem 1.842 LRPD credenciados (Figura 6), com um quantitativo de aproximadamente 600.000 próteses dentárias entregues (Figura 7).

LRPDs credenciados

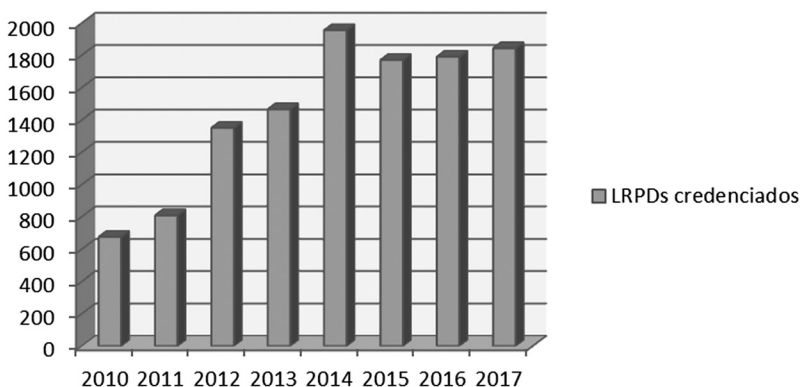


Figura 6. Evolução dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária credenciados de 2004 a 2017. Fonte: DAB/MS/16_11_17. Data de referência: setembro/2017.

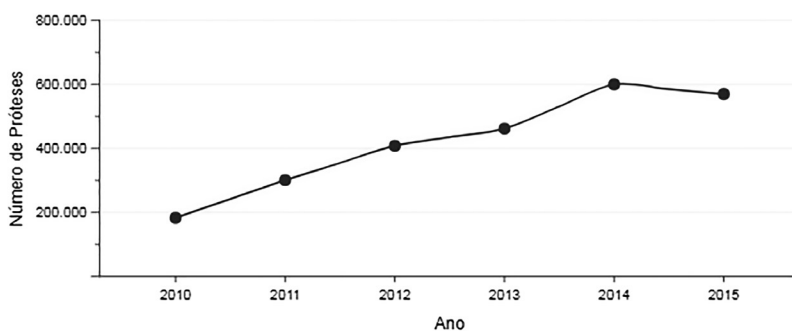


Figura 7. Evolução do quantitativo de próteses dentárias entregues de 2010 a 2015. Fonte: SAGE/DAB/SAS/MS.

Objetivando ofertar ações de saúde bucal a populações residentes em locais que apresentam maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, localizados predominantemente nas áreas rurais, assentamentos, quilombolas e áreas isoladas, o Ministério da Saúde implantou o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel (UOM). A UOM é de uso exclusivo dos profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família e serve de apoio para o desenvolvimento das ações e das atividades dessas equipes.

A primeira entrega de UOM ocorreu para municípios integrantes do Programa Territórios da Cidadania que não continham Equipes de Saúde Bucal vinculadas à Estratégia Saúde da Família e a segunda entrega ocorreu para municípios prioritários do Plano Brasil Sem Miséria. A Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI) também foi contemplada com 33 UOM. Até o momento, foram entregues 302 UOM em todo país (Figura 8), regulamentadas pela Portaria nº 2.371, de 7 de outubro de 2009 (BRASIL, 2009).

UOM distribuídas nas regiões e na SESAI

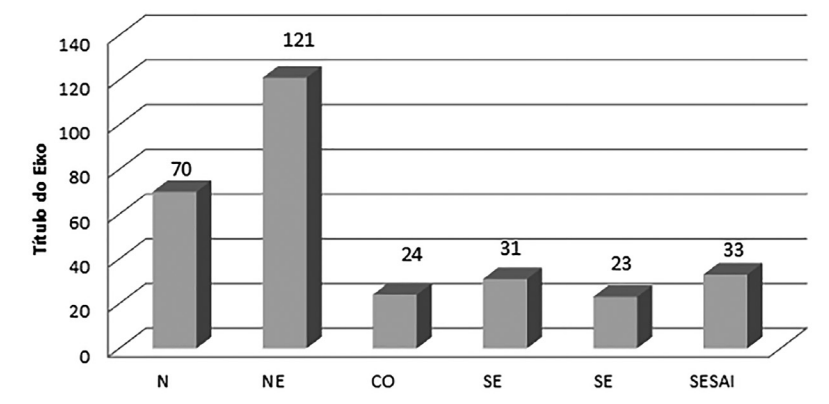


Figura 8. Distribuição de Unidades Odontológicas Móveis – UOM por região brasileira. Fonte: Fonte: DAB/MS/16_11_17. Data de referência: julho/2017.

Em 2009, ainda cumprindo o objetivo de ampliar e qualificar a atenção básica, o Ministério da Saúde criou o Plano de Fornecimento de equipamentos Odontológicos para as eSB na Estratégia Saúde da Família. Segundo a Portaria nº 2.372 GM/MS, de 07 de outubro de 2009, posteriormente revogada pela Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, há o compromisso de doação de cadeira odontológica pelo Ministério da Saúde para as eSB implantadas a partir de outubro de 2009, onde os municípios puderam optar por receber a cadeira odontológica diretamente no município ou receber o recurso para o próprio município realizar a aquisição.

Em 2010, através do Projeto SB Brasil 2010, o Ministério da Saúde realizou um novo levantamento epidemiológico, objetivando mapear a saúde bucal da população brasileira. Neste levantamento, observou-se

uma diminuição da incidência de dentes cariados, perdidos e obturados nas crianças e adolescentes, devido ao progressivo avanço no acesso da população às ações de promoção de saúde, prevenção e reabilitação em saúde bucal no SUS. Por outro lado, este levantamento ainda apresentou indicadores preocupantes em relação a situação da saúde bucal de adultos e idosos.

Em 2014, foi instituído, pela Portaria Interministerial nº 1.646, de 05 de agosto de 2014 (BRASIL, 2014), e posteriormente através da Portaria nº 2.062/GM, de 21 de outubro de 2016 (BRASIL, 2016), o programa GraduaCEO, que viabiliza a inserção e custeio de clínicas odontológicas de cursos de graduação em odontologia na rede de saúde bucal. Tem como finalidade ampliar o acesso à atenção odontológica através da inserção das clínicas odontológicas de instituições de ensino na rede, bem como qualificar a formação de graduandos em odontologia para o SUS e ampliar os pontos de atenção à saúde bucal na rede de atenção à saúde (RAS).

Destaca-se também o gradual empenho no intuito de se organizar a assistência odontológica em ambiente hospitalar. Em 2005, o Ministério da Saúde possibilitou a emissão pelo cirurgião-dentista da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (BRASIL, 2005) e, através da Portaria nº 1.032/GM, de 5 de maio de 2010 (BRASIL, 2010a), incluiu procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS voltados aos pacientes com necessidades especiais que necessitam de atendimento em ambiente hospitalar (BRASIL, 2010). Neste contexto, o Ministério da Saúde realizou a doação de equipamentos para três centros cirúrgicos adaptados a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em cada unidade federativa.

O Programa Brasil Sorridente ainda possui ações transversais em outras políticas e interface com outros programas, como Programa Brasil Sorridente Indígena, Programa Saúde na Escola, Plano Brasil Sem Miséria, Plano Nacional para Pessoas com Deficiência e Programas de Qualificação Profissional e Científica.

Considerações finais

Após 13 anos do lançamento da PNSB, pode-se constatar que a Política vem cumprindo seu objetivo de ampliar e qualificar a assistência, com a implantação de 25.590 eSB na Estratégia Saúde da Família, cobrindo mais de 90% dos municípios brasileiros; com 1.117 CEOs credenciados e 539 CEOs aderidos a RCPD, expandindo o atendimento prestado pelas eSB, ofertando serviços especializados; 1.842 LRPD credenciados, proporcionando reabilitação oral aos desdentados; 302

UOMs entregues, ofertando serviços de saúde bucal em áreas de difícil acesso; 81 centros hospitalares equipados para atender pacientes com necessidades especiais; 18 Instituições de Ensino Superior – IES credenciados no Programa GraduaCEO, ampliando a oferta de serviços de saúde bucal na RAS; 5 levantamentos epidemiológicos, aliando a oferta de serviços à necessidade de saúde; e, até o momento, mais de 4 mil entregas de equipamentos odontológicos.

Portanto, mesmo com todos os desafios, problemas e dificuldades a serem enfrentados, a PNSB apresentou grandes avanços ao longo da história e muitas conquistas foram alcançadas. Ciente destas dificuldades, o programa Brasil Sorridente continua em seu compromisso de qualificar a atenção básica, garantindo acesso universal, equidade, integralidade da assistência e resolutividade, conforme os princípios doutrinários do SUS.

Eixo

A PESQUISA EM SAÚDE BUCAL EM PERSPECTIVA PARA O SÉCULO XXI

- 31** A pesquisa em saúde bucal e perspectivas para o século XXI
a construção da agenda em pesquisa em SBC
Samuel Jorge Moysés
- 53** Redes colaborativas de pesquisa em saúde
Carlos Botazzo
- 67** Mesa: A pesquisa em saúde bucal
perspectiva para o século XXI
Emanuella Pereira Carvalho
Lucas Fernando Rodrigues dos Santos
Paulo Frazão
Rafael da Silveira Moreira

A pesquisa em saúde bucal e perspectivas para o século XXI a construção da agenda em pesquisa em SBC¹

Samuel Jorge Moysés

Introdução

Como se constrói, sistematiza e implementa uma agenda de pesquisa? Frequentemente, isto ocorre por meio da indução ou da intervenção direta de agências — ou melhor dizendo, de agentes (“*stakeholders*”) — que detêm poder sobre os mecanismos institucionais formais que regulam a produção científica: a) o mercado em suas múltiplas teias e focos de interesse (LEXCHIN, 2010; THOMPSON; ANASON, 2012; ESMAIL; ROTH; RANGARAO *et al.*, 2013; CONRAD; GREMBOWSKI; HERNANDEZ *et al.*, 2014); b) os governos, muitos dos quais sob influência de agências multilaterais (WHO, 2012); c) as agências nacionais de fomento e os órgãos de avaliação de pós-graduação e pesquisa (BRASIL, 2004, 2007, 2008, 2015); d) os grupos de pesquisadores que hegemonomizam suas respectivas áreas e as instituições de pesquisa a que estão afiliados, com linhas consolidadas e publicação intelectual mais madura (KAC; SERRUYA, 2008; SANTOS; MOURA; BARATA *et al.*, 2011; GREGORIO; TOMLINSON; GEROLIN *et al.*, 2012); e) as revistas científicas de maior impacto, com suas edições temáticas e principais tendências de publicações; e assim por diante.

Há, inclusive, manuais e diretrizes nacionais e internacionais que cumprem a finalidade de orientar a construção de agendas

¹ Texto ainda em elaboração, circulação restrita.

e definir rumos para a agenda da pesquisa científica e para o desenvolvimento tecnológico e da inovação (BRASIL, 2005b, 2006). Uma das formas mais comuns encontradas em alguns países – pelo menos no Brasil, onde a indução de origem estatal é determinante –, é aquela operada pelos comitês de áreas, das agências de fomento. Neste caso, CNPq, CAPES, FINEP, Agências Estaduais de apoio à pesquisa e inovação, dentre outros órgãos, exercem grande influência (na Saúde Coletiva, o PP/SUS, por exemplo) (BRASIL, 2004, 2005a, 2014). Esses Comitês convocam seus assessores técnicos - ou parte da comunidade científica implicada com a área respectiva - para confecção de agendas e lançamento de editais temáticos.

Para estimular o debate na atual conjuntura brasileira, propõe-se aqui uma agenda de pesquisa para a Saúde Bucal Coletiva (SBC) que olhe transversalmente para a gravidade das crises política, social, institucional e cultural, que colocam a democracia e o estado de direito sob risco iminente de colapso no Brasil, de 2015 em diante (ALVARES; SEMER; FELIPE *et al.*, 2017). A rigor, seria mais coerente propor, nos tempos atuais, uma “anti ou contra-agenda”, no sentido contra-hegemônico aos fluxos dominantes. Isto permite constituir, pela via do trabalho político-social da pesquisa, uma frente de resistência e enfrentamento às novas agendas regressivas, antissociais e de destruição de direitos duramente adquiridos (inclusive, com a contribuição de agendas de pesquisa progressistas e a afluência de pesquisadores que, até um passado bem recente, trabalhavam para a construção de uma democracia mais densa e de uma sociedade menos injusta e mais equitativa no Brasil) (VILLELA; KALCKMANN; PESSOTO, 2002; VOGT; POLINO, 2003; BRASIL, 2015).

É sobre esta possibilidade de construção de uma “agenda insubmissa” e voltada para os legítimos interesses da sociedade brasileira e dos pesquisadores engajados na retomada de uma sociedade de direitos, mais equânime, devotada ao pluralismo de ideias e abordagens, que este texto se debruça.

Desenvolvimento

Primeiro, sobre “uma agenda” de pesquisa para a SBC brasileira, em 2017, mas com alcance para a próxima quadra da história, é preciso um esforço autorreflexivo, que nos leve ao esforço de resposta para algumas questões centrais:

- a) O que somos ou quem somos?
- b) se ainda não somos, o que queremos ser?
- c) E quando seremos?
- d) porque sim, para quem, ou com quem somos?

- e) Onde somos? Estamos “causando” nesses lugares?
- f) Com quem nos comparamos (outros GT)?
- g) Quanto ocupamos do espectro que vai da Odontologia a Saúde Coletiva?
- h) Já não é tempo de termos a nossa “cartografia”, nossa arqueologia e genealogia?

Nessa linha interrogativa, e para fazer justiça ao esforço alheio, é preciso reconhecer o trabalho pioneiro desenvolvido por alguns Observatórios devotados ao estudo da SBC. Eles têm empreendido um trabalho de busca e resgate da memória, interpretação hermenêutica, ressignificação e atualização de sentidos, bem como de proposição de rumos possíveis, para essa área ainda tão fluida, tão jovem, tão indefinível em seus primeiros movimentos orgânicos. Assim, lembra-se aqui, com louvor, do Observatório de Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, que operou por algum tempo na primeira década dos anos 2000, com fomento do CNPq. E de outras duas iniciativas bem recentes, iniciando suas atividades: uma, constituída no âmbito do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – o Observatório de Análise Política em Saúde; e outra, o Observatório Ibero-americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal, que reúne nove países, com base na UnB/USP.

Segundo, além do drama existencialista do *“Quem sou eu (ou quem somos nós)”*, ou do esforço racionalista cartesiano do *“Eu duvido, logo penso, logo existo (ou nós duvidamos, logo pensamos, logo existimos)”*, também é preciso que enfrentemos na SBC brasileira o drama hamletiano do *“Ser ou não ser, eis a questão”*.

Explica-se: sendo área que busca ainda delimitar suas especificidades, há em nossa produção intelectual e em nossos caminhos acadêmicos, políticos e sociais, algumas “pedras” não removidas, que tornam nosso caminhar titubeante, gerando uma incerteza de origem/destino. Ora estamos com um pé dentro, ora um pé fora, da Odontologia institucionalizada e sua sedução técnico-mercadológica. Um pé dentro, um pé fora, da Saúde Coletiva em seus aspectos mais gerais como campo de tensões, consensos, lutas internas, e disputas em horizontes maiores, assumidamente no espectro da esquerda política. Um pé dentro, um pé fora, dos programas institucionalizados de pós-graduação e pesquisa e suas exigências avaliativas. Um pé dentro, um pé fora, das métricas impostas pelo colonialismo técnico-científico e cultural de países dominantes centrais. Um pé dentro, um pé fora, no trato efetivo de nossas questões seculares típicas de sociedades periféricas, tais como o baixo nível de estruturação de serviços

públicos, ou as escandalosas condições de saúde bucal de boa parte da população brasileira tratada pelas elites como “gente do povo, dispensável”.

Então, é preciso perguntar e todos na SBC devemos responder: Nós queremos publicar o produto do nosso fazer científico? Nós somos obrigados a publicar?

Quais as exigências que pairam profissionalmente sobre a produção intelectual de todos, e de cada um, do ponto de vista da publicação?

Sob tais exigências, nós precisamos direcionar nosso esforço de produção intelectual para artigos científicos (“*papers*”), ou para outros suportes, tais como livros/capítulos, relatórios e assessorias institucionais, dentre outros?

Ora, como se sabe muito bem, tudo depende da inserção profissional de cada um, das escolhas pessoais e modos próprios de legitimação de como caminhar na estrada... acadêmica. Se preferirem, num tom mais pragmático, como fazer frente a nossas despesas no final do mês, como pagar as contas!

Terceiro, nesse ponto da vida, nós já devemos estar maduros o suficiente para sabermos que Odontologia é “técnica” (e é “negócio” de varejo e também grande “mercado” de atacado, sendo açambarcada pelos interesses do complexo médico-odontológico-industrial). Registrar-se que, no grego antigo, “*Téchne*” significava todas as artes mecânicas, incluindo medicina e música. Se quisermos, por escolha pessoal, ou por imposição profissional, ter sucesso em nossa agenda de pesquisa, nesse contexto multissecular da *téchne odontológica*, sejamos um “*player*” (sic) e pesquisemos, por exemplo: inovações e tecnologias “disruptivas”, “exponenciais”, tais como a detecção digital de doenças (DDD), *internet of things*, *crowdsourcing*, economia compartilhada, *wearables* e Odontologia personalizada, drones. Ou ainda, técnicas/dispositivos clínicos usando CAD/CAM, desenho/fresagem/impressão 3D. “Gamificação” e realidade aumentada (para simulação no ensino e no trabalho). Não esquecer de equipamentos, materiais, fármacos que “agregam valor”. E publicar sobre epigenética, proteômica, células-tronco.

Enfatiza-se que “*papers*” e patentes são principalmente convenientes para preenchimento do nosso currículo Lattes; leve em conta, contudo, que cada um de nós, por essa via, terá que provar do “fruto amargo” e ser vítima do vaticínio “publicar **ou** perecer”! Se for útil como um alerta, cuidado com a “metodolatria” – produção de objetos de ciência tecnificados, focados apenas em métodos “da moda”, antes mesmo que se tenha a pergunta e o objetivo da pesquisa formulados. E muito cuidado também com o fenômeno recentemente designado como “PredaQualis” – aquelas

revistas predatórias, que simplesmente servirão para enterrar sua produção de pesquisa (PRADO; KRAENKEL; COUTINHO, 2017).

Por outro lado, no caso de nossos compromissos assumidos quanto à produção intelectual serem mais flexíveis e transitarem em espaços com maiores graus de liberdade, então dediquemo-nos à produção de livros e outros produtos bibliográficos, voltados para popularização da ciência e maior interlocução com estratos não acadêmicos da sociedade. Porque, por exemplo, os livros – esses são fundamentais para a fundamentação e formação da fortuna crítico-teórica de uma área, ou de qualquer área do conhecimento. Quanto à produção de livros, poderíamos utilizar outros vaticínios: “publicar e viver”! Porque não há melhor prática do que uma boa teoria livreira – mas, também nada mais inútil do que uma teoria ruim.

É imprescindível notar que, para a Saúde Coletiva, a política (científica inclusive) é fundamental e ela nos tem sido legada principalmente por livros referenciais. Do grego antigo, “*Politika*”, ou assuntos das cidades, é o processo de tomar decisões que se aplicam aos membros de um grupo, de uma coletividade. Se a política está em nosso subsolo e, para o alto, amanhando o solo epistêmico da Saúde Coletiva, então uma produção intelectual bem mais densa, no formato de livros “fundacionais”, se torna necessária também na área específica da SBC. É preciso reafirmar sempre que não há, no contexto brasileiro, Saúde Coletiva real sem política, sem militância pelo SUS, pelo povo e com o povo brasileiro – ou uma luta por “Saúde em Todas as Políticas - STP”. Assim, pesquise nossos modos de andar a vida e publique, sem a necessidade contar palavras e fazer introduções curtas – publique livros!

Escrutinando nosso campo, uma das boas formas de descobrir ou construir agendas a partir de temas pertinentes, necessários e socialmente candentes é dado por serendipidade – as descobertas afortunadas feitas, aparentemente, por “acaso”. Este acaso se revela nas dobras e nas aberturas de nossos baús dos desejos, ou em nosso trabalho cotidiano – principalmente em contato com o “povo” –, ou ainda viajando/lendo para lugares/autores conhecidos ou “estranhos”. Ainda, quando estamos investigando um problema formulado em bases racionais e, inesperadamente, uma intuição se torna mais forte que a razão original. Contudo, é mais provável que nossa agenda prioritária surja da nossa capacidade de observação crítica da realidade: ouvindo o “barulho” das ruas e das redes de comunicação/informação virtuais, participando de nossos círculos esotéricos/exotéricos e redes colaborativas, ou escarafunchando os Anais de eventos relevantes do campo, em suas principais subáreas: a) Política, Planejamento e Gestão em Saúde; b) Ciências Sociais e Humanas em Saúde; c) Epidemiologia.

Ao assim proceder, propõe-se aqui uma agenda mínima que, em respeito à gravidade do momento brasileiro, volte-se para pesquisar o golpe jurídico-parlamentares e seus impactos em Saúde Coletiva (bucal, inclusive):

Na subárea de política, planejamento e gestão em saúde:

- a) A desarticulação institucional e desconstrução da macropolítica de saúde (bucal);
- b) As novas configurações e disputas setoriais pelo financiamento da saúde, particularmente depois da unificação dos blocos de financiamento proposta pelo Ministério da Saúde;
- c) A “obsolescência programada” das Redes de Atenção à Saúde e seus impactos nas unidades básicas de saúde, nos centros de especialidades odontológicas, nos laboratórios regionais de prótese dentária, nos centros de atenção oncológica e nos hospitais, ou nas universidades públicas;
- d) A forte investida da saúde suplementar, com os planos de saúde/planos odontológicos “populares”;
- e) O desmonte e a invisibilidade da equipe de saúde bucal na cena da atenção primária à saúde no Brasil;
- f) O reflexo dessa invisibilidade nas linhas de cuidado em saúde bucal, para populações submetidas a hierarquias sociais e/ou culturalmente assujeitadas;
- g) A marcha (e a contramarcha) histórica na implementação das redes de Atenção à Saúde bucal;
- h) O (mal) uso de tecnologia de informação na gestão/avaliação para tornar o trabalho humano “dispensável”;
- i) A desregulamentação (e aumento da precarização) do trabalho no SUS e seus impactos humanos;
- j) O boicote e a contrafação sistemática para “estrangular” a ação social/controlar social na cogestão de políticas intersetoriais.

Na subárea de ciências sociais e humanas em saúde:

- a) A “guerra cultural” visando estabelecer a hegemonia de narrativa histórica única para a Política Nacional de Saúde Bucal;
- b) Questões da micropolítica da produção do cuidado e os efeitos humanos do desmonte da Política Nacional de Atenção Básica (ESF, PACS, NASF);

- c) Patografias/higiografias e subjetividades: estudos (auto) etnográficos;
- d) violência: material, simbólica, e decorrentes das circunstâncias sociopessoais herdadas ou construídas (trânsito, trabalho, escola, domicílio);
- e) Saúde e desgastes do trabalhador no SUS e dos trabalhadores em geral;
- f) O protagonismo de populações atingidas por desastres ambientais naturais e/ou infligidos (populações indígenas nativas, ribeirinhos, afrodescendentes, as minorias várias);
- g) Abordagens construtivistas sobre teoria ator-rede (tradução da ciência para instituições e rede sociais);
- h) Construção social de identidades e padrões informacionais da autoimagem (indústria de consumo da estética corporal);
- i) Disputas educacionais na arena universitária e a influência de ideologias como “escola sem partido” na graduação, na pós-graduação, e seus reflexos no senso-comum (metodologias “ativas” não-freireanas);
- j) Promoção da saúde (bucal) e práticas educativas com grupos vulnerados, populações fragilizadas (por gênero, geração, etnia, classe social).

Na subárea de epidemiologia:

- a) O impacto das políticas de “austeridade” sobre morbimortalidade geral e bucal (pesquisa *ex-post-facto*);
- b) Morbidade referida em famílias deslocadas pelas crises contemporâneas no Brasil e no mundo (p. ex.: haitianos e etnocentrismo, ou ainda e sempre nordestinos no sul/sudeste do Brasil);
- c) Estudos segmentados, com triangulação: (exemplo: a saúde materno-infantil de classe sociais afluentes e a boca de suas babás e trabalhadores domésticos; a boca mediadora do trabalho em operadores de telemarketing, etc.);
- d) Estudos com adolescentes/população adulta e doenças crônicas não transmissíveis (determinantes, fatores de risco, desfechos, *follow up*);
- e) (Etno) epidemiologia de idosos/cuidadores de idosos e o seu meio: familiar, cultural, assistencial e sócio-histórico;
- f) Práticas culturais alimentares, estigmatização do corpo e saúde (bucal);

- g) Ecossistema, agrotóxicos, transgênicos e saúde (bucal);
- h) Estudos quantitativos complexos, explorando base secundárias Integradas de “big-data”, efeitos de redes sociais, sociedade da informação e distopias (*infodemiology* = *information* + *epidemiology*; e *infoveillance* = *information* + *surveillance*);
- i) Revisões sistemáticas e meta-análises de questões clínicas para as quais a evidência ainda é inconclusiva ou há um nível baixo de evidência/força de recomendação;
- j) Ensaaios pragmáticos, em condições que mimetizam a prática clínica pública, descrevendo a efetividade da intervenção, e buscando resolver problemas de tomada de decisão.

A agenda proposta anteriormente, para as três principais subáreas da Saúde Coletiva, pode ser lida como “uma agenda plausível para tempos sombrios”. Mas, há que se ter esperança e poder de reação. Nessa agenda, mais do que pensar no Lattes, na publicação de artigos e no fator de impacto das revistas, entra em jogo (generosamente) a presença de uma produção teórica mais densa, mediada por livros. Tomando por empréstimo a ideia de Immanuel Wallerstein (MARTINS, 2015), propõe-se aqui a (re) construção do nosso “sistema-mundo”. É mais do que uma perspectiva; é também mais do que uma teoria - se é que é uma teoria. É um movimento do saber, capaz de afetar o desenvolvimento do conhecimento coletivo.

Nesse ponto, cabe perguntar o que temos publicado no espaço/tempo de uma vida média adulta (60 anos)?

Nosso acúmulo teórico/prático, nesse período de tempo referido, em sua superfície, parece sofrer de uma espécie de “ressonância mórfica” oriunda do nascimento moderno da Odontologia, como um corpo disciplinar devotado ao “dente” – e estamos fazendo alusão aqui à hipótese dos “campos ordenadores invisíveis que controlam os sistemas, produzindo a forma e o comportamento, valendo-se da energia escalar, virtual, que supera qualquer barreira de tempo ou espaço” (SHELDRAKE, 1992). Mas, talvez seja, além e mais fundo do que apenas uma superfície; provavelmente estaremos diante de uma “espinha dorsal técnico-histórica”. Para entender melhor o problema, teríamos que remontar pelo menos a Pierre Fouchard (FOUCHARD, 1969 - *Translated from the second edition, 1746*). Atualmente, nós queremos de verdade nos libertar da enorme influência de sua obra na era moderna? Então, estudemos nossa história passada e transformemos nossa história futura!

Há obras recentes que, mais do que apresentarem uma historiografia deslumbrada, procuram devassar os “esqueletos no armário” da Odontologia ocidental (BARNETT, 2017; OTTO, 2017). É com base em obras

assim, ou tomando por empréstimo publicações importantes de outras áreas, tais como “*O capital no século XXI*” (PIKETTY, 2014), ou “*A economia desumana: porque mata a austeridade*” (STUCKLER; BASU, 2014), que poderemos fazer avançar nossa agenda para questões que nos (re) humanizam, para além da técnica “dento-centrada”, e nos colocam em perspectiva e ação transformadora no mundo. Podemos, por exemplo, entender, interpretar e tentar mudar o quadro de grave crise social, sanitária e bucal da população estadunidense média – um país de economia central -, e demais países de economias-satélite nas Américas.

Acúmulo teórico da saúde bucal coletiva brasileira

Para cartografar e estabelecer uma linha do tempo, cobrindo aproximadamente 60 anos (de meados dos anos 1950 até 2016), algumas obras centrais, que fazem a marcação histórica pretendida, serão sumarizadas.

No período que cobre aproximadamente as três primeiras décadas do corte cronológico anunciado acima, até alcançar aproximadamente os anos 1980, a produção teórica é escassa. A ênfase do período é mais metodológico-pragmática, no sentido de organizar serviços de atenção odontológica a escolares – sistema incremental –, com forte inspiração americana (período do *boom* assistencialista dos pós II Grande Guerra, sob os auspícios de iniciativas como a Aliança para o Progresso e algumas fundações como a Kellogg’s) (CHAVES; FRANKEL, 1952; FREIRE; LOURES, 1957; BRASIL, FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AO ESTUDANTE *et al.*, s/d). Os raros esforços teóricos da época se direcionam a novas “experimentações” de organização de serviços, sob a mesma lógica racionalizadora, mas com novas adjetivações como odontologia comunitária e odontologia integral (MENDES; MARCOS, 1985). Somava-se a isso os dois livros seminais de Odontologia Social e Preventiva que dominavam o ensino da “especialidade” no currículo de graduação de Odontologia (CHAVES, 1977; PINTO, 1989). E isso era tudo, ou seja, nossa base teórica se esgotava nessa singularidade, nesse nosso horizonte de eventos relevantes, nosso “buraco negro” por onde toda nossa energia de produção da Odontologia pública se dissipava em seu campo gravitacional estrito, dominado por dois autores referenciais. É preciso registrar que, por essa época, não existe a denominação e a pretensão teorizante da SBC.

O período seguinte, que atravessa a década de 1990, é mais desafiador quanto ao *status quo* então vigente. Nossas primeiras produções acadêmicas com pretensões à produção de um corte epistêmico começam a surgir.

Nessa arquitetura inicial, temos estudos que, com algum esforço nominativo e risco de derrapagem classificatória, poderiam ser chamados de “estruturalistas e neoinstitucionalistas”. Por aqui, começamos a reconstituir as origens e características da prática odontológica no Brasil, com suas principais tendências sendo exploradas para as próximas décadas. O trabalho de Narvai, que contou com duas distintas edições (NARVAI, 1994, 2002), situa o contexto epidemiológico e a magnitude dos interesses econômicos ligados à problemática de saúde bucal. As principais referências teóricas utilizadas são Giovani Berlinguer, Juan Díaz Bordenave, Hugh R. Leavell & Gurney Clark, Eugênio Vilaça Mendes, Everardo Duarte Nunes, Moacir Scliar, Mario Testa, Alfredo Reis Viegas e toda uma “literatura circular”².

Uma publicação, que busca outra vertente, representando nossa “abertura escandinava/tropicalista” em face da emergência da ABOPREV e dos pesquisadores brasileiros formados em países europeus setentrionais, dedica-se à promoção da saúde e prevenção das doenças bucais, também com duas edições (KRIGER, 2000, 2003). É uma coletânea de textos em que predominam abordagens distintas, ou funcionalistas ou de realismo crítico, diante da “contingência estrutural” da saúde bucal no Brasil. Esta é uma das primeiras obras coletivas da área, expressando um mosaico conceitual sobre caminhos possíveis e uma reflexão crítica sobre a necessidade de ruptura com o modelo flexneriano/giesiano, dominante na Odontologia. As principais referências utilizadas foram Benjamin S. Bloom, Paulo Freire, George Rosen, Jaime Breilh, Mario Bunge, Luc Boltanski, Georges Canguilhem, Avedis Donabedian, Jean-Pierre Dupuy, Friedrich Engels, Michel Foucault, Jürgen Habermas, Howard Waitzkin, Ivan Illich, Hilton Japiassú, Thomas Kuhn, François Laplantine, Juan Cesar García, Mario Testa, John Snow, Aubrey Sheiham, mais “literatura circular”.

Fechando esse primeiro ciclo dos anos 1990, uma obra seminal revolve nosso solo em busca de uma “fertilização temática”, novas sementes, novos frutos. Também uma obra coletiva, demarcada por abordagens sociológico-educacionais. Em “Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas” (BOTAZZO; FREITAS, 1998), sobressai o discurso odontológico devassado em suas entranhas históricas, submetido ao olhar das Ciências Sociais. Não emerge como uma simples atualização da disciplina de Odontologia Social e Preventiva, e dos livros respectivos publicados nas décadas anteriores (CHAVES, 1977; PINTO, 1989), mas sim uma

2 Ao longo desta seção, a expressão “literatura circular” será utilizada para referir autores clássicos do campo da Saúde Coletiva, para os quais se julga desnecessária a repetição, considerando que são citados com muita frequência. Por exemplo, Maria Cecília Donnangelo, Sérgio Arouca, Gastão Wagner de Souza Campos, Jairnilson Paim, Naomar de Almeida Filho, dentre outros.

“conversão” da Odontologia para a Saúde Bucal... E para a Saúde Coletiva, pois agora ela – a Odontologia – não é mais assunto privativo de sua corporação. Aqui, a literatura referencial é mais vasta e interdisciplinar (ou não disciplinar), tocando outras fronteiras epistêmicas: Neil Smelser, Eliot Freidson, Juan Cesar García, Talcott Parsons, Vicente Navarro, Howard Waitzkin, Marc Augé & Claudine Herzlich, Jean Marie Benoist, Giovanni Berlinguer, Luc Boltanski, Pierre Bourdieu, Fritjof Capra, Marilena Chauí, Jean Copans, Mary Douglas, Edward Evans-Pritchard, George M. Foster, Michel Foucault, Clifford Geertz, Carlo Ginzburg, Max Gluckman, Maurice Godelier, Ivan Illich, Mondher Kilani, François Laplantine, Claude Lévi-Strauss, Bronisław Malinowski, Marcel Mauss, Edgar Morin, Victor Turner, mais a “literatura circular”.

O próximo período fecha a década de 1990 e inaugura os anos 2000, com três obras importantes.

Já não era sem tempo para surgir uma obra que, com grande fôlego, investiga nossa “arqueologia formativa”. Inserindo-se no interregno dos estudos pós-estruturalistas e de história das sociedades/culturas, a obra de Botazzo (2000) trata da boca humana, dos órgãos bucais interligados à linguagem, ao prazer e à subsistência. Por aí, o consumo do mundo.... É a história da profissão odontológica em visão radicalmente transformadora. O livro, que já mereceu uma nova edição em espanhol, é fortemente calçada em Michel Foucault, mas há muitos outros autores dando suporte crítico ao trabalho teórico: Arminda Aberastury, Louis Althusser, Élisabeth Badinter, Marshall Berman, Pierre Bourdieu, Jaime Breilh, Jean A. Brilla-t-Savarin, Edward M. Burns, Georges Canguilhem, Noam Chomsky, Auguste Comte, Norbert Elias, Pierre Fouchard, Henry Fielding, Sigmund Freud, Heródoto, Michelle Perrot, Octavio Ianni, Leszek Kołakowski, Georges Lapassade, Richard E. Leakey, György Lukács, Marx & Engels, Marquês de Sade, mais a “literatura circular”.

Em uma outra filigrana, mais uma obra trabalha a “ideação corporativa” da Odontologia, na linha de estudos sobre história e imagética profissional do cirurgião-dentista. O trabalho de Emmerich (2000) faz o resgate do percurso histórico profissional, desde a Idade Média, analisando como consequência a estruturação das escolas de Odontologia no Brasil. Finaliza com a análise do “personagem cirurgião-dentista”, considerando a cultura do odontocentrismo e a manipulação do imaginário social pela corporação odontológica, primeiro com o trato dos dentes pela extração/prótese-broqueamento/restauração, e muito tardiamente com a estetização do sorriso. As referências giram em torno de Cornelius Castoriadis, Jurandir Freire Costa, Roberto DaMatta, Henry Giroux, Jacques Le Goff, Antônio Gramsci, Madel Luz, Roberto Machado e a “literatura circular”.

Um primeiro grande esforço para teorizar sobre nossa “epistemologia clínica”, em uma linha de estudos que mais tarde se tornariam frequentes no âmbito da SBC, é apresentado (FREITAS, 2001): estudos etiopatogênicos e epidemiológicos, com o olhar da crítica social e distanciamento da ciência estomatológica neutra. O livro critica a estruturação de uma profissão em torno do dente e da cárie dentária, localizando as contradições da tarefa humana de “classificação” do adoecimento, com foco nas sequelas e naturalização do doente/doença. Questiona por que, então, a cárie dentária ainda merece a atenção de epidemiologistas, sanitaristas, cariologistas...? A fundamentação teórica se dá com Giovanni Berlinguer, Jaime Breilh, Georges Canguilhem, Fritjof Capra, Jurandir Freire Costa, Roger Dajoz, Friedrich Engels, Michel Foucault, Juan Cesar García, Hugh R. Leavell & Gurney Clark, Thomas McKeown, Everardo D. Nunes, Samuel B. Pessoa, George Rosen, Moacir Scliar, Aubrey Sheiham, John Snow, Rudolf Virchow, mais a “literatura circular”.

A SBC brasileira entra promissora nos primeiros anos de 2000, com novas publicações que teorizam o ensino, a prática, a organização dos serviços em um país sob a nova Constituição e o projeto social do SUS, lançando mão da crítica dos próprios fundamentos teóricos em que a área vai se nutrindo.

A obra de Moysés *et al.* (2002) utiliza a boca (ou dimensões da bucalidade expressas em necessidades, desejos, sociabilidades, ambiências, políticas, demandas/ofertas de serviços) com pretexto para investigar a intersetorialidade possível, a “*Urbi et Orbi*” que pode usar a boca humana para falar do/com/para o mundo. Aqui, inaugura-se uma possibilidade para a saúde bucal se relacionar com o campo maior das políticas públicas saudáveis. Usando permanentemente a mediação da prática cotidiana nos serviços de saúde municipalizados, surgem temas como: o processo de trabalho e tecnologias do cuidado no nível local; planejamento, gestão, avaliação e a municipalização da saúde (bucal); vigilâncias em saúde; controle social; educação permanente. Referências principais utilizadas: Eugênio Vilaça Mendes, David Locker, Aubrey Sheiham, Mario Testa, Robin Bunton & Roger Burrows & Sarah Nettleton, Michael V. Hayes, Cesar G Victora, Ilona Kickbusch, Anthony Cohen, Penny Hawe, Friedrich Engels, George Rosen, Jaime Breilh, Mervyn Susser, John J. Rodger, Everardo D. Nunes, Barbara Starfield, Richard Wilkinson, Michael Marmot, Trevor Hancock, Geoffrey Rose, mais a “literatura circular”.

Nesse ínterim, começam a aparecer as novas obras coletivas que sistematizam a passagem da Odontologia Social e Preventiva para a “Odontologia” em Saúde Coletiva, ou melhor dizendo, a Saúde Bucal Coletiva. São obras destinadas ao uso, principalmente, nos cursos formais de

graduação e pós-graduação da área. Poderiam ser pensados como obras que ambicionam formalizar uma “ciência & técnica SBC”. Destaca-se, nessa vertente, o livro de Pereira *et al.* (2003), que reúne textos sobre ações e serviços da saúde bucal pública, com os “princípios” de SBC mais conteúdos preventivos, tentando cobrir da microbiologia, à vida e ao trabalho em sociedade. O livro mereceu uma segunda edição bastante ampliada, acompanhada de um CD (PEREIRA, 2009). São textos que congregam autores com “visões ideológicas” diferentes e isto se percebe também pelas teorias de fundo que são utilizadas. Autores principais citados: Georges Canguilhem, Auguste Comte, Émile Durkheim, Michel Foucault, Jean Piaget, Henri Poincaré, George Rosen, Hésio Cordeiro, Mario Testa, Marc Lalonde, Aubrey Sheiham, Richard Watt, David Locker, Harrison Mercer, Everardo D. Nunes, Abraham Kaplan & Harold Lasswell, Victor V. Valla & Eduardo Stotz, Lúcio Kowarick, Milton Santos, Luis Davi Castiel, mais “literatura circular”.

Esse ciclo não poderia se completar de forma mais rica e contrastante, a não ser com a obra de Pires Filho (2004). Aqui se manifesta com toda a força a “militância pedagógica e política” possível para a SBC, com veredas abertas inclusive na esfera da ação universitária sindical. O autor se volta para a produção de “ensaios” visando à renovação e transformação de fatos sociais. Explicita-se a (boa) contradição entre fidelidade e contestação quanto aos rumos da SBC (sobretudo em sua vertente institucionalista, estabelecida por meio da ocupação de espaços/cargos nas esferas de gestão do SUS); levanta-se o véu da racionalidade “científica” propondo um mergulho na vida, fazendo política, contribuindo para o exercício da rebeldia, da dúvida e da negação do instituído. O material autoral assenta-se sobre a base teórica oferecida por Giovanni Berlinguer, Gilson Carvalho, Sérgio F. Piola, Arlindo F. G. Souza, Zygmunt Bauman, Robert Castel, Pedro Demo, Vincent Gaujelac & Isabel Leonetti, Jacques Gèneux, José de Souza Martins, Serge Pagan, mais a “literatura circular”.

Três livros demarcam o meio da década de 2000.

Agora, a SBC já tem uma curta história teórica que permite o surgimento de uma “produção pós-graduada” (FERREIRA; RONCALLI; LIMA, 2004). A obra é uma reunião de trabalhos de variada natureza acadêmica. Do 1º capítulo, que trata historicamente do “homem e suas doenças”, ao último, que descreve o planejamento de ações de saúde (bucal), trata-se de retratar a produção do programa de pós-graduação em tela (UFRN), constituindo obra multifacetada, com variadas abordagens teórico-metodológicas. A literatura de suporte teórico é exemplificada pelos seguintes autores: Georges Bataille, Joel Birman, Elias Canetti, Georges Canguilhem, Michel Foucault, Sigmund Freud, José Gil, Edgar Morin,

Jean-Pierre Vernant, Edward M. Burns, Moacir Scliar, George Rosen, Werner Jaeger, Ruy Pérez Tamayo, Jaime Breilh, Jeanette Farrell, John Snow, Marc Lalonde, Thomas Kuhn, Solange L'abbate, Leonardo Boff, Jean-Yves Leloup, Edgard Morin, Serge Moscovici, Aubrey Sheiham, mais a "literatura circular".

Então, publica-se um livro derivado da aproximação e formação de um núcleo de pós-graduandos no IMS/UERJ-LAPPIS (Laboratório de Integralidade em Saúde) (GARCIA, 2005). Sendo uma coletânea que trata das possibilidades da integralidade em saúde (bucal), o livro pretende oferecer bases para reflexão sobre Atenção Primária, integralidade e "recursos humanos", com novas perspectivas apontadas para a Política Nacional de Saúde Bucal, recém-lançada sob o "codinome" de Brasil Sorridente, além de cobrir velhos temas contemporâneos ao fazer odontológico na esfera pública. As principais referências utilizadas são Ana Maria Canesqui, John W. Kingdon, Roseni Pinheiro & Ruben Mattos, Eugênio Vilaça Mendes, Moacir Scliar, Everardo D. Nunes, André-Pierre Contandriopoulos, Michael Marmot, Richard Wilkinson, Edgar Morin, mais a "literatura circular".

Fecha esse ciclo uma obra de talho diametralmente oposto ao trabalho teórico até aqui empreendido, pois se propõe nossa primeira sistematização inteiramente voltada à "matematização *hard*", do ponto de vista teórico e, sobretudo, metodológico (bioestatístico) (LUIZ; COSTA; NADANOVSKY, 2005). O livro é uma coletânea de textos que compõe o "núcleo duro" da produção científica brasileira que começa a ganhar volume e destaque internacional, por meio de "*papers*", com abordagens epidemiológicas quantitativistas. O livro, em seus capítulos, cobre desde a pesquisa clínica e laboratorial, passando, por SBC & epidemiologia, causalidade em saúde bucal e Odontologia baseada em evidências. Um enorme repertório de autores da estatística e da epidemiologia são utilizados, dentre os quais: Aubrey Sheiham, David Locker, Sander Greenland, Geoffrey Rose, Kenneth J. Rothman, Moyses Szklo, Leon Gordis, Hal Morgenstern, Brian MacMahon, Maurício Gomes Pereira, Douglas G. Altman, David L. Streiner & Geoffrey R. Norman, mais a "literatura circular" (própria da subárea).

Nosso próximo ciclo, com mais três obras, avança para a segunda metade dos anos 2000.

Ainda na esteira do livro epidemiológico anterior, é lançado o livro de Antunes & Peres (2006), focado na cobertura temática da epidemiologia da saúde bucal. Sendo coletânea de textos de distintos autores, cobrindo a produção epidemiológica da SBC brasileira, as suas principais seções tratam de agravos e condições bucais; temas emergentes; e tópicos especiais,

com destaque para: desigualdades/iniquidades, ciclo de vida, qualidade de vida e saúde bucal. O livro mostrou-se útil e necessário, pois alcançou bom volume de vendagem, merecendo uma segunda edição revista e ampliada (ANTUNES; PERES, 2013). Destacam-se os autores recorrentes, pois é muita extensa a lista de referências: Douglas G. Altman, Iain Chalmers, Kay Dickersin, Sander Greenland, Valéria Marinho, Richard Peto, Mark Petticrew, Ruth Bonita & R. Beaglehole & T. Kjellström, Aubrey Sheiham, David Locker, Geoffrey Rose, Kenneth J. Rothman, Moyses Szklo, Hal Morgenstern, Brian MacMahon, Maurício Gomes Pereira, David L. Streiner & Geoffrey R. Norman, mais a “literatura circular” (própria da subárea).

No caudal dos livros da SBC que exploram a subárea de política, planejamento e gestão, é lançada a obra de Dias *et al.* (2006). O livro é atravessado por contrastes autorais, apresentando inclusive capítulos que tratam da “prática das escolhas racionais (?)”. A interrogação não é gratuita, pois tais capítulos, no interior de um livro que parece apontar para outro “pulso”, geram uma estranha percepção de “sinestesia” emparelhada: manusear o livro físico (impresso), faz sobressaírem “gostos e aromas” contraditórios. O livro aspira a alcançar “... uma análise racional e objetiva, desprovida de qualquer preconceito, livre de dogmas e paradigmas pétreos”, tratando de consensos, dissensos, do que está sendo realizado e o que poderia ser realizado no âmbito da saúde bucal no SUS. Seu solo é a prática diária dos lócus municipais. Dentre os autores citados estão Hannah Arendt, Aristoteles, Pierre Bourdieu, Magali Sarfatti Larson, Humberto Maturana Romesin, Francisco J. Varela García, Werner Heisenberg, William Outhwaite, Ilya Prigogin & Isabelle Stengers, Richard Rorty, Boaventura de Sousa Santos, Immanuel Wallerstein, Fritjof Capra, Cecil G. Helman, Thomas Kuhn, Rolando Toro, Bernie S. Siegel, James M. Buchanan, Jon Elster, Paulo Buss, Marc Lalonde, mais a “literatura circular”.

A tríade do período se completa com o livro de Narvai & Frazão (2008), traçando uma “panorâmica política”, com ênfase nos movimentos mais recentes da SBC brasileira. Aqui a temática abordada é pontuada pela história das Políticas Nacionais de Saúde (Bucal): de Sarney a Lula. Além disso, transita do biológico ao social, analisando repercussões políticas e o conflito entre SBC e odontologia de mercado, passando pelo quadro epidemiológico, a evolução histórica das ações setoriais, e o Programa “Brasil Sorridente”. Não é um livro com grandes ambições teóricas, conforme assumidamente declarado pelos autores, mas utilizam Paulo Freire, Gilberto Freyre, Henry Klein & Carroll E. Palmer, Ernesto Salles Cunha, e rara “literatura circular”.

O ano de 2008 é marcado, ainda, por três publicações.

Uma coletânea (BOTAZZO; OLIVEIRA, 2008), adequadamente batizada pela prefaciadora Elisabethe Cristina F. de Souza de “pedagogia gorda”. Não creio que isto tenha sido pensado no sentido negativo, da obesidade mórbida, mas da fartura teórica e autoral presente na obra. É uma compilação dos trabalhos desenvolvidos no âmbito do Observatório de SBC (IS/SES/SP), com a proposta de busca de superação de alguns desafios: a clínica odontológica, por um lado, e por outro a aproximação com a sociedade organizada, a Odontologia como forma de “política” que se reproduz de forma acrítica no setor público, e o retrato-efeito da teia tecida nesse profícuo espaço de discussão em que se converteu o referido Observatório. As referências citadas vão de Michel Foucault... (claro), até Michel Serres, Marc Lalonde, Paulo Buss, Georges Canguilhem, Thomas Kuhn, Gustavo T. Cunha, Barbara Starfield, Avedis Donabedian, Manuel Castells, Paulo Freire, Pierre Lévy, Alvin Toffler, Sérgio A. Silveira, Silvio Sánchez Gamboa, Marilena Chauí, Vicente Navarro, Maria da Glória Gohn, mais a “literatura circular”.

O outro livro, de 2008, busca manter ao mesmo tempo a intimidade tranquila de uma “cena familiar”, perturbada por eventos inesperados da vida real (MOYSÉS; KRIGER; MOYSÉS, 2008). Assenta-se na tradição dos estudos de realismo/construtivismo crítico que abordam complexos aspectos das famílias, nesse caso, as várias faces da Estratégia de Saúde da Família, no SUS. Busca registrar um saber prático dialeticamente construindo nas unidades de saúde e nos centros de ensino e pesquisa, tratando de problemas sempre atuais: a plena atenção à saúde para pessoas de todas as idades, com centralidade na família; e a fusão “pensamento/ação, boca/subjetividade”. A base teórica é composta de autores como David Capistrano-Filho, Gilberto Freyre, Sérgio Buarque de Holanda, Aubrey Sheiham, Barbara Starfield, Hannu Vuori, Hannah Arendt, Luis de Camões, Anthony P. Cohen, Michel Foucault, Jürgen Habermas, James M. White & David M. Klein, Ronald Labonté, John Rawls, John J. Rodger, Edgar Morin, Urie Bronfenbrenner, John Bowlby, Elza Maria C. Mondin, Serge Moscovici, mais a “literatura circular”.

O terceiro livro de 2008, coordenado por Lopes (2008), é uma reunião caleidoscópica. Traz os desafios de ampliar o acesso e organizar serviços, implementar princípios da integralidade e garantir a participação da população, com acolhimento e prática de cuidado para promoção da saúde – mais a formação profissional e educação permanente. São citados, dentre outros, Marshall Berman, Georges Canguilhem, Michel Foucault, Marc Lalonde, José de Souza Martins, Ruben Mattos, Everardo D. Nunes, Roseni Pinheiro, Juan Samaja, Jürgen Habermas, Pedro Demo, Gaudêncio Frigotto, Demerval Saviani, mais a “literatura circular”.

A década de 2000 se fecha com outra trinca.

O livro de Andrade (2009), produto de sua dissertação de mestrado, envereda pela “genealogia de poder” que perpassa a SBC e, especialmente, sua tradução em política setorial e prática institucional. Ainda em uma linha filosófica que pode ser chamada da “pós-estruturalista”, enfrenta temas de difícil problematização: a análise dos processos de gênese e consolidação da PNSB (Brasil Sorridente), os acordos e conflitos entre agentes públicos (e, privados, por que não?), as dimensões relacionais de poder entre atores individuais e atores coletivos. Da extensa lista referencial, destacam-se Hannah Arendt, Peter Bachrach & Morton Baratz, Frei Betto, Thomas B. Bottomore, Raymond Boudon & François Bourricault, Vamireh Chacon & Peter Hamilton, Marilena Chauí, Robert A. Dahl, Eli Diniz, Maria Izabel V. Valho, René Dreifus, David Easton, Michel Foucault, Silvio Gallo, Sérgio Buarque de Holanda, Octavio Ianni, Celso Lafer, Steven Lukes, John S. Mill, Vladimir Safatle, Boaventura Souza Santos, Jessé Souza, Max Weber, mais a “literatura circular”.

Paralelamente, lança-se o livro de Rodrigues & Assis (2009), traçando de modo singelo uma “morfologia institucional” da SBC. É um estudo de base local/comunitária, em que se destaca o avanço na “oferta” de serviços prestados e aumento dos procedimentos odontológicos na comunidade, mas revela o abismo que ainda separa a necessidade manifesta pela população na forma de “demanda”, e os aspectos de educação popular a respeito de saúde bucal. O livro não tem pretensões de ensaio teórico, embora cite Harry Braverman, Georges Canguilhem, Karl Marx, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, mais alguma “literatura circular”.

Nossa “imersão nas práticas cotidianas” é completada com um livro de 2010, de Santos & Assis (2010), em que se busca, conforme o próprio autor, um estudo de “elos perdidos...”. Mostra-se o descompasso no processo de trabalho das equipes de saúde bucal no sistema público, com a análise de elementos desvalorizados: acolhimento, vínculo, autonomia e relações interpessoais; fecha com a exortação para que se trabalhe o rompimento da fragmentação, e se busque a integralidade. Cita os autores Rubem Alves, Hannah Arendt, Gregorio F. Barenblitt, Pedro Demo, Paulo Freire, Eduardo Galeano, Ruben Mattos, Roseni Pinheiro, Madel Luz, Edgar Morin, Michel Thiollent, Augusto N. S. Triviños, mais a “literatura circular”.

Na primeira metade da década de 2010, também três livros serão destacados.

O livro de Souza (2011) trata de uma outra maneira de produzir saúde. É um estudo sobre subjetividades e narrativas (auto) etnográficas, elegendo as patografias - relato vivo do pesquisador, intercalado por falas dos indivíduos entrevistados, que propõe a compreensão do doente e sua

vida para além dos aspectos clínicos. Ganham relevo as narrativas do sujeito com câncer de boca, suas representações e produção de significados, a “doença e vida se acertando no indefinido balé dos percursos da existência cotidiana”. Aqui, fica patente a limitação da Odontologia quando se trata de doenças/doentes negligenciados. Utiliza-se rica literatura: Luis Eduardo P. Aragon, Henri Atlan, Georges Bataille, Joel Birman, Luc Boltanski, Elias Canetti, Georges Canguilhem, Luis David Castiel, Cornelius Castoriadis, Philippe Corcuff, Roger Dadoun, Gilles Deleuze, Michel Serres, Norbert Elias, Michel Foucault, Sigmund Freud, Gabriel Garcia Márquez, Peter Gay, José Gil, Delia Goldfarb, Felix Guattari, Edgar Morin, Leo Pessini, Wilhelm Reich, Oliver Sacks, Juan Samaja, Denise Sant’Anna, Susan Sontag, e “literatura circular”.

Em 2012, o resgate a aprofundamento teórico-metodológico da “inteligência planificadora” presente na SBC vem à tona, com a publicação de “Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal” (GOES; MOYSÉS, 2012). Os vários capítulos sobre planejamento estratégico, programação, gestão, avaliação oferecem ao leitor uma “caixa de ferramentas” para pensar/fazer melhor a saúde bucal na esfera pública, onde ela seja contextualizada e útil. Dentre muitos autores referenciais, destacam-se: Soraya V. Cortês, Celina Souza, René Lourau, Carlos Aurélio P. Faria, Gilberto Hochman, Marta Arretche & Eduardo Marques, Joseph Stiglitz, John Williamson, Hironobu Sano, Sérgio F. Piola & Solon M. Vianna, Klaus Frey, Leonardo Avritzer, István Mészáros, Pierre Bourdieu, Francisco J. Uribe Rivera, Mario Testa, Carlos Matus, Karl Marx, Jürgen Habermas, Henry Mintzberg, Max Weber, Robert Merton, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, Sábado N. Girardi, e a “literatura circular”.

Completa a trinca, um livro longamente elaborado, enfeixando a produção intelectual de aproximadamente 25 anos do autor (BOTAZZO, 2013). São textos sobre a enunciação da área SBC, situando a boca como uma “víscera” atravessada pela Vida. Em tempos de “... múltiplas contestações, ainda que tardias – em nosso meio, tudo parece ser tardio – esta obra é contribuição inconteste ao contraprodutivismo acadêmico (...)”, pois “a quantificação do saber pode levar à paz de sepulcro” – então, eis aqui um Livro, para recuperar/superar a “*doxa*” da SBC. São personagens referenciais, Louis Althusser, Giovanni Berlinguer, Marshal Berman, Luc Boltansky, Pierre Bourdieu, Contardo Calligaris, Ítalo Calvino, Georges Canguilhem, Cornelius Castoriadis, August Comte, Émile Durkheim, Umberto Eco, Norbert Elias, Karl Marx, Friedrich Engels, Slavoj Žižek, Michel Foucault, Jürgen Habermas, Edgar Morin, Eric Hobsbawm, Octavio Ianni, Thomas Kuhn, Georges Lapassade, Richard Leakey, Jean Pia-

get, Henri Poincaré, Claude Lévi-Strauss, Susan Sontag, Juan Samaja, Sérgio Arouca, Moacir Scliar, Everardo D. Nunes, mais a “literatura circular”.

E chegamos no ciclo final, por ora – cobrindo esta linha do tempo específica. Três livros que são publicados entre 2013 e 2016.

O primeiro deles, que bem se portaria se fosse considerado com integrante da escola de “Estudos Culturais”, fala de nossa modernidade líquida na Odontologia, fazendo a ponte crítica da SBC (EMMERICH; CASTIEL, 2013). Veremos assuntos “da moda” sendo tratados de modo ironicamente cáustico, incluindo a prática odontológica hegemônica e o capitalismo de mercado, consumista, que a sobredetermina; o crescente interesse por produtos estéticos relacionados à vaidade humana. Os autores trabalham dialogicamente com citações e experiências de fronteiras epistemológicas distintas: arte, literatura, estética, ética, filosofia, tecnologia. Aqui aparecem Giorgio Agamben, Arnaldo Antunes, Hanna Arendt, Jean Baudrillard, Zygmunt Bauman, Peter L. Berger & Thomas Luckmann, Pierre Bourdieu, Michel Callon, Albert Camus, Michael Denning, Philip K. Dick, Norbert Elias, Michel Foucault, Anthony Giddens, Jürgen Habermas, Stuart Hall, Bruno Latour, Gilles Lipovetsky, Karl Polanyi, José Saramago, Michel Serres, mais a “literatura circular”.

Na sequência temporal, mais um livro de Pires Filho (2014), que persegue a “expressão nos silêncios e nas falas da SBC”. É também uma reunião de textos sociopolíticos, poéticos e musicais que falam por si mesmos, se autocompletam. O livro revela “compromisso com a educação e a saúde, concebidas como bens de direito e como instrumentos indispensáveis a construção de uma sociedade de liberdade, realmente democrática, igualitária e capaz de propiciar as condições para a conquista coletiva da cidadania plena e dos espaços e condições para o bem viver de todos... Com saúde bucal”. São utilizados Chico Buarque, Paulo Freire, Ademar Bogo, Caetano Veloso, Dante Ramon Ledesma, Lulu Santos, Taiguara, Zé Pinto, Paulinho da Viola/Elis Regina, Juan Díaz Bordenave, Álvaro de Campos, Ataulfo Alves, Dead Fish, Bertold Brecht, Vinicius de Moraes, Fernando Sabino, Mario Quintana e “literatura circular”.

E fecha (provisoriamente) essa linha do tempo a obra de Chaves *et al.* (2016), que discute nossa “arena do *politics* (relações de poder) e da *policy* (conteúdo concreto das políticas)”. É uma composição de capítulos que tratam de múltiplos aspectos da Política Nacional de Saúde Bucal, com a “afirmação da importância do lugar da saúde bucal no SUS... Lugar de reafirmar o próprio SUS como parte de um projeto democrático de país, ainda que haja projetos conservadores em curso”. Autores destacados: Hannah Arendt, Norberto Bobbio, Nicola Matteucci & Gianfranco Pasquino, Pierre Bourdieu, Michael Burawoy, François Chazel, Frank Fisher,

Gerald Miller & Mara Sidney, Anthony Giddens, Karl Marx, Friedrich Engels, Antonio Gramsci, Jürgen Habermas, Max Weber, Patrice Pinell, Platão, John Kingdon, Gill Walt, Paul Sabatier, Celina Souza, Mario Testa, Carlos Matus, Luiz G. Belluzzo, Jaime A. de Araújo Oliveria, Paul Singer, Carlos N. Coutinho e a “literatura circular”.

Considerações finais

Então, o que é uma agenda de pesquisa?

Apesar da frequência com que o termo “agenda de pesquisa” é usado, parece não haver uma definição formalizada de uso universal. Muitas entidades diferentes e/ou indivíduos podem ter uma agenda de pesquisa. A “agenda” aqui trabalhada é entendida como um roteiro ou quadro que orienta a ação da SBC, no leito do rio maior que é a Saúde Coletiva brasileira, para ajudar a fazer frente ao momento perverso que dilacerou o tecido social do país. Uma agenda de pesquisa que pode ter conexões globais, com outros pesquisadores e outros povos, nas similaridades de desafios que atravessam contemporaneamente. Mas, é sobretudo uma agenda específica para o contexto brasileiro. Idealmente, a agenda seria proposta de forma mais categórica e normativa, para trabalhar lacunas no conhecimento, orientando a direção e o desenvolvimento de novos projetos e problemas de pesquisa. Contudo, as urgências da crise brasileira, que na verdade se replica como “crise dentro das crises”, impõem uma agenda contextualizada para o momento. Uma agenda clara de pesquisa que atende a dois objetivos importantes. Primeiro, ajudar a comunicar aos pares da SBC e ao público maior nossa sintonia e compromisso social com o resgate da vida democrática brasileira, em um horizonte mais inclusivo e equitativo. Em segundo lugar, para orientar a tomada de decisão sobre assuntos que não podem mais permanecer como “esqueletos no armário”, sem tratamento público devido e busca de solução. Em última análise, uma agenda de pesquisa que nos entusiasme coletivamente e individualmente a recuperar nosso sentido de pertencimento ao Brasil mais justo, mais saudável. Não é, obviamente, uma agenda estática, pois os processos de elaboração/condução/implementação são inerentemente reflexivos e contínuos. Sua realização mais efetiva exige concentração, resiliência, esforço coletivo, foco nos objetivos prioritários e disseminação – com ou sem índice H, Qualis e fator de impacto. Gerar novas pesquisas e, em seguida, divulgá-la através da escrita para publicação em variados canais e redes de democratização do conhecimento. E fazer uso estratégico desse conhecimento relevante para transformar a sociedade, contribuindo si-

multaneamente para o avanço da literatura científica da área e para um país com menor carga de doença, morte precoce, miséria e sofrimentos evitáveis. Um povo-nação onde floresça uma SBC necessária, relevante e “revelante”, socialmente orientada.

Redes colaborativas de pesquisa em Saúde¹

Carlos Botazzo

“Pede-se a batalha, mas não a guerra. Borda-se a mortalha e a vida berra. Pausa de recolher âncoras, redesenhar paisagens.... nem tudo foi tragado na voragem. Reajuntar cacos, realinhar os barcos e partir. Novas velas, novos ventos, desta vez hei de sorrir”. (Sônia Anja e Josino Medina, CD Sumidouro, 2014)

Este texto é resultante da apresentação com o mesmo título feita durante a VI Reunião de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva, realizada em Recife, de 5 a 10 de dezembro de 2017. Nele, busco refletir alguns conceitos que se acham atrelados à discussão em torno do objeto redes. Ao tempo que assinalo abordagens teóricas relevantes na literatura, busco apontar problemas práticos que usualmente emergem quando trabalhamos em rede.

Provavelmente, nos tempos atuais, seremos mais exigidos para o trabalho compartilhado do quem em épocas anteriores. Isto não significa, no entanto, que apenas as sociedades contemporâneas passaram a trabalhar em rede. Sem dúvida, e mesmo não tendo a formatação atual, o trabalho partilhado, na forma da sua divisão, caracteriza-se por se dar como vinculação de atores ligados a um mesmo trabalho ou ação. Este fenômeno é claramente perceptível nos momentos que exigiram da sociedade maior capacidade de articulação para fazer frente a ameaças concretas. Assim foi com os exércitos e as guerras antigas, com a divisão crescente do trabalho tecnológico, de tipo agrícola ou artesanal, e mesmo na incipiente produção do

¹ Texto elaborado com base em apresentação na VI Reunião de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva, realizada em dezembro de 2017 na cidade do Recife, Brasil.

conhecimento em rede na antiguidade, quer nas escolas filosóficas, lideradas por sábios cujo renome ainda nos alcança, quer nas grandes escolas do extenso mundo árabe, após o colapso dos centros greco-romanos, quanto tardiamente na Europa. Neste último caso, *O nome da rosa*, de Umberto Eco (1973), funciona com exemplar eloquência.

É assim que o conceito de rede, mesmo cingido por “uma imprecisão semântica difícil de ser superada” (JUNQUEIRA, 2016), faz emergir um dos seus traços de distinção: o de ser estrutura com atributos do social. Por isto as redes sociais, antes de mais nada, permitem seu uso nos mais diversos campos do conhecimento humano e mesmo a compreensão dos mecanismos de relacionamento social, ao tempo que podem ser interpretadas como “sistemas, estruturas ou desenhos organizacionais que possuem grande quantidade de elementos dispersos espacialmente e que mantêm relações entre si”. (*idem, ibidem*)

Mais adiante, veremos que o conceito de redes se estende além da sociedade, manifestando sua presença amplamente na vida biológica em geral, mas o que aqui importa discutir é exatamente o aspecto com que mais facilmente nos acostumamos a pensar este *constructo*, ou seja, exatamente sua dimensão de coisa socialmente construída.

Naturalmente, se aceitamos a larga definição de rede que aqui estamos propondo, não seria difícil perceber, mesmo com a imprecisão já assinalada, a também larga extensão em que redes podem ser apreendidas. Podemos vê-las seja nos laços e ligações entre atores sociais, nos dispositivos que garantem coesão e solidariedade, tanto quanto nas “estruturas ou coletividades, por exemplo, associações de bairro, departamentos de uma empresa ou mesmo países”. Em todas essas possibilidades, ligadas ao que se denomina *estrutura básica da sociedade*, que enfim vêm a ser o conjunto das suas instituições, encontraremos o *ator social*: ele está presente na associação do bairro, no partido político, no sindicato, no judiciário ou na empresa. Ele é, como afirma Junqueira,

[...] uma unidade discreta que representa uma pessoa ou um conjunto agrupado em uma unidade social [...], que possua atributos específicos e identificáveis. Os atores constituem os “nós” das redes sociais. Assim, uma rede pode ser definida como um conjunto de nós conectados, com ligações que podem ser simétricas ou assimétricas. (*idem*, p.8).

Um aspecto específico na estruturação das redes é sua dimensão grupal. De fato, redes vêm a se configurar como uma modalidade particular de grupo e, deste modo, respondem às diferentes dinâmicas que ca-

racterizam grupos e sua funcionalidade. Grupos podem ser configurados como sociais ou de tipo *psicológico*; neste último caso, entende-se que são formados espontaneamente, por encontro voluntário e ligação identitária de seus membros com base num propósito comum; e seriam *sociais* todos os demais grupos com os quais a sociedade opera: fábrica, escola, unidades militares etc. Esta diferenciação, proposta por Kurt Lewin nos anos 1940, quando era pesquisador no MIT, é apresentada por Gérald B. Mailhot nos seguintes termos:

O sócio-grupo seria o grupo de tarefa, isto é, o grupo estruturado e orientado em função de sua execução ou do cumprimento de uma tarefa. O psico-grupo, ao contrário, seria definido como um grupo de formação, no sentido amplo do termo, ou seja, um grupo estruturado, orientado e polarizado em função dos próprios membros que constituem o grupo (MAILHOT, 1981. p. 23).

Naturalmente, qualquer que seja o tipo de grupo, seu funcionamento só se dará, na condição da operatividade grupal, no caso e quando houver ligações entre seus membros. Claro está que os sujeitos só poderão se sentir verdadeiramente implicados no psico-grupo, enquanto que o sócio grupo, por ser um grupo estruturado com base na execução de uma tarefa concebida e proposta do exterior, mediante um contrato ou uma conscrição – se não fosse assim seria um psico-grupo –, poderá significar número menor de ligações entre seus membros, ao tempo que estes poderão criar barreiras à exposição não desejada de aspectos íntimos de sua personalidade. Esta é ocorrência bem definida nos grupos que operam em instituições tipo fábrica, escolas ou serviços, lugares onde, mesmo permanecendo ajuntados por tempo considerável, nem sempre os membros percebem-se uns aos outros, não sendo raro haver surpresa quando da emergência de algum comportamento inesperado (embora previsível).

Para efeito da presente discussão, tomaremos o psico-grupo como aquele que mais bem poderá significar a estrutura da rede. Na maior parte dos casos, redes são “lugares” onde os indivíduos vêm se localizar como manifestação da vontade, ou seja, por terem desejado participar e por terem cumprido os requisitos para ingresso. Como qualquer grupo, rede igualmente é um lugar onde o indivíduo se mantém, que aparece para ele como um instrumento, e o lugar do qual o indivíduo faz parte, mesmo no caso daqueles “que se sentem ignorados, isolados ou rejeitados”; e, finalmente, a rede enquanto grupo é para seus membros “um dos elementos ou um dos determinantes do seu espaço vital”, uma parte do “universo social que lhe é livremente acessível”. (MAILHOT, p. 55) Usualmente, grupos

não apresentam número excessivo de membros. Ao contrário, tem número limitado ou finito, o que facilita o estabelecimento de laços os quais, por sua vez, irão facilitar ou propiciar o processo de identidade e pertença, ou o processo grupal propriamente.

Devemos distinguir, para efeitos práticos e futuras considerações teóricas, que nem sempre redes mantém coalescência com grupos. Se adotamos as definições acima da teoria de grupos, não é difícil compreender que muitas das redes contemporâneas assemelham-se a ajuntamentos virtuais organizados com base em plataformas eletrônicas. Um ajuntamento, por exemplo, a multidão num estádio, não pode ser considerada nem grupo nem coletivo. Do mesmo modo, grandes redes virtuais, hoje suportadas por ferramentas como o facebook, têm existência no cyber espaço, mas não constituem práticas grupais nem permitem a interação proporcionada por pequenos grupos operativos. Sem dúvida, o grande obstáculo é que grandes redes não permitem formação de vínculos ou laços nem outra espécie de ligação que possa atingir duração, intensidade ou relevância. No mais das vezes, “entra-se” em tais espaços para dar uma “espiada” e saber as novidades, mas não são “lugares” de interação.

As redes sociais, entretanto, na sua condição de grupalidade, podem apresentar grande multiplicidade de situações de conectividade interpessoal, de acordo com a relevância de que podem ser dotadas, na forma de ligações ou laços. São modalidades de interação, “que nesse movimento dialético evolui para uma representação mental e conseqüentemente à mútua transformação do sujeito-objeto”, ou seja, a formação do vínculo (ligação, laço) como expressão das trocas intersubjetivas (SCARCELLI, 2017, p. 102). Discutindo a posição de Pichon-Rivière, esta autora acrescenta que

o vínculo se configura em estrutura dinâmica em contínuo movimento, acionada por motivações psicológicas, resultando daí uma determinada conduta, que tende a ser repetir tanto na relação interna [referida ao sujeito] quanto na relação externa com o objeto” [ou outro sujeito] (*idem*, p. 109).

É assim deste modo que uma rede social, como se fosse um tecido, dispõe-se como sendo uma malha de relacionamentos, cujos vínculos possuem densidades diversas. Junqueira (2016) apresenta os seguintes: vínculos ou laços fortes ou fracos, vínculos interpessoais fortes, coesão comunitária e ação coletiva, destacando que

ínculos interpessoais fortes, como parentesco e amizade íntima, são menos importantes do que os vínculos fracos, como conheci-

mentos e afiliação a associações secundárias, para sustentar a coesão comunitária e a ação coletiva. Os vínculos fracos têm maior probabilidade de unir membros em pequenos grupos diferentes do que os vínculos fortes (*idem*, p.9).

Dito de outro modo, redes fazem parte das estruturas da sociedade, estas que garantem a coesão social por meio de específicas formas de associação e sociabilidade. E, ao serem dispositivos não apenas para a coesão, mas igualmente para a ação coletiva, expressam as condições objetivas e subjetivas nas quais homens e mulheres (crianças, adolescentes, idosos...), vivem, trabalham, produzem sua existência material e imaterial. Redes, tanto quanto grupos, constituem “uma alternativa de desenvolvimento social quando cada um dos atores envolvidos produz mudanças nas condições materiais de existência e na construção subjetiva da realidade”. Por isso,

A rede não é um objetivo em si mesmo, mas parte de uma metodologia para a ação que permita manter, ampliar ou criar alternativas desejáveis para os membros de uma organização social (JUNQUEIRA, 2016, p.10).

Finalmente, é preciso considerar relações de poder e hierarquia. Na concisa e brilhante introdução que faz ao *Microfísica do poder*, Roberto Machado nos brinda com comentários precisos acerca da teoria do método utilizado por Foucault nas suas investigações, que precisamos citar extensamente:

O interessante da análise é justamente que os poderes não estão localizados em nenhum ponto específico da estrutura social. Funcionam como uma rede de dispositivos ou mecanismos a que nada ou ninguém, escapa, a que não existe exterior possível, limites ou fronteiras. Daí a importante e polêmica ideia de que o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. Não existe de um lado os que têm o poder e, de outro, aqueles que se encontram dele alijados. Rigorosamente falando, o poder não existe; existem, sim, práticas ou relações de poder. O que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona. E que funciona como uma maquinaria, como uma máquina social que não está situada num lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social. Não é um objeto, uma coisa, mas uma relação. E esse caráter relacional do poder implica que as próprias lutas contra seu exercício não possam ser feitas de fora, de outro lugar, do exterior, pois nada está isento de poder. Qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede do poder, teia que se alas-

tra por toda a sociedade e a que ninguém pode escapar: ele está sempre presente e se exerce como uma multiplicidade de relações de força (MACHADO, 1993, p. 14).

Do mesmo modo, pela sua própria estrutura e definição, na rede o poder não está concentrado nem pode ser exercido ao modo de uma hierarquia. Na rede o poder circula, na exata medida em que seus membros também circulam, como circulam em geral as ideias que são produzidas grupalmente. Assim, sujeitos e ideias, posições, posturas e posicionamentos políticos acabam por ser submetidos ao escrutínio coletivo, pelo simples fato de que nessa rede não só os indivíduos circulam, mas estão sempre na contingência de serem submetidos a esse poder e também de o exercer.

Ao concluir este tópico, precisamos considerar a relação entre redes e atividade econômica. Sem dúvida, redes tem a ver com comunicação, o que significa transmissão de informações, conhecimentos etc. Nelas estão implicadas tecnologias avançadas as quais, por sua vez, dizem respeito à produção de dispositivos adaptados a este fim, de satélites a antenas e torres de transmissão, passando pelo cabeamento de rodovias e rotas marítimas aos dispositivos portáteis multi-função, incluindo fala e escuta, produzidos e comercializados aos bilhões de unidades em todo o planeta (eram conhecidos antigamente como telefone). A transmissão de dados, imagens, e toda uma gama estendida de informações – incluindo transferências de capital – é atividade econômica que hoje alcança patamares assustadores em termos de recursos financeiros. Há literatura bastante significativa tratando deste tema, mas para os propósitos destas notas é suficiente apontar algumas questões.

Analisando as relações entre redes e economia globalizada, Minhoto e Martins (2017) consideram que o contexto contemporâneo, diretamente articulado à reestruturação das plataformas produtivas depois dos anos 1980, devem ser compreendidos como contextos de desregulação em meio a crises. Para eles,

É precisamente nesse contexto que as empresas tendem a lançar mão da estrutura de rede, como parte de um conjunto de estratégias destinadas a minimizar custos e capital imobilizado, adquirir competências tecnológicas de vanguarda e compartilhar recursos e informações (p. 83).

Tal reestruturação veio a afetar, tal como hoje tornou-se conhecido, não apenas “a economia”, mas implicou mudanças profundas no plano da organização política nacional e internacional, nas relações de poder e extensamente no nível da sociabilidade e na produção da subjetividade,

posto ter igualmente implicado em extensas mudanças na cultura. Verificou-se o aumento na exploração da força de trabalho, com o consequente aumento na apropriação e acumulação de riqueza, fato que afetou a massa trabalhadora e alterou a relação entre classes e estratos de classes internamente aos países e destes na relação entre países pobres e ricos, relação norte-sul etc. Mesmo a pobreza aumentou, tendo igualmente aumentado o adoecimento e a vulnerabilidade de populações como consequência das guerras de rapina (STUCKLER, 2016; STUCKLER *et al.*, 2011; BARR *et al.*, 2012; KARANIKOLOS *et al.*, 2013). São eventos trágicos esses que nos afetam – na escala mundial, mas que também hoje os brasileiros somos afetados –, mas que tem por efeito nos colocar face a face com o fracasso da principal peça de propaganda neoliberal: a promessa de mais liberdade e de mais igualdade para todos, como particular expressão do que apropriadamente se denomina “neoliberalismo moral”. (DE VITA, 2000, 43-88)²

Sobre estas novas realidades *em rede* Minhoto e Martins (2017), citando Castells, dão o destaque:

[...] parece provável que nesse fim de século [século XX] as redes globais de empresas, articuladas e coordenadas em torno das multinacionais, constituam o coração da economia mundial, o núcleo essencial de acumulação de capital, orientação da produção, controle dos mercados, absorção de informação e geração de inovação [...]

e o autor citado complementa:

[...] flexibilidade proporcionada pelas tecnologias da informação, conecta tudo o que vale e desconecta tudo aquilo que não vale

2 Este autor desenvolveu instigante investigação ético-filosófica, propondo-se examinar o seguinte problema: haveria superioridade moral nas propostas políticas neoliberais? Pois, se houver, deixaria de fazer sentido opor-se a elas ou criticá-las, como vem sendo feito desde a década de 1970 e antes. Ele põe especificamente em causa o princípio kantiano: “devemos agir de forma a tratar a humanidade, em nós mesmos e nos outros, não somente como um meio, mas sempre também como um fim em si mesmo”. Ora bem, certos autores neoliberais (que De Vita denomina *libertarianos*), insistem que os direitos instaurados pela política social, intervenção do Estado na economia etc., violam a humanidade das pessoas e tolhem a liberdade de que deveriam gozar. O problema, aponta De Vita, é que tais autores incluem como *constituente da humanidade dos outros a posse de recursos externos ao sujeito* – terra e capitais, por exemplo. “A preocupação com o caráter único da vida de cada indivíduo certamente não é a preocupação mais proeminente da ética utilitarista. (...) Beira o inacreditável”, conclui De Vita, “sustentar que qualquer redistribuição de recursos materiais, mesmo quando isso é indispensável para que todos tenham oportunidades para desenvolver suas próprias capacidades racionais, possa contar como uma violação do preceito de Kant”. Cf. De Vita, p. 49 e 52-3. Sem dúvida, posso dizer tranquilo, minha conta bancária não faz parte da minha humanidade.

ou se desvaloriza: pessoas, empresas, territórios, organizações” (CASTELLS, 1998, p. 3-4, *apud* MINHOTO; MARTINS, p. 84)

Destas redes imperiais nem sequer escapa a força produtiva, pois, além das redes de montagem (cadeias de montagem, peças, fornecedores, franquias) e das cadeias integradas de competição, observam-se novas relações de *parceria* entre o capital e o trabalho na forma de “redes de locação, subemprego e contratação”, bem conhecidas como terceirização ou precarização da força de trabalho (MINHOTO; MARTINS, P. 83).

Ou seja, redes de locação de força de trabalho! Naturalmente, estamos diante da incontrastável marca da supressão de direitos em escala global, do comprometimento do Estado de Bem-Estar e do desmonte da rede de proteção social que o caracteriza. Se havia alguma expectativa de que as coisas não iriam funcionar assim, parece ter havido equívoco nisto. De fato, as novas tecnologias em telemática e robotização, implicadas como constituintes das redes e elas próprias partícipes de novos arranjos econômicos, não vieram a significar nem incremento da democracia nem do grau de liberdade de escolha. Ao contrário,

Para as grandes corporações, as novas tecnologias implicam uma pirâmide mais alta, com o poder central estendendo dedos mais compridos para os lugares mais distantes, graças ao poder da conectividade de transmitir ordens e de capturar recursos mais longe. Implicam também uma forte presença planetária de poder repressivo visando o controle da propriedade intelectual crescentemente apropriada pelas empresas transnacionais. (DOWBOR, 2016, p.14)

e ainda:

Dedos mais longos das mesmas corporações não descentralizam nada, apenas significam que a mesma mão tem alcance maior, que a manipulação ocorre em maior escala. (*idem*, p. 15).

Com isto encerramos estas breves considerações sobre redes, em geral, e quando elas são apreendidas na sua relação com a economia

Redes colaborativas de pesquisa

É fato que nos termos contemporâneos o conhecimento tornou-se parte relevante do processo produtivo e vem incorporado, como valor agregado, a todos os produtos que entram em circulação. Tomando Gorz

como referência, Dowbor estima, abstratamente, que apenas 25% do valor dispendido corresponderia ao pagamento do produto, enquanto os 75% restantes diriam respeito a pesquisa, design, marketing e publicidade, serviços contábeis, advogados etc. São os imateriais, hoje presentificados e extensamente massificados em todas as cadeias produtivas. (DOWBOR, *idem*, p. 17).

Ideias já foram vistos como meios produtivos (VIEIRA PINTO, 1985, p.85-6)³, cabendo hoje a mesma questão: o conhecimento como um dispositivo para a produção. Todavia o conhecimento pode ser recolocado na cadeia produtiva de modo diverso, pois enquanto os demais meios produtivos podem ser expropriados ou são classificados no rol dos bens privados, pela sua própria natureza o conhecimento – todos os saberes em conjunto – não cede a esta definição. Se o produto físico intercambiado no processo de troca deixa de pertencer ao seu produtor, tornando-se propriedade de outro, o conhecimento ao contrário, quando compartilhado com uma ou mais pessoas, embora transmitido, *não desgruda do corpo daquele que o produziu*. Produtos físicos ou mercadorias, classicamente falando, podem ser alienados, o conhecimento não. A este respeito, tem enorme significado a observação de Dowbor:

O conhecimento faz parte do que chamamos, em economia, de bens “não rivais”. Em termos gerais, portanto, *a sociedade do conhecimento acomoda-se mal na apropriação privada*: envolve um produto que, quando socializado, se multiplica. (...) o conhecimento, uma vez desenvolvido, é indefinidamente reproduzível, e, portanto, só se transforma em valor monetário quando alguém se apropria dele, impedindo que outros possam ter acesso sem pagar um pedágio (“direitos”). Para os que tentam controlar o acesso ao conhecimento, *este só adquire valor de venda ao se criar artificialmente a escassez por meio de leis e repressão* (...) (*idem*, p. 18; *grifos nossos*).

Dito de outro modo, o conhecimento, bem como os produtos culturais em geral, encaixa-se perfeitamente naquilo que Michel Hardt e Toni Negri denominam de “centralidade do comum” (HARDT; NEGRI, 2016, p. 128) ou ainda aquilo que outra vez Dowbor explicita: “A geração de ideias é um processo colaborativo” (*idem*, p. 23). Então, é possível avançar da economia da competição para a economia da colaboração e, assim

3 “As ideias na origem são meios de produção, mas se destinam, como todos os demais, a ser consumidas, isto é, aplicadas a finalidades úteis que, genericamente, consistem em aumentar a capacidade de transformação da realidade pelo homem, em seu benefício. É assim como aparece a outra face da essência das ideias: a de serem, igualmente, bens de consumo”. (*idem*, *ibidem*)

fazendo, contornar as teorias que profetizam a atomização da sociedade, a precedência do indivíduo e a inexorável alienação das populações.

Redes colaborativas de pesquisa dialogam extensamente com os enfoques dinâmicos aqui apresentados. Redes colaborativas reúnem pesquisadores em diferentes territórios, em geral articulados em uma plataforma virtual e, todavia, nem sempre por eles mesmos pensada e construída. A elas cabem, entretanto, as definições anteriormente vistas: os nós da rede são os sujeitos participantes e a rede é tecida por eles mesmos, tecendo redes (FB), onde se reafirma a natureza social e coletiva da produção do conhecimento e finalmente da própria ciência. A primeira experiência em rede colaborativa de pesquisa foi processada no Centro Europeu de Pesquisas Nucleares (CERN). Este laboratório congrega pesquisadores – físicos e engenheiros, mas não apenas – em vários países na Europa e fora dela. A necessidade de estabelecer conexão ágil entre eles, modo de partilhar ideias, projetos, enfim, do diálogo entre os pesquisadores, foi a origem da hoje onipresente chave de conexão “www”.⁴

Por outro lado, Dowbor insiste, não sem razão, que todos nós, sujeitos comuns na sociedade, podemos nos conectar em rede e partilhar conhecimentos de variada natureza, na medida mesmo que

Cada um de nós tem uma quantidade de conhecimentos acumulados, que nos vêm tanto de estudos como de experiência prática: viagens, vivências, pesquisas inovadoras. Compartilhamos apenas uma pequena parte desse conhecimento acumulado. Somando o capital cognitivo acumulado em bilhões de pessoas no mundo, temos aí uma fonte impressionante de riqueza parada ou subutilizada (*idem*, p. 24).

As redes de que queremos tratar é aquela pensada por seus próprios integrantes com vistas a melhorar aquilo que fazem no cotidiano nas instituições de ensino e pesquisa. Neste sentido, aproximam-se do conceito de Kurt Lewin de psico-grupo ou grupo de formação, e ainda do conceito de grupo operativo ou grupo de tarefa, no conceito de Pichon-Rivière. Num caso e no outro, são indispensáveis a partilha de desejos comuns e todos são *afetados* pelas disposições a que se propuseram, e sem dúvida expressam novas formas de sociabilidade. Tais redes podem depender de financiamento em nível governamental, e, no entanto, mesmo neste caso são pouco reguladas em seu funcionamento. Nisto elas se diferenciam das

4 Dowbor ressalta o papel de Tim Berners-Lee na criação da rede mundial de computadores, e da conexão original com o CERN. Sobre ele, e a propósito dos desdobramentos atuais, a imprensa nativa tem feito algumas referências. Cf em <http://link.estadao.com.br/noticias/cultura-digital,pai-da-web-tim-berners-lee-cre-que-erros-do-facebook-tem-solucao,70002238028>. Acesso em 22/03/2018.

redes assistenciais na saúde, de origem estatal - e há um número considerável delas no sistema público de saúde brasileiro – todas com a marca da regulação.

Neste caso das redes assistenciais na saúde, um reparo se faz necessário pois, se de um lado, como diz Junqueira, “as redes sociais constituem um meio de tornar mais eficaz a gestão das políticas sociais, otimizando a utilização dos recursos disponíveis” (JUNQUEIRA, 2016, p. 10), por outro lado precisamos realçar que os trabalhadores da saúde, e acima de tudo os gestores do sistema, não estariam compreendendo as redes no seu caráter plástico, polissêmico, intangível, não palpável, mutável, complexo. E tornaram a ideia de rede um protocolo a mais, endurecendo-a, capturada que está pelo pensamento positivista/cartesiano.

Redes colaborativas de pesquisa em saúde coletiva expressam com clareza ainda maior seu caráter interdisciplinar, desta interdisciplinaridade que é produto de uma construção coletiva. Este ponto deve ser realçado, bem como o fato de que elas apresentam desafios adicionais como pensar a alteridade e manter-se em respeito à diferença e ao diferente. Além disso, já desde a formação dos “nós”, que são os pesquisadores associados, eles funcionam como sujeitos implicados com sua pesquisa. Neste sentido, metodologias ativas de investigação devem ser contempladas, e em todos os casos o envolvimento de comunidades e sujeitos participantes precisam ser contemplados não como fornecedores passivos de informações, mas precisam ser contemplados no processo por inteiro, incluindo a devolutiva e apropriação dos resultados. Por isso, e independente da ênfase metodológica se pesquisa qualitativa ou quantitativa, redes colaborativas necessitam incrementar a pesquisa-ação/pesquisa participativa, incentivar o trabalho em equipe e manter permanentemente disposição para a conversa em roda (ainda que virtualmente).

Algumas características demandam ser mais bem investigadas, mas aqui podemos indicar tópicos que refletem nossa pequena experiência com redes nos anos recentes. Em primeiro lugar, gostaria de dar destaque ao projeto multicêntrico que tomou a produção do cuidado em saúde bucal como problema.⁵ Pensando haver pouca novidade nesse âmbito e à luz da experiência de um grupo inicial de pesquisadores em saúde bucal coletiva, o projeto teve por escopo investigar novos modos de produzir cuidado, focando na viabilidade de práticas inovadas em saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Por seu caráter inovador, tanto teórica quanto metodologicamente, terminou por agregar quase 3 de-

5 Inovação na produção do cuidado em saúde bucal. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde. Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit nº 10/2012

zenas de pesquisadores distribuídos em 4 diferentes cenários: São Paulo, Campinas e Ribeirão Preto, no estado de São Paulo; e em Recife, Pernambuco. Desde o início funcionou como “grupo de formação”, posto explicitar – em teoria e na prática – que o processo de investigação era também um processo de formação, assumindo haver um componente pedagógico no trabalho de pesquisa. Desta forma, realizou numerosos seminários formativos, internamente denominados “seminários autopoieticos”, ou seja, de autoprodução. O “Inova” teve início em 2012 e entregou seu Relatório Científico em 2015.

Em segundo lugar, gostaria de falar um pouco do Projeto Redes.⁶ Este projeto foi proposto por pesquisadores da Faculdade de Odontologia da Universidade de Córdoba, na Argentina, ligados à disciplina de Odontologia Social/Saúde Coletiva. Concebido explicitamente como rede de pesquisa colaborativa, logo obtive a adesão de pesquisadores da Universidade de Rosário, também na Argentina, de pesquisadores da USP na Faculdade de Saúde Pública e na Faculdade de Odontologia, na capital, e da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto; e também de pesquisadores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Teve o mesmo caráter inovador que o projeto precedente, buscava também investigar o cuidado e com aquele partilhava teorias e métodos de investigação. O diferencial foi o fato de ter sido pensado desde o início como rede e assim se denominava. Também o componente pedagógico autoformativo se achava claramente explicitado, com reuniões temáticas periódicas e “missões”, que eram visitas feitas pelos pesquisadores uns aos outros (nas diferentes unidades interligadas), sempre planejadas e com claro programa de trabalho.

O Projeto Inova, com seus quatro cenários, de certo modo foi um “guarda-chuva” que permitiu o desenvolvimento de projetos diferentes nos distintos cenários, embora tenha observado nível mínimo de coerência na maior parte do tempo. Todavia, a investigação principal estimulou projetos de mestrado e doutorado, alguns concluídos mesmo depois do encerramento formal da pesquisa. Entretanto, o projeto Redes apresentou outro percurso. Não é um guarda-chuva, no sentido que usualmente emprestamos a esta expressão, mas articula-se de fato como uma rede de investigação. Claramente projetos são propostos e desenvolvidos, com autonomia, e se exprimem em meio às preocupações teórico-políticas dos sujeitos que compõem a rede. De comum entre ambos os desenhos havia o fato de que todos os “atores” partiram com a bagagem teórico-metodo-

6 Proyecto Redes: innovación en la producción del cuidado en salud. Un aporte a la equidade. UNC, UNR; USP; UFMG, 2014-16.

lógica que haviam construído em seus percursos, e agora se agrupavam como manifestação de vontade para partilhar conhecimentos comuns e propor novas intervenções. Num caso e no outro não estavam muito claro conceitos como inovação ou cuidado em saúde, nem mesmo como redes podiam funcionar, nem sabíamos se funcionaria. Mas funcionou e no atual momento o processo foi expandido, incluindo novos atores em outros cenários; além de Córdoba e Rosário, na Argentina, e da USP e UFMG, contamos gente da Unifesp/Baixada Santista; da UFRGS, da UFSC e da UFFS.

Nestas palavras finais, será possível apresentar alguns tópicos que especificamente podem vir articulados a estas duas experiências. Sem dúvida, como rede colaborativa de tipo social, articulada ao campo da saúde coletiva, a compreensão da sociedade com totalidade é aspecto fundamental. Sem isto, toda possibilidade de transformação se perde. Concordamos com Junqueira (2016, p. 11) quando diz que “O conceito de rede cria uma possibilidade de intervenção, gerando em cada um de seus membros a participação que viabiliza a reconstrução da sociedade civil”, daí a necessidade da compreensão do social como totalidade.

Em segundo lugar, é preciso haver entre os atores na rede a perspectiva prática da construção partilhada dos objetos de investigação. Sem isto, a rede e o correspondente processo de pertença que ela propicia se perdem e ela se tornará um convencional ajuntamento de pessoas.

Em terceiro lugar, se estes processos se instalam e progridem, teremos pela frente o desafio de se instalarem procedimentos grupais de tipo linguístico, ou seja, de construção de uma nova linguagem com a proposição de novo universo vocabular. Este procedimento não visa a isolar a rede do “exterior”, mas, antes, de criar ferramentas que facilitem a comunicação interna. Do contrário, corre-se o risco de uns se explicarem aos outros permanentemente, quer dizer, de não haver comunicação, portanto, não haver entendimento na rede. Dito de outro modo, a rede não pode ser uma “babel” linguística, porque não pode ser uma babel conceitual e metodológica. Clínica ampliada, subjetividade e bucalidade, pesquisa qualitativa e compreensão do empírico, estas foram categorias centrais e presentes nessa dispersão de possibilidades linguísticas.

Em quarto lugar, a partilha do conhecimento como um comum. Isto derivará do próprio processo. Se bem instalado, como processo grupal, lentamente que seja, a rede expressará seus saberes em circularidade. A construção do conhecimento assume nitidamente sua vocação coletiva e haverá satisfação em compartilhar aquilo que se pensou ou aquilo que

foi lido, uma ideia nova, um encontro favorável, a descoberta de um novo autor ou de uma nova referência bibliográfica ou uma nova peça de teatro.

É com este pensamento que encerramos estas discretas notas. Que possamos mais e mais nos conduzir na construção de projetos que articulem instituições e pessoas, e que eles possam contribuir para recuperar a dimensão afetiva do existir comum e da utopia: pois “tecer redes é a arte de ajustar a urdidura das tensões com a narrativa criativa das tramas (Evaldo Shinji Kuniyoshi, FB, acesso em 21 de março de 2018).

Mesa: A pesquisa em saúde bucal perspectiva para o século XXI

Emanuella Pereira Carvalho

Lucas Fernando Rodrigues dos Santos

Paulo Frazão

Rafael da Silveira Moreira

Que papel a pesquisa em Saúde Bucal Coletiva vai jogar nesse quadro hostil, nesse cenário difícil, nos próximos anos? Fortaleceremos os laços entre as disciplinas e os campos de conhecimento, denunciando os caminhos da dominação e das injustiças, investigando objetos de pesquisa pertinentes a nossa problemática, ou sucumbiremos aos objetos importados e a produção em escala para alcançar metas que induzem a fragmentação, a desconexão, a desintegração, a perda de sentido, a perda de perspectiva teleológica dos valores morais e institucionais com capacidade para impulsionar a solidariedade entre nós, e também nossa soberania política?

Iniciamos esse capítulo como uma provocação reflexiva sobre os rumos e perspectivas da pesquisa em saúde bucal no Brasil. A ciência brasileira deve responder a altura das necessidades sociais impostas. Contudo, o pensamento acadêmico se vê colonizado pelas agendas externas. Vivemos uma ciência colonial que anseia uma libertação.

Ao longo deste capítulo, buscamos uma síntese de três exposições sobre a pesquisa em saúde bucal. A primeira parte, exposta pelo Prof. Samuel Moyses, aborda propostas para agendas de pesquisa, ou uma anti-agenda. Apresenta acúmulos teóricos, metodológicos e práticos da área da Saúde Bucal Coletiva. A segunda parte, exposta pelo Prof. Carlos Botazzo, apresenta os caminhos para as

redes colaborativas e os modelos de colaboração que poderemos adotar. Finalmente, temos a exposição do Prof. Fernando Hugo Neves, trazendo as experiências nos processos de Internacionalização nas pesquisas em saúde bucal.

Diante das exposições, um quadro bastante rico de preocupações foi traçado. Um importante ponto de partida que foi mencionado por Samuel refere-se à identidade da Saúde Bucal Coletiva (SBC), sua origem no seio da Reforma Sanitária brasileira enquanto um movimento teórico-político (NARVAI/ FRAZAO, 2008) e os seus desdobramentos no campo da produção de conhecimentos (SOARES *et al.*, 2017), um campo que tem experimentado importantes mudanças neste início de século XXI conforme, entre outros aspectos, o nível de prioridade que a Ciência, Tecnologia e Inovação, tem ocupado nas políticas de cada esfera de governo, nível esse que acaba por definir como os recursos públicos disponíveis serão alocados.

Vale lembrar que a SBC emerge da necessidade da produção de algumas rupturas, duas das quais, direcionadas ao domínio de conhecimentos e ao campo de intervenção. No plano epistemológico, busca-se romper com a forma tradicional como a pesquisa odontológica descreve e explica os fenômenos de saúde e doença que transcendem o nível subindividual e individual, enquanto no mundo das práticas, busca-se produzir alternativas de intervenção que abandonem a lógica da Odontologia de Mercado na direção de uma prática voltada ao exercício de direitos sociais.

Na esteira desses aspectos, discute-se o mundo das publicações, sua captura pela lógica de mercado, propiciada pela revolução digital, que se manifesta com a multiplicação de inúmeros títulos de periódicos, cujos custos de publicação são financiados pelos próprios autores, sob o pretexto de viabilizar o acesso aberto a qualquer usuário da rede de computadores, mas que ao mesmo tempo, dão ensejo a um processo acelerado de veiculação de conteúdos inúteis e de qualidade extremamente duvidosa.

Nesse contexto de instabilidade política e intensa oscilação na alocação de recursos de apoio à atividade científica, por um lado os pesquisadores da SBC, afiliados aos programas de pós-graduação da Área de Odontologia, poderão se encontrar sujeitados por agendas de pesquisa vinculadas aos interesses de consumo de bens e serviços da Odontologia de Mercado. A relevância se atribuirá mais a modernização tecnológica dos dispositivos clínicos de diagnóstico e tratamento das doenças em nível subindividual e individual do que aos estudos voltados a elucidar os aspectos subjetivos da saúde e doença e o comportamento dos pacientes enquanto sujeitos dotados de vontade, autonomia e poder.

Por outro lado, os pesquisadores da SBC afiliados aos programas de pós-graduação da Área de Saúde Coletiva poderão se deparar com amea-

ças que se expressam na noção de que os fenômenos de saúde e doença que se manifestam na boca e seus anexos, tanto em nível individual como em nível populacional, não fazem parte do campo da Saúde Coletiva. Trata-se de uma forma de, num contexto adverso, retomar falsos dilemas, reerguer antigas fronteiras, ignorando a contribuição que a SBC, enquanto área temática oriunda e pertencente ao campo interdisciplinar da Saúde Coletiva, tem propiciado para “aprofundar a formação crítica e científica dos profissionais e trabalhadores da saúde” e para “subsidiar a reflexão sobre as limitações das políticas e dos serviços organizados para responder às necessidades de saúde bucal das populações” (FRAZAO, 2016).

Nesse sentido, a viabilização de agendas de pesquisa e a disseminação de conhecimentos que se contraponham a essa onda conservadora é um desafio crucial aos pesquisadores nessa quadra do século XXI. Para isso, um ponto em comum, é retomar as principais teses e livros de referência da área. Propiciar maior profundidade à formação em nível de pós-graduação se opondo aos movimentos de vulgarização e banalização da ciência que os imperativos de mercado vêm produzindo.

A Mesa de Debates nos fez refletir sobre a inserção e o diálogo que a Saúde Bucal Coletiva (SBC) vem mantendo com outras disciplinas dentro da Saúde Coletiva, com outros campos do conhecimento, outros grupos de pesquisa. Pode-se reconhecer a maturidade política, técnica e social da SBC enquanto campo constituidor da Saúde Coletiva, mas é necessário que a agenda de pesquisa e a produção de conhecimento da SBC seja construída menos no âmbito da concorrência e da competição, e mais por meio de processos de colaboração. Assim, o funcionamento dos grupos de trabalho/pesquisa de SBC como redes colaborativas de pesquisa representa importante desafio.

A geração de ideias é um processo colaborativo. Tal processo, não se dá por opção ideológica ou fundamentalismo de qualquer corrente política, mas sim pela natureza das ideias. Podemos considerar, por exemplo, a origem do que hoje conhecemos como internet a partir da necessidade de se estimular o diálogo entre pesquisadores de diversos países e gerar sinergia entre as pesquisas, portanto uma necessidade de se estabelecer Redes de Pesquisa (DOWBOR, 2016).

Estamos conectados a todo tempo, o que gera, inclusive, uma necessidade de discussão futura sobre os efeitos dessa hiperconectividade a qual estamos colocados. “Vivemos num momento histórico em que fazer parte de um grupo globalmente interconectado é o caso normal da maioria dos cidadãos” (DOWBOR, 2016). Nós temos hoje Redes das mais diversas áreas e vivemos imersos em novos mecanismos de relacionamentos sociais onde as redes imperam. São sistemas, estruturas, desenhos or-

ganizacionais dispersos espacialmente que mantêm relação entre si, como os grupos e fóruns das diversas redes sociais digitais.

Nesse sentido, saímos de um modelo piramidal clássico de organização social para um modelo de redes. Essas redes possuem diversos nós que se revezam na dominação de um determinado conteúdo em dado momento histórico. Não possuímos um líder, somos todos líderes em potencial, entremeados na nossa rede, que se conecta com outras redes e assim sucessivamente (MOSE, 2013).

Redes se estabelecem quando um grupo de pessoas, instituições, agências, universidades e outras organizações, estão em contato, formam vínculos e interagem. Uma rede colaborativa de pesquisa carrega os mesmos atributos de definição, se acrescentando a finalidade de produzir conhecimento (LEITE *et al.*, 2014). Dentre os propósitos das redes de pesquisa estão principalmente a disseminação do conhecimento e a operacionalização das taxas de crescimento para a criação do novo. Os pesquisadores que colaboram entre si partilham um paradigma, uma intenção de produção de conhecimento, uma metodologia de análise de dados, uma hipótese, ou hipóteses alternativas. A cooperação se dá através de relações e as interações são estimuladas por intenções comuns (CLARK, 1998). Nesse sentido, as redes são laços, ligações entre atores sociais. Entendemos ator como unidade discreta, o ator não é obrigatoriamente uma pessoa, pode ser um conjunto, uma unidade social, uma empresa, uma associação. Os atores constituem os nós e esse conjunto de nós estão conectados a partir de relações que podem ser simétricas ou assimétricas. A vantagem (ou a desvantagem) das redes é que elas contêm várias assimetrias e essas são parte constituinte do processo de constituição.

Na constituição das redes estão os vínculos, um conjunto de situações que vão caracterizar o que vem a ser uma relação em rede. Os laços fracos são os mais importantes, pelo fato de serem aqueles que transgridem. Seriam os que provocam situações que fazem com que a rede se movimente. Existem os vínculos interpessoais que atuam de maneira forte nas redes colaborativas, especialmente de forma afetiva. Não se consegue produzir nenhuma pesquisa se os indivíduos não conseguem expressar também relações afetivas. Se não há nenhum vínculo afetivo, algo que revele um gosto, não há andamento do projeto. Portanto, nas redes existem também vínculos interpessoais fortes e eles são fundamentais (afetividade, amorosidade).

Vale ressaltar a importância da mobilização dos nossos afetos seja em um ambiente de cooperação ou de competição. Andrade (2018) traz uma reflexão sobre a ideologia capitalista como mobilizadora de nossos afetos a favor da manutenção vitoriosa do sistema. A consciência de classe

(e consequentemente o papel das classes trabalhadoras e de seus sindicatos) é substituída pela competição individual que a ideologia capitalista promove sob os princípios de que todos são capazes de obter sucesso. O sistema garante as condições para o exercício da liberdade de esforço individual rumo ao sucesso. O sucesso depende apenas do indivíduo. Quem não obteve êxito no alcance desse sucesso é rotulado como um “*loser*”, ou seja, aquele indivíduo que não soube controlar/administrar seu tempo a favor de seus desejos. Desejos esses normatizados pela ideologia capitalista. Ao vender a ideia de que todos são capazes de sucesso, o fracasso passa a ser responsabilidade total do *loser*, livrando o sistema/ideologia de qualquer culpa nos desfechos de processo de competição. Acreditando em uma vanglória em termos hobbesianos, todos se veem como pseudo-quase-vencedores, pois o sucesso está ao alcance de todos, embora poucos o alcançarão. Mas todos trabalham incansavelmente para ocupar essas poucas vagas de sucesso. Percebe-se como o capitalismo, ao mobilizar o desejo/afeto pelo sucesso, consegue a adesão ao trabalho produtivo dos indivíduos, sem necessidade de interferir em melhores salários ou condições de trabalho. Consequentemente, a derrota no itinerário do sucesso não toca o sistema capitalista, mas gera a sensação de cansaço no *loser*, de fracasso, de não ter correspondido às expectativas das ideias compradas de sucesso. Servindo inclusive como exemplo negativo para que os indivíduos se esforcem cada vez mais afim de evitar este triste fim.

Com efeito, podemos nos encontrar como “*losers*” ou como vencedores no ambiente acadêmico de produção científica. A vontade e o desejo de ser um pesquisador produtivo, com muitas citações, muitos convites, muito reconhecimento e fama mobiliza nossos afetos nesse sentido. A própria expressão “publique ou pereça” é emblemática desse impulso afetivo na carreira acadêmica. Perecer significa ser um fracassado, frustrado profissionalmente. É impressionante como se assume esse papel normatizador da ciência, sem perspectivas de ruptura. Somos atores performativos desse cenário de corrida acadêmica. Somos levados a produzir cada vez mais em uma velocidade que não é acompanhada por melhores condições de vida do pesquisador e da sociedade. Qual é o impacto das produções científicas na nossa sociedade? Obviamente temos grandes impactos, mas não na mesma proporção quantitativa que se exige nessa corrida por produção.

Mas qual é o papel das redes de pesquisa? Uma rede, dentro do contexto da sociedade do conhecimento, tem o potencial de gerar um produto que, quando socializado, se multiplica (DOWBOR, 2016). Assim, considerando as redes de pesquisa, um dos pontos importantes é a possibilidade de tornar o capital cognitivo de determinado grupo de indivíduos disponível

para outros, estimulando, propagando, reproduzindo e permitindo a circulação, avanço e criação de novas ideias, linhas de estudo, conhecimento.

Uma rede não é isolada, ela possui pontos de conexão com outras redes, outras realidades. Essas outras realidades são trazidas para dentro da rede principal, são elas que permitiram e permitem essa enorme fertilização de possibilidades. Formamos pequenos grupos dentro dos grandes grupos e, frequentemente, são essas relações aparentemente mais fracas, mais discrepantes, que permitem o funcionamento do mundo. Costuma-se imaginar uma homogeneidade, porém o próprio funcionamento dos grupos, bons grupos em processo grupal, são grupos heterogêneos. Grupos homogêneos tem uma dificuldade enorme de se realizar no processo grupal.

O movimento de visões colaborativas carrega grande poder, particularmente na área das Universidades. Instituições de ensino nos EUA, na China e, em processo inicial, no Brasil, têm investido em plataformas de recursos educacionais abertos (DOWBOR, 2016). O objetivo das Universidades, cuja matéria-prima é o conhecimento, e possui função histórica como espaço de debate, de crítica e de construção influente nas políticas públicas, é contribuir para riqueza científico-tecnológica do planeta. A abertura/liberação da produção científica, aliada à consolidação de redes colaborativas de pesquisa alimentando em quantidade e qualidade essa produção, promove alinhamento e permite o compartilhamento e complementação de ideias entre pesquisadores de diferentes centros. A literatura indica que o sucesso das universidades de pesquisa está relacionado à sua capacidade de apoiar as redes de pesquisa (LEITE *et al.*, 2014).

Com intenção de entender o mecanismo de funcionamento e produção de inovações das redes de pesquisa, Leung (2013) utiliza a metáfora da esponja. Para o autor, os grupos que trabalham em redes de colaboração produzem inovação ao atuarem como esponjas que tocam diferentes pontos da comunidade científica e se abastecem de seus achados, para num momento posterior espremer os materiais úteis. Assim, quando o número de trocas é maior (maior número de relações), amplia-se o número de possibilidades de criar inovações processuais e resultados (LEITE *et al.*, 2014).

Uma questão fundamental é a interdisciplinaridade. Redes e suas agendas não podem ser monotemáticas, monoprofissionais, disciplinares. A característica das redes é a interdisciplinaridade, exatamente a possibilidade da transgressão, de ultrapassar fronteiras.

Leite *et al.* (2014), nos traz a metáfora da teia de conhecimentos apontando que para cada pesquisa se forma uma rede, sendo uma teia diferente. Teias de conhecimento são tecidas por dentro das redes de pesquisa de maneira deliberada. Tais teias são estabelecidas conforme as necessidades ou oportunidades visualizadas pelos seus membros e podem se confor-

mar de diversas maneiras buscando a melhor proposição para produzir, ampliar ou ratificar conhecimentos. Portanto, “as teias de conhecimento são flexíveis, pois se armam e desarmam conforme as circunstâncias e relações entre os participantes” (LEITE *et al.*, 2014).

Esse conceito de teia reforça o potencial multiplicador das redes, pois, ao conectar parceiros de investigação, proporciona-se uma troca de experiências, saberes, oportunidades de produção de conhecimento, que se materializam em publicações que multiplicam autorias. Por outro lado, deve-se considerar também a possibilidade de dificuldades de relacionamento, pontos fracos na rede, competição, repetição de erros e conflitos.

Com o aumento de pesquisadores que operam em redes colaborativas de pesquisa, notam-se efeitos multiplicadores das redes, principalmente a multiplicação do fator produtividade. No entanto há outros elementos e fatores nas estruturas de trabalho intelectual originado nas redes com tanta relevância quanto a produção quantitativa individual multiplicada. Trata-se não apenas de um capital científico multiplicado, mas, também, de um capital social e político que envolve um jogo de interesses. Dentre os efeitos multiplicadores, Leite *et al.* (2018) destacam alguns dos elementos que produzem esses efeitos, tais como a liderança, a coesão, os ciclos de vida e o ecossistema cognitivo criado em cada rede através das parcerias nacionais e internacionais:

a) Liderança – Representada pelo Ego-líder da rede, que se destaca pelo acúmulo de conhecimento científico em torno do tema e/ou objeto de pesquisa, evidenciando uma capacidade de ser reconhecido pelo quantum de capital científico puro que detém. No entanto, gozar desse tipo de capital nem sempre será suficiente, pois há situações em que, além de articular pessoas em torno dos interesses de pesquisa, o ego-líder poderá buscar institucionalização da rede e financiamentos.

b) Coesão - A articulação nas redes pode se fazer em torno da temática de pesquisa, da abordagem teórica, e, também, da metodologia, do financiamento, da orientação política ou ideológica, das publicações e coautorias. Tais fatores podem originar, induzir ou fortalecer a conexão e coesão das redes. As ligações se dão entre elementos distintos e alguns dentre eles podem contribuir melhor para a coesão da rede visto que nos grupos humanos a competição é um fator permanente e pode ser estimuladora de conexões como também criar entraves a elas. Os links de coesão se estabelecem entre entidades e pesquisadores, entre mundo acadêmico e social, entre conhecimentos e estratégias.

c) Ciclo de vida - Existe um ciclo de vida das redes mesmo que as realidades contextuais e territoriais sejam diferentes. Fazer ciência e disseminá-la em redes de pesquisa envolve publicações em coautorias, interconexões variadas entre diferentes entidades e produção e transferência de saberes e conhecimentos. Nesse caminho, por vezes difícil e tortuoso, de produzir conhecimento, é possível identificar os ciclos de vida e morte das redes. São períodos que vão da origem da rede, com pequeno número de pesquisadores, até o crescimento com muitos pesquisadores conectados e onde se verifica o auge da produção científica internacional daquela rede. A rede pode então se tornar sustentável, pode requerer transformações para manter-se ativa, ou pode ainda tender à extinção.

d) Ecossistema cognitivo – Diz respeito ao conhecimento produzido nas redes de pesquisa e os fins a que se destina. Pode ser analisado a partir das estratégias de avaliação e colaboração, e de produção de conhecimento das redes de pesquisa, identificando se os produtos chegam aos públicos a que se destinam. Tais públicos são entendidos como os leitores, usuários, stakeholders ou consumidores de produtos e resultados de pesquisa acadêmica. Tal conceito diz respeito aos impactos nas publicações, nas comunidades, nas políticas públicas, na realidade/problemas social(is) e a integração da rede, no sentido de interinfluência, com a ciência em nível local, regional, nacional e internacional.

Leite *et al.* (2018) nos direciona ao colocar que quando se fala em redes, fala-se de uma sociedade na qual a colaboração pode ser mecanismo multiplicador para acontecimentos disponíveis à inclusão da pesquisa acadêmica no mundo da ciência internacional e no mundo social e político. A associação entre pesquisadores em redes de pesquisa e colaboração com finalidades de expansão, acumulação, disseminação e revisão de conhecimentos e inovações, ativa um capital simbólico que pode ser previsto em seu valor científico, social e político.

Quanto à internacionalização da Pós-Graduação (PG) vale destacar certa mitificação que o debate atual sobre o assunto encerra. O intercâmbio de pesquisadores e estudantes é uma tradição antiga. Desde o desenvolvimento da escolástica, quando o ensino saiu dos mosteiros patrísticos e se instalou nas escolas, futuras universidades, o trânsito de ideias e pessoas não parou de cessar.

Além das universidades, o fluxo entre estudantes e professores de diferentes países ocorre desde o ensino secundário, nos programas de in-

tercambio estudantil. Contudo, o que talvez a contemporaneidade traga de distinto em relação aos tempos medievais, é a velocidade da disseminação dos conhecimentos e a facilidades de interação proporcionadas pela revolução tecnológica ao processo de internacionalização.

O aumento na velocidade ocorreu principalmente ao incremento na tecnologia de comunicação e transporte, aliado ao maior acesso da população mundial ao ensino superior. Por um lado destacamos a facilidade e a velocidade, em termos quantitativos, dos canais de comunicação científica, possibilidades de conferencias a distancia, e ensino a distancia. Por outro lado, a ampliação do número de cursos universitários, aumentando as vagas e as possibilidades de ingresso de um número maior de pessoas, embora sem que estejamos discutindo as desigualdades na forma desse ingresso.

Entrementes, ao refletirmos sobre os aspectos positivos do fenômeno da internacionalização da PG, em especial a PG em Saúde Bucal Coletiva (SBC), damos espaço para uma narrativa crítica desse processo: seria a internacionalização da PG uma ferramenta colonizadora de nossos afetos e de nossa produção científica? Respondendo de uma forma inicial, podemos sim correr esse risco colonizador quando buscamos seguir as agendas de pesquisa internacional comprometida com problemas que não são os mesmos a ser enfrentados nacionalmente. Seríamos apenas campo de pesquisa para conhecimentos a serem exportados, alienados de nossa produção e excluídos de seus benefícios.

Nossa ciência deve ter compromisso com a emancipação social. Especialmente quando o financiamento material e humano é público. Mas respondendo de uma forma intermediária, o enclausuramento científico nacional vai contra a maré das redes colaborativas e na união dos povos na emancipação que ultrapassa as fronteiras geopolíticas. Sendo assim, o que se coloca é a forma e o conteúdo envolvido no processo de internacionalização da PG em SBC.

Pode-se refletir sobre a relação entre a internacionalização e o trabalho em redes colaborativas, sobre qual o significado das estratégias de internacionalização no contexto atual da Pós-Graduação (PG) no campo da Saúde Bucal Coletiva. O papel desempenhado por certas estratégias como: mobilidade acadêmica internacional, cooperação internacional, fomento, acordos e convênios bilaterais e multilaterais - que muitas vezes acabam sendo letra morta, mas outras vezes são importantes para fazer as coisas acontecerem, com muito esforço para tirá-lo do papel.

Vislumbra-se dificuldades em tempos de estado mínimo e PEC 55 (atual EC 95). Certamente, é um contexto diferente do que tínhamos a pou-

co tempo atrás, marcado pela política do Ciências sem Fronteiras¹, programa que tinha como mecanismo central a mobilidade de estudantes, docentes e profissionais de nível superior para treinamento avançado no exterior.

Em uma primeira abordagem conceitual, compreende-se a Internacionalização na perspectiva da economia global do conhecimento (RAMOS, 2018), numa lógica mais mercadológica, pensando principalmente pelas questões relacionadas a excelência, a economia criativa, seu papel e espaço que ocupa no mundo contemporâneo. E sobre a centralidade dessa economia no desenvolvimento dos países, principalmente do Norte. A formação e desempenho em ciência assumiram um papel central nas economias de países como o Canadá, EUA, Europa em geral), com uma forte advocacia do investimento em pesquisa e desenvolvimento. Tal enfoque se torna crítico no cenário brasileiro, haja vista que o fomento a pesquisa no Brasil sofrerá enormes cortes, programados já para o próximo ano (2018), e o impacto que terão no financiamento da pesquisa, e também relacionado ao custeio (número de bolsas de doutorado sanduíche PDSE - Programa de Doutorado-sanduíche no Exterior - Capes, mestrado, pensando em internacionalização).

Nesse sentido, outras questões que vem sendo colocadas apontam para o desenvolvimento de habilidades empreendedoras, maior interação entre instituições de Ciência & Tecnologia e empresas, fluxos de conhecimento entre diferentes atores no sistema nacional de inovação e, por fim, os incentivos à colaboração internacional entre grupos de pesquisa.

Mas, toda essa perspectiva de economia de conhecimento vem a partir de uma diversidade de mecanismos de quase mercado. Começamos então a olhar para essa economia e identificar produtos que são bastante populares. Quando estamos falando de Internacionalização, consideramos também as formas de codificação, mensuração, na representação em escala da produção acadêmica. Essas questões são transversais ao que estamos debatendo nesse capítulo. São atores e demandas que introduzem um novo regime de competição global, competição por estudantes, docentes, recursos e reputação. O próprio processo de Internacionalização é de alguma forma capturado ou é objeto desses produtos e serviços da economia do conhecimento.

Os pesquisadores que tenham algum tipo de vínculo com os Programas de PG, enfrentam a questão de como pensar Internacionalização trafegando no meio da *Web of Science*, *Research Gate*, *Scopus*, contadores de menções do artigo em redes sociais. Tudo isso vem nessa perspectiva de alegadamente promover mais competição, eficiência, excelência, afe-

1 <http://www.cienciasemfronteiras.gov.br/web/csf/o-programa>

tos contrários ao que deve ser a inserção internacional. Deveria ser sobre estabelecer redes e laços de solidariedade e não de competição. Como vamos falar de colaboração internacional na perspectiva de competição, eficiência, da econometria? Ou seremos solidários, na perspectiva do conhecimento comum, compartilhado, coletivo, ou vamos trabalhar pra promover mais competição.

Nesse sentido, a Internacionalização é, para além do mercado, sobre desenvolver competências globais (ou planetárias, para que não se confunda com globalização), interculturalismo. Um mundo onde viajamos, nos expomos, migramos. Dialogamos também com agenda de pesquisa. A internacionalização deve ser em duas vias, saindo de posições subalternas a outros países, na lógica da solidariedade, do conhecimento comum, de todos, compartilhamento, para produzir integração internacional.

Fundamentalmente, internacionalizar passa pelo conceito de competência cultural. Tal conceito diz respeito a habilidade dos indivíduos em estabelecer relações interpessoais e de trabalho efetivas, que ultrapasse diferenças culturais (BEACH *et al.*, 2005). Este conceito tem sido aplicado com a finalidade de que profissionais da saúde sejam hábeis em interagir eficazmente com populações cultural e etnicamente diversas, a partir do reconhecimento e consideração da importância das influências sociais e culturais nos indivíduos enquanto usuários dos serviços de saúde e como tais fatores interagem entre si.

A partir desse conceito, podemos transpor seu significado à competência cultural necessária ao pesquisador na busca por internacionalização, considerando, ao retomar a discussão das redes, os vínculos afetivos e interpessoais como requisitos necessários para que haja pesquisa colaborativa, integração das redes, links de coesão. Ramos (2018) aponta que a internacionalização pode assumir variados significados e modos de operacionalização nos diferentes sistemas de ensino superior de cada país e culturas, na medida em que diferentes desafios são enfrentados, diferentes contextos sócio-político-econômicos são vivenciados e diferentes capacidades institucionais e sistemas administrativos estão à disposição. Assim, surge a necessidade de produzir conhecimento em SBC em paralelo a produção de competência cultural, a formação de profissionais culturalmente competentes.

A produção científica em SBC é inferior ao do campo da Odontologia. Mesmo considerando a diversidade temática da Saúde Coletiva, ainda existe um grande abismo entre esses dois campos. O caminho seria nos submetermos ao contexto comercial das revistas científicas e as métricas de mensuração da produção?

Entre as causas elencadas para baixa visibilidade da SBC, está principalmente a questão da baixa internacionalização dos pesquisadores e estudantes de PG brasileiros. Nesse sentido, ressaltamos as principais estratégias: mobilidade acadêmica internacional, cooperação internacional e convênios bilaterais e multilaterais. A mobilidade é, sem dúvida, a estratégia mais comum nas instituições de ensino e pesquisa ao redor do mundo, respondendo à ideia amplamente aceita de que estudantes bem-sucedidos devem ter habilidade de pensar crítica e criativamente para resolver problemas complexos, assim como demonstrar disposição e habilidades para interagir globalmente (RAMOS, 2018). No caso específico brasileiro, tivemos um grande movimento com o Programa Ciências sem Fronteiras, cabendo análises do modelo e do desempenho obtido, mas esse processo de internacionalização foi muito voltado para países do Norte. Não houve um movimento pensado, por exemplo, de intercâmbio Sul-Sul, o que houve foi muito tímido e ainda continua existindo, é o que está vinculado as universidades do Grupo de Montevidéu, que ainda assim são poucas as universidades brasileiras que o integram. Além disso, há evidências de que a estratégia de mobilidade internacional de estudantes alcança uma parcela reduzida da população estudantil, requerendo estratégias coadjuvantes para ampliação e maior significação do impacto (DE WIT, 2013).

Nesse sentido, são apontadas algumas novas estratégias em busca de um redirecionamento (WENDE, 2001):

- a) Internacionalizar currículos e profissionais de apoio de ensino e pesquisa e introdução de padrões internacionais de qualidade do ensino;
- b) Fortalecer laços entre pesquisa internacional e ensino, fazendo com que os alunos migrem para ambos de forma combinada;
- c) Consórcios internacionais de ensino e pesquisa, especialmente no eixo Sul-Sul, sempre com a ideia de solidariedade;
- d) Formalização de programas de grupos de articulação ou tutela.

Aponta-se a estratégia do pesquisador visitante, de curta duração e de longa duração, para contratação de pesquisadores sênior. Pensando também na internacionalização da SBC, nos desafios que estão postos, olhamos para o campo da epidemiologia, de modo geral, e observa-se muita produção brasileira publicada em periódicos internacionais. Contudo, quando se considera o campo das políticas e gestão ou o campo das ciências sociais, observamos pesquisadores de alto nível e com produção de qualidade, consolidada, mas que não trafegam muito em outros idiomas. A produção está mais concentrada em livros, de altíssima qualidade. Isso confirma um pouco a perspectiva de que, no campo das políticas, pla-

nejamento e gestão, talvez não tenhamos conseguido muito divulgar mais as produções de alta qualidade que temos feito. Nossa política nacional de saúde bucal impacta positivamente em outros países. Porém, poucos sabem desse processo, da existência da política.

No Brasil, as instituições de ensino superior não possuem capacidade institucional, a maioria sequer possui alguma política institucional para incentivar a internacionalização, não há suporte administrativo/organizacional e cabe aos professores organizar tudo. Há ainda distribuição desequilibrada de fomento. Com efeito, se faz necessária uma reflexão sobre o caminho que temos que seguir na SBC, nesse cenário atual.

Diante das reflexões que emergiram da Mesa de Debates, e em apertada síntese, cabe apontar a necessidade da compreensão da sociedade como totalidade. Não é possível estar numa rede e conduzir pesquisas em redes colaborativas de pesquisa, se não compreendemos a sociedade como totalidade. Em segundo lugar, a construção partilhada dos objetos de investigação. Finalmente, a necessidade de adoção de procedimentos grupais de tipo linguístico e a formação de vocabulário.

Redes colaborativas que não tem um vocabulário, uma linguagem comum, não desenvolvem uma biblioteca de saberes, que seria obrigatória no funcionamento das redes. Assim, nos aproximamos da ideia daquilo que vem a ser o comum, porque o saber é um dos comuns, é o comum artificial, é o comum criado. Pois, o conhecimento não pode ser apropriado privadamente, ele não está na esfera dos trabalhos privados, da vida privada, ao contrário, o conhecimento está na esfera pública e tem essa dimensão coletiva.

A ideologia capitalista normatiza os modos de sentir e do comportamento. Coloniza as formas como sentimos. Nos remetendo a Escola de Frankfurt, Benjamim e Adorno defendem a ideia de que o capitalismo contamina com seu caráter ideológico (liberal) tudo aquilo que ele toca. A ciência passa a ser uma forma de produzir formas de sentir. Para tanto, é necessária sua massificação, para seu consumo, seu livre comércio, sustentando uma “ciência industrializada,” uma indústria cultural-científica. Não é tão importante se a ciência é de qualidade ou se um produto científico é repleto de benefícios sociais. O importante é torná-los produtos de massificação, venda, lucro, seduzindo os consumidores pela normatização das sensibilidades, e conseqüentemente, dos desejos. Ora, sensibilidades e desejos são intrinsicamente ligados com nossas paixões/afetos. Para mobilizar nossos afetos, é necessário que a ideologia capitalista oculte as relações de produção, anulando a consciência de classe e qualquer tipo de culpabilização do sistema.

Nesse mesmo sentido, Habermas, ao distinguir as racionalidades instrumentais/estratégicas das racionalidades comunicativas/dialógicas (agir comunicativo baseado no consenso), traz a ideia de que o capitalismo também normatiza a ciência/cognição. A racionalidade instrumental, enquanto dimensão ideológica e política é movida pelo capitalismo, em suas estratégias de burocratização e laicização do Estado. Dessa forma, toda técnica e conhecimento estão a serviço do sistema capitalista, que possui nos centros de pesquisa intelectuais orgânicos, que creem de forma equivocada estarem produzindo de forma independente e descompromissada dos interesses ideológicos do sistema. Toda técnica e ciência são entendidas como processo de dominação. Toda construção científica passa a ser vista como ideologia capitalista.

Eixo

FORMAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA; DA GRADUAÇÃO A PÓS- GRADUAÇÃO

- 83** A saúde bucal coletiva na graduação de odontologia
um ensaio do pensamento
Cristine Maria Warmling
- 91** Trajetória e perspectivas do mestrado profissional na formação em saúde
Antonio Carlos Pereira
Brunna Verna Castro Gondinho
Jaqueline Vilela Bulgareli
Luciana Miranda Guerra
- 105** Formação em saúde bucal coletiva da graduação à pós-graduação
Danilo Almeida
José Eudes de Lorena Sobrinho
Mikael Lima Brasil
Petrônio José de Lima Martelli

A saúde bucal coletiva na graduação de odontologia um ensaio do pensamento

Cristine Maria Warmling

Introdução

Ao interpor a pergunta sobre os possíveis deslocamentos operados pelos saberes e práticas de saúde bucal coletiva no ensino odontológico, como posicionar tal questão? Na defesa da saúde bucal coletiva como uma novidade pedagógica para a educação odontológica brasileira? Com Gallo (2008), não adotamos a saúde bucal coletiva, em sua possível contribuição ao ensino odontológico, como uma nova colonização do pensamento, mas acreditamos no exercício de interrogação das condições de possibilidade do ensino odontológico quando este toma por fundamento, ou se estrutura, partindo do conceito da saúde bucal coletiva – quais efeitos poderiam ser produzidos e quais poderes e saberes ativados?

É um desafio situar-se na problematização sobre a contribuição que conhecimentos e práticas fundamentados nos conceitos da saúde bucal coletiva podem produzir na formação do cirurgião dentista brasileiro. Realizar tal tarefa demanda fazê-la, não meramente com um sentido prático, mas ao modo de uma filosofia da educação, ou como uma maneira “pensativa” de procurar compreender o papel que a saúde bucal coletiva pode desempenhar no ensino odontológico. Portanto, não se trata de realizar um discurso educativo meramente crítico, ou que se propõe a interromper relações de poder, antes a crítica direciona-se para compreender os próprios efeitos do poder (FENDLER, 2000). Para que o pensamento possa operar ao modo do ensaio – como um pensamento consciente da sua própria condição [provisória] de escrita (LARROSA, 2004),

é necessário a problematização do próprio percurso autoral, empírico e profissional no campo de produção da educação odontológica

Desejamos abranger a constituição da subjetividade do cirurgião-dentista enquanto efeito de relações de poderes e saberes na educação odontológica, perscrutando valores normativos que a fundamentam. Ou, o que significa na atualidade ser um sujeito educado e profissional competente sob o ponto de vista da formação odontológica? De que modo se exerce o poder tradicionalmente na educação odontológica? E, nesse contexto, compreender os saberes e práticas do campo da saúde bucal coletiva, quais rupturas e continuidades apresentam para esta tradição do ensino?

De olho na história do presente: a saúde bucal coletiva no ensino odontológico

Trabalhamos com a noção de saúde bucal coletiva enquanto um conceito-ferramenta, ou analisando a capacidade que o campo da saúde bucal coletiva possui de operar com problemas do campo do ensino odontológico. Mas, um conceito-ferramenta é constituído no percurso histórico, possui multiplicidade de componentes que emergem de outros conceitos e respondem a outros problemas.

Primeiro ponto: destacamos o papel da história para compreender a atualidade (ROSE, 1994). Estudos históricos da profissão e do ensino evidenciam o pensamento interrogativo sobre o potencial pedagógico da saúde bucal coletiva. Portam chaves para compreender como saberes e práticas atuam como biopolítica, ou sobre o modo como a saúde bucal coletiva se comporta enquanto estratégia (bio) política de regulação da vida social. Responsável ao mesmo tempo pela proteção e valorização da saúde bucal dos indivíduos e coletividades - “vida vale porque é útil; mas ela só é útil porque é ao mesmo tempo, sã e dócil, ou seja, medicalizada e disciplinarizada” (REVEL, 2006, p. 56).

O fato de o ensino odontológico brasileiro ter vivenciado transformações curriculares ao longo da história, não impediu por exemplo que as diretrizes definidoras da emergência e autonomia desse ensino em relação a medicina, mais de cem anos atrás, continuarem identificando as práticas discursivas dos dentistas ainda hoje. A história é um *a priori* para dizer de que modo chegamos a ser o que somos (WARMLING, 2016).

Relações entre a história das práticas profissionais e da constituição do ensino odontológico podem e já foram traçadas por diferentes perspectivas. Assim como, em um outro nível de análise, é possível dizer também que podem ser estabelecidas relações entre as próprias práticas (estudos) históricas e o modo como se produziu a profissão e o ensino

(WARMLING, 2013). Auxiliam a compreender essa relação quando analisamos as três análises de perspectivas tradicionais realizadas por estudos históricos da profissão em suas relações com o ensino.

A primeira, fundamentada na sociologia das profissões, usa argumentos históricos para justificar a evolução positiva das práticas dentárias no estabelecimento da profissão de odontologia e o papel que a escola de odontologia desempenha na formalização da instituição e reconhecimento da profissão. A segunda, privilegiando o estudo histórico crítico das práticas odontológicas enquanto modelos assistenciais ou políticas públicas. Como pressupõe a contraposição entre “práticas odontológicas de mercado” e “práticas odontológicas contra-hegemônicas”, defende que o ensino deve ser capaz de formar diferentemente para a prática odontológica pública. A terceira, ao se ocupar de estudos que enfatizam a prática odontológica enquanto prática social, as análises sobre o ensino odontológico voltam-se para o modo como o modelo profissional, seu conteúdo “científico” ou “positivo”, se impõe como dominante, vigente, usual e comum (WARMLING, 2013).

As possibilidades e impossibilidades da saúde bucal coletiva na graduação em odontologia estão marcadas pela própria constituição histórica da profissão e do ensino. O ensino da odontologia (Séc. XIX) constituiu-se no interior da trama política e social dos movimentos positivistas brasileiros em torno do ensino livre. A ausência da matéria de clínica dentária nas proposições curriculares marcou a emergência do ensino da odontologia no final do Império. A clínica odontológica se aproximou e mesmo se confundiu com a técnica e a prótese dentárias. Os currículos nasceram e se desenvolveram muito limitados quanto aos conhecimentos sociais sobre os processos de saúde e doença (bucais) e autônomos em relação ao ensino médico (WARMLING *et al.*, 2009, WARMLING, 2017).

Um exemplo que pode nos ajudar a compreender o papel do campo da saúde bucal coletiva na graduação da odontologia é o que retrata como a profissão e o ensino enfrentaram a relação de confronto que se estabeleceu entre dentistas práticos e dentistas formados, nos anos 1960 no Brasil. Sabemos que esta questão foi um dos fundamentos para a posterior regulação profissional e, por conseguinte, para a grande expansão do ensino odontológico brasileiro. Qual o papel que o tema da odontologia preventiva (não) desempenhou nesse momento histórico? Argumentos punitivos em prol da regulação da profissão, estabelecendo o distanciamento entre as práticas dos dois grupos, sobrepujaram os discursos preventivos presentes (por exemplo a fluoretação das águas) e que estes sim diferenciavam entre conhecimentos de formados e práticos. A institucionalização do ensino, em nome do monopólio da prática odontológica, dita

verdadeira e científica, não foi fundamentada no maior desenvolvimento das práticas preventivas dos formados (WARMLING *et al.*, 2006). Se esse caminho houvesse sido trilhado teria sido outro o papel da saúde bucal coletiva na graduação?

Esforços têm sido despendidos a fim de precisar o significado que a expressão saúde bucal coletiva assume. A saúde bucal coletiva, movimento que emergiu com a reforma sanitária brasileira, rompe com as conceituações originárias das odontologias sanitária e preventiva. O seu pertencimento à saúde coletiva pretende subverter o território odontológico e propõe às identidades profissionais esquivarem-se da posição dentária enquanto referencial teórico-prático de ação (WARMLING, 2017b). Mas, como romper com o monopólio do pensamento odontológico que produz essa identidade? Como constituir identidades da saúde bucal coletiva?

A saúde bucal coletiva, enquanto “racionalidade não dogmática, nem normativa mas aberta ao debate” (MOYSÉS; SHEIHAM apud BOLTAZZO, 2006) constitui-se a partir dos problemas da profissão de odontologia e que não podem ser compreendidos como contradições exteriores as próprias práticas profissionais. Em seu desejo de distanciamento da odontologia, a saúde bucal coletiva se pretende desodontologizante da saúde bucal, mas também é convocada a assegurar a ampliação de acesso ao tratamento odontológico (NARVAI, 2006). A saúde bucal coletiva apresenta princípios para a renovação da profissão: “religar clínica e saúde coletiva, resgatar a dimensão do cuidado bucal, ampliar prescrições higienistas, dialogar com o reparo dos dentes, reconhecer responsabilidade ético-política da clínica escuta qualificada das necessidades de saúde bucal” (SOUZA, 2006).

Para que possa atuar como dispositivo transformador, em termos epistemológicos, a saúde bucal coletiva fundamenta-se na busca do diálogo entre as três linhas majoritárias da saúde coletiva: a epidemiologia preocupada com os determinantes do processo saúde-doença da população (BARRETO, 2006), as políticas e planejamento que se atém aos instrumentos de gestão e de serviços de saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2006) e as ciências sociais e humanas abordando as vulnerabilidades do ponto de vista sociocultural (NUNES, 2004). Quais seriam as reconduções promovidas nas práticas de ensino odontológico caso elas utilizassem de modo mais consistente e efetivo nos percursos curriculares os instrumentos de problematização da realidade próprios dessa triade epistemológica que compõe o campo da saúde coletiva?

Estágios curriculares no SUS dispositivos (bio) políticos operando na graduação de odontologia

Que potência teria a saúde bucal coletiva para ser um dispositivo da formação do cirurgião-dentista? Dispositivo, compreendido enquanto a “prática ela mesma, atuando como um aparelho, uma ferramenta, constituindo sujeitos e os organizando” (FOUCAULT, 2000 p. 135). Um dispositivo possui a capacidade de tecer redes entre um conjunto heterogêneo de elementos, que engloba “discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas” (FOUCAULT, 2000, p. 244). Um dispositivo atua a partir de um conceito operatório multilinear atuando nos campos de constituição de poderes, saberes e (produção de) modos de subjetivação.

Para compreender a saúde bucal coletiva como possível dispositivo pedagógico do ensino de odontologia na atualidade brasileira é preciso explicitar seu panorama (bio) político. Então, pelo menos duas vertentes podem ser destacadas: 1) A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente (Brasil, 2004), instituída nos últimos, aproximadamente, 15 anos e que normatiza nos direcionamentos a atenção odontológica pública brasileira. Para reordenar o modelo de atenção à saúde bucal alinhando-o ao preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), instituiu diretrizes programáticas com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços odontológicos e qualificar o cuidado acolhedor, integral e centrado nas necessidades das pessoas (SCHERER; SCHERER, 2015). 2) As políticas educacionais brasileiras em direção a reformulação do ensino de odontologia (BRASIL, 2002) situadas a partir das intensas transformações ocorridas no mundo, pelo menos desde a década de 1980, nas práticas profissionais e no ensino odontológico, provenientes de diferentes campos políticos, econômicos e sociais. (WARMLING, 2015).

Os governos brasileiros, nos últimos dez anos, desenvolveram uma variedade de políticas públicas odontológicas com tal amplitude e impacto que na atualidade a PNSB é considerada uma das maiores do mundo voltadas para a atenção odontológica pública (PUCCA JR, 2015; SOARES, 2012). Suas diretrizes ampliaram o acesso da população e qualificaram os diferentes níveis de atenção odontológica. A integração das redes de saúde bucal tornou-se eixo reorientador dos modelos de planejamento para o cuidado.

Vivemos sociedades cada vez mais interconectadas por meio de redes e diversificadas e complexas ao ponto de exigir profissionais de saúde

capazes de fornecer cuidados de saúde culturalmente competentes. As mudanças no mundo do trabalho (a flexibilização da produção, a reestruturação das ocupações, a multifuncionalidade e necessidade de polivalência do trabalhador, dentre outras) estão conduzindo para um outro patamar o valor das qualificações tácitas, ou aquelas capacidades dos indivíduos de gerirem os próprios processos de trabalho. A reconversão permanente do trabalho da realidade atual afeta a autonomia, responsabilidade, capacidade de comunicação e polivalência do trabalhador, contexto que aumenta a valorização dos saberes não ligados ao trabalho prescrito ou ao conhecimento formalizado (RAMOS, 2001) e fortalece a necessidade de processos pedagógicos em que um outro sentido e conceito de trabalho sejam guias.

Diante das novas exigências provenientes das transformações ocorridas na natureza da própria sociedade atual, questiona-se como é que o trabalho e o ensino do cirurgião dentista se estabelecem em relação a essas transformações sociais? E, especialmente, de que modo, nos (per) cursos da graduação de odontologia, a saúde bucal coletiva em seu paradigma epistemológico, transforma “cabeças bem cheias” em “cabeças bem feitas”, como alertou Morin (2003)?

Verifica-se a emergência de produzir-se competência profissional nas equipes de saúde que lhes proporcione condições de superar o mero domínio das codificações, conteúdos e técnicas previamente estabelecidas e inerentes as atividades de trabalho (os protocolos), para o domínio da decisão pertinente no momento certo e de acordo com as sempre dinâmicas realidades de trabalho (SCHWARTZ, 2010). Neste contexto o trabalho coletivo e a motivação do trabalhador com o meio do trabalho que vivencia tornam-se dispositivos imperativos para a gestão do trabalho na saúde. A motivação do trabalhador está guiada pelas condições de possibilidades que possui o trabalhador para colocar em debate, em seu ambiente de trabalho, os valores que atribui aos processos de trabalho. Aí encontram-se então incluídos tanto os saberes e práticas instituídos, como os tácitos ou aqueles que ele próprio, diante das realidades de trabalho que vivencia, cria e institui (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2008).

Trata-se de um processo pedagógico que de certa forma inverte o tradicionalmente valorizado na formação em saúde, o conteúdo, ou uma passagem da importância da fixação de protocolos para o reconhecimento da realidade de trabalho. Desse modo os cenários de trabalho assumem um papel de destaque na produção de competências profissionais e os processos denominados de Integração Ensino-Serviço são alçados para um patamar destacado nas reorganizações curriculares de cursos da área da saúde. Define-se a integração ensino e serviço como o trabalho articulado entre os serviços de saúde e as instituições formadoras - a Integração

Ensino-Serviço (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). O termo Integração Ensino-Serviço é compreendido como uma experiência de aprendizado estruturada em que estudantes de graduação produzem serviços necessários à comunidade e aprendem sobre o contexto em que eles são ofertados. A ênfase de atuação deve ser igualitária no serviço e no aprendizado (WARMLING *et al.*, 2015).

A ampla gama de transformações ocorrida no mundo do trabalho e na sociedade brasileira tem sido incorporada nas políticas curriculares do ensino na saúde e em especial da odontologia. Conforme descrito anteriormente, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia constituem-se em um dos documentos marcantes desses redirecionamentos (BRASIL, 2002). Esta (bio) política atribui valor especial aos estágios curriculares por produzirem intermediações entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino. Os estágios constituem-se nos cursos de odontologia em locus privilegiado da institucionalização de experiências de Integração Ensino-SUS, sendo dispositivos tradicionalmente assumidos pelo campo da saúde bucal coletiva nos cursos de graduação da odontologia,

A Associação Brasileira do Ensino Odontológico (ABENO), entidade histórica a definir os rumos do ensino da profissão, apontou parâmetros para a organização dos estágios curriculares: a flexibilização de cenários, a supervisão docente das atividades de estágio, o reconhecimento pelo estudante dos níveis de atenção e o entendimento da integralidade em saúde bucal, a realização de ações de promoção e prevenção à saúde, o estabelecimento de convênios com o SUS, a separação das clínicas e do estágio, 20% da carga horária total do curso seja de estágios (SCAVUZZI *et al.* 2015).

Porém, análises sobre as reformas curriculares de odontologia demonstram ser ainda pequeno o volume de estudos e publicações sobre a temática e que resistem concepções tradicionais com caráter tecnicista nos modelos de formação em contraposição aos objetivos das proposições das Diretrizes Curriculares Nacionais. Relatório do Ministério da Saúde que analisou os projetos de reformulação curricular do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e demonstrou diferentes níveis de desenvolvimento e variações nas instituições de ensino analisadas, dentre grandes mudanças curriculares até pequenas adequações às novas diretrizes curriculares (ZILBOVICIUS *et al.*, 2011; FREITAS *et al.*, 2012).

Recente revisão de estudos a respeito dos processos curriculares de Integração do Ensino-Serviço na formação profissional em odontologia indica uma imprecisão ainda sobre o tema, vínculos com o sistema de saúde não caracterizáveis como integração efetiva e a praticamente inexistente

integração ensino, atenção, gestão e controle social ou no máximo, um processo incipiente e em construção, com lacunas na articulação com a gestão dos serviços e o controle social (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011).

Análise situacional do estágio curricular supervisionado nos cursos de graduação em Odontologia no Brasil realizada a partir das páginas eletrônicas do curso demonstrou 97% deles com páginas eletrônicas ativas, sendo que 66% ofertam o estágio curricular em suas atividades curriculares, mas apenas 38% destinam 20% da carga horária total do curso destinada ao estágio curricular conforme diretriz da política (MOIMAZ *et al.*, 2016). Que análises poderiam ser realizadas para explicar que, apesar dos investimentos de políticas públicas, encontra-se muita resistência no avanço das reformas curriculares?

Persistem amplos desafios para a institucionalização dos estágios enquanto dispositivos curriculares, pode-se citar alguns: a expansão ainda limitada da APS e da atenção especializada na saúde bucal, a necessidade de avanços nas discussões sobre o papel e institucionalização do preceptor/trabalhador e do tutor/docente, as incompreensões ainda persistentes a respeito dos estágios, tanto na IES como na gestão e nos serviços do SUS, o discurso hegemônico da clínica liberal-privatista e seus reflexos num embate constante entre tutores/preceptores e discentes (WARMLING, 2009).

As fragilidades ainda presentes na instituição de estágios curriculares no ensino da odontologia, dispositivos maiores das (bio) políticas da saúde bucal coletiva na graduação em odontologia, conduzem a atenção para o papel de enfrentamento dessas fragilidades que processos a Integração Ensino-Serviço poderiam adquirir ao serem aliados aos de Educação Permanente em Saúde (EPS). A EPS é planejada de forma ascendente e a partir dos nós críticos identificados nas análises coletivas nos territórios de saúde, atua com a centralidade nos processos de avaliação e gestão das redes de saúde. Destacam-se três dimensões da contribuição da noção de EPS em projetos formativos: 1) A experiência da problematização. 2) A interação entre formação, gestão e atenção. 3) A aproximação de processos de ensino aos territórios de saúde. Em processos de EPS articulados aos de Integração Ensino-Serviço, caracterizados nos dispositivos de saúde bucal coletiva – estágios curriculares, capacidades cognitivas serão somadas ao desenvolvimento das comunicacionais, afetivas e interativas (UFRGS, 2015).

EPS e Integração Ensino Serviço articulados nos dispositivos estágios curriculares, ao promover a reunião de atores das redes de ensino e das de atenção em saúde bucal, constituem a integração dessas redes potencializando o papel da saúde bucal coletiva na graduação da odontologia.

Trajetória e perspectivas do mestrado profissional na formação em saúde

Antonio Carlos Pereira

Brunna Verna Castro Gondinho

Jaqueline Vilela Bulgareli

Luciana Miranda Guerra

Neste capítulo, buscar-se-á trazer um panorama sobre conceitos e conteúdos essenciais para compreender os caminhos percorridos, reflexões acerca da conjuntura atual e as perspectivas que vem sendo discutidas a respeito do mestrado profissional.

Conteúdo programático:

Breves comentários acerca da pós-graduação no Brasil;

Projeto de formação do MP;

Avaliação do Sistema Nacional de Pós-Graduação;

Perspectivas do Mestrado Profissional.

Breves comentários acerca da pós-graduação no Brasil

A pós-graduação se constitui num projeto em realização e influenciado por um conjunto de fenômenos sociais, econômicos, políticos e acadêmicos. Sua estruturação origina-se, portanto, de um complexo esforço coletivo, que conta com a participação do Estado, de dispositivos da comunidade científica e do corpo docente das instituições de ensino e pesquisa envolvidos com esse nível de ensino (MARTINS, 2002).

Suas origens no Brasil são relativamente recentes, uma vez que suas primeiras propostas datam da década de 1920, período marcado pelo surgimento de movimentos em defesa do ensino e

pesquisa realizados no mesmo ambiente institucional se complementando (NUNES *et al.*, 2010).

Historicamente, o termo “pós-graduação” foi mencionado formalmente pela primeira vez em 1940 (SANTOS, 2003). Na década de cinquenta deu-se a criação da Campanha de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), hoje Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Conselho Nacional de Pesquisas (NUNES *et al.*, 2010).

Nesta década, o país estava em pleno desenvolvimento econômico (“50 anos em cinco”) e necessitava de trabalhadores tecnicamente qualificados, assim o objetivo primeiro da CAPES naquela época era garantir a presença de força de trabalho especializada em quantidade e qualidade suficientes para atender às necessidades das iniciativas públicas e privadas (Martins, 2002). Atualmente este órgão incorporou novas responsabilidades além da concessão de bolsas de estudos, a saber: a legislação, organização e coordenação do sistema de aperfeiçoamento do ensino superior no Brasil (NUNES *et al.*, 2010).

Para saber!

Há no Brasil uma hegemonia que situa a educação profissional como forma de adaptação dos trabalhadores ao contexto existente - meios de produção e reprodução do capitalismo.

Porém, a partir do entendimento das condições históricas que reproduzem o sistema capitalista periférico e dependente, como é o caso do Brasil e, do reconhecimento da educação como uma forma de luta e de superação dessa sociedade injusta e desigual, surgiram no país projetos contra hegemônicos de formação dos trabalhadores da área da saúde.

Assim, a educação dos trabalhadores da saúde é composta por projetos contraditórios, interessados, conflitantes e em luta por uma visão de mundo.

(PEREIRA; RAMOS, 2006)

Os cursos de pós-graduação *stricto sensu* brasileiros possuem uma organização curricular com áreas de concentração e matérias conexas. Bem como, há na linha da historicidade variações relativas às características básicas de tais cursos, de disciplinar para interdisciplinar e multidisciplinar, de uni-institucional para pluri-institucional, de acadêmico para a formação de profissionais especializados e capacitados para atender às demandas do mercado nacional e internacional (ROMEO; ROMEO; JORGE, 2004).

Neste contexto, o mestrado profissional (MP) reconhecido pela Portaria nº 080 de 16 de dezembro de 1998 da CAPES é, sobretudo, um mestrado para quem trabalha (CASTRO, 2005), onde o produto – resultado almejado – é a sua principal diferença em relação mestrado acadêmico (MA) (RIBEIRO, 2005).

Enquanto que no mestrado acadêmico (MA), pretende-se formar um pesquisador, no MP há a imersão na pesquisa, porém o principal objetivo é formar alguém que, no mundo profissional externo à academia, saiba utilizar a pesquisa de modo a agregar valor às suas atividades, sejam essas de interesse mais pessoal ou mais social. Com tais características, o MP exige um perfil de candidato distinto do candidato do MA (RIBEIRO, 2005).

Em outras palavras, o MP é um curso que objetiva formar um profissional preparado para pesquisa, desenvolvimento e inovação, bem como multiplicador de seus conhecimentos para os demais profissionais no seu campo profissional (QUELHAS; FARIA FILHO; FRANÇA, 2005).

Frente aos dilemas e tensões entre os valores e critérios acadêmicos e as pressões do mundo do trabalho, no sistema de pós-graduação, o mestrado profissional é motivo de polêmica, uma vez que é ora aceito, ora rejeitado na comunidade científica por instituições de peso, por representações e lideranças acadêmicas (FISCHER, 2003).

Há quem o interprete como:

Oportunidade de maior aproximação entre os trabalhos conduzidos pela universidade, às demandas – espontâneas ou induzidas pela própria universidade existentes no campo social e profissional, demandas por soluções tecnológicas, sociais e em geral, estruturadoras do conhecimento nas atividades profissionais. Apresenta uma dimensão voltada à horizontalidade e verticalização do conhecimento e assim vital para as atuais necessidades do Brasil” (QUELHAS; FARIA FILHO; FRANÇA, 2005; p.98).

Por outro lado, existe a

[...] identificação desse com interesses que seriam das empresas – e que, portanto, colocariam a universidade a serviço dessas” (RIBEIRO 2005, p.9).

Para Demerval Savianni (2003), no mundo regido sob o capital, o conhecimento científico é incorporado ao trabalho produtivo no momento em que se converte em força produtiva. Assim, qual o local do mestrado profissional?

Projeto de formação do MP

A portaria Capes nº 80 de 1998 (BRASIL, 1998) regulamenta a modalidade do mestrado profissional e destaca a necessidade de criar cursos de pós-graduação voltados para a formação de profissionais que atuam, principalmente, no desenvolvimento de novas técnicas e processos científicos nos vários setores produtivos (SANTOS; HORTALE; AROUCA, 2012).

Desde então, o mestrado profissional (*stricto sensu*) se constitui pela multiplicidade de significados construídos em torno de seu conceito. Devido ao seu caráter prático e não somente acadêmico, muitas vezes se confunde na dualidade de conceitos com os cursos de especialização *lato sensu*. Portanto, é fundamental deixar claro que o mestrado profissional aproxima a academia do serviço e, portanto, potencializa a formação do profissional com competências científicas para realizar pesquisas no contexto real do trabalho, ou seja, a prática se torna cenário para a construção de conhecimentos.

Dentre as propostas do MP podemos destacar um tipo de formação que vai além de qualificar a técnica do trabalho em si, utilizando ferramentas científicas; e sim uma proposta de alcançar novos processos de trabalho para que as atividades sejam mais eficientes. Diante disso, cabe a reflexão:

Qual modelo de formação interessa a esta modalidade de ensino?

A formação do MP, consagrada pela modernidade, evidencia o significado da expressão latina “*homo faber*”, que significa dizer que o homem fabrica coisas para melhorar as condições de vida. Assim, podemos dizer que o “homem fabricante” é provocado, por meio da ação e do discurso, a produzir histórias que dão significados aos atos humanos, sendo que a ação guarda em si a potencialidade de resolver situações problemas (ARENDT, 2005).

Neste modelo de fabricação, a ideia de ciência aplicada na pós graduação valoriza o caráter de produção na formação cultural e científica e ainda permanece como critério avaliativo das ações humanas para a vida e trabalho.

Não foi somente a parafernália dos instrumentos e, portanto, auxílio que o homem teve que ir buscar no ‘*homo faber*’ para adquirir conhecimento que fez com que essas atividades subissem de sua antiga posição humilde na hierarquia das capacidades humanas. Mais decisivo do que isto foi o elemento de fabricação presente no próprio experimento, que produz os seus próprios fenômenos de observação e, portanto depende desde o início das capacidades produtivas do homem. (ARENDT, 2000, p. 308)

Diante do exposto, o modelo de formação do MP se aproxima do sentido de fabricação de coisas. Neste contexto, fabricação não se restringe a produção de objetos e sim, a criação de novos processos de trabalho que utiliza o campo das ideias e a inteligência para produzir melhores condições de vida.

Portanto, para fins de produtividade o MP reforça e impulsiona o desenvolvimento tecnológico do país por meio das produções científicas e destaca a ideia de que, teoria e prática, são essenciais para a formação profissional. Por conseguinte, é uma limitação considerar a prática como aplicação da teoria, pois não tornaria possível qualquer ação humana. Assim, é inviável para o curso de MP ter como foco principal a elaboração de projetos aplicados e aplicáveis, há de considerar também que os projetos fomentem uma ação reformista capaz de implantar novos processos, novas possibilidades, além do teoricamente previsto (SANTOS; HORTALE; AROUCA, 2002).

Desta forma fica a indagação: De que forma o curso de MP, apoiado na lógica da produção, poderia promover ação transformadora do processo de trabalho?

No que tange a esta questão “trabalho, produção e formação” é importante remeter ao contexto sócio histórico que traz entendimentos da atual conjuntura sobre a serviência da sociedade ao modo de produção capitalista. Para Dermerval Savianni (2003) o mundo que serve o capital, converte o conhecimento científico em força produtiva e, por conseguinte, em meio de produção. Portanto, sem o conhecimento os profissionais não produzem e se não produzem não acrescenta valor ao capital.

Além disso, é pertinente elucidar que como qualquer processo educativo escolar, no curso de MP há a intenção de incorporar no “ser social” percepção, comportamentos e ação designado de *habitus* por Bourdieu (2004). De acordo com esse mesmo autor, o conceito *habitus* define-se como princípio gerador que retraduz características de relação de uma posição social, ou seja cada um age e reage de certa forma considerando o que o mundo social deixa em cada um de nós.

Diante do pressuposto, vale refletir qual cenário o MP pode ocupar, a fim de reproduzir a visão de ordem social. Haja vista que, segundo Bourdieu (2007, p. 153), “posições dominadas no campo social também estão em posições dominadas no campo da produção simbólica”. Por isso, reconhece-se que aqueles em posição de poder definem o que deve ou não ser tomado de conhecimento e o quanto acessível estará esse conhecimento.

Experiência mestrado profissional odontologia em saúde coletiva, atual mestrado profissional em gestão e saúde coletiva

O Programa de Pós-Graduação (PG) em Saúde Coletiva e Gestão da FOP-UNICAMP foi implantado em 2003, Inicialmente denominado “Programa de Pós Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva” (PP-G-OSC) visa a formação de um profissional habilitado em desempenhar funções de ensino, pesquisa e extensão, com prática voltada à ação comunitária, e com destacada capacidade para analisar, planejar ações, executar e avaliar programas com o intuito de controlar os principais problemas de saúde na comunidade. O modelo do curso se traduz num conjunto de conhecimentos e aptidões em pesquisa e ensino, além do aprimoramento da prática comunitária. Os profissionais inseridos no programa habilitam-se no tocante ao planejamento e resolução dos principais problemas em saúde nas três esferas de governo, municipal, estadual e federal, com notória capacidade de desenvolver políticas públicas adequadas à realidade local e com visão social.

O Curso já está em andamento desde 2003. Inicialmente focado na saúde bucal, foi implantado com a denominação de Odontologia em Saúde Coletiva. Contudo, com o passar dos anos, a multiprofissionalidade passou a ser uma característica constante. Os conteúdos, projetos de pesquisa e, conseqüentemente a produção técnica e bibliográfica do programa se expandiram para além do enfoque meramente odontológico e passaram a abordar novos núcleos do saber, apontando, assim, para a necessidade de mudança de nome do curso. Em 2017 foi aprovada, pela Unicamp e pela CAPES, a mudança do nome para Saúde Coletiva e Gestão.

Os docentes do Programa trabalham de uma forma direcionada e produtiva, contemplando a integralidade e multidisciplinaridade indispensável à PG.

O curso colabora no atendimento a demanda necessária à capacitação de profissionais na área de saúde, tanto em nível regional quanto nacional, haja vista a necessidade premente em qualificar profissionais de saúde para trabalhar de forma eficiente junto aos gestores de saúde.

Busca-se, desse modo, criar condições para que haja um elo entre o desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias na academia e sua aplicação prática em serviços públicos.

O curso tem entradas anuais. Há a seleção – em anos ímpares - de alunos sem nenhuma experiência de gestão, na qual o programa se esforça no sentido de prepará-los para o trabalho em equipe e na gestão. Vale lembrar que as atividades práticas desses alunos (gestão, atendimen-

to odontológico, visitas domiciliares e demais) são realizadas diretamente em 6 Unidades de Saúde da Família do município de Piracicaba. Nos anos pares há as seleções para alunos com alguma experiência de gestão. As últimas 03 seleções tiveram em média 100 candidatos de todas as áreas da saúde, envolvendo secretários de saúde, gerentes de saúde, coordenadores de saúde bucal e de outras áreas, além de gestores de secretarias estaduais e do Ministério da Saúde.

É ministrado em 4 semestres, com aulas teóricas, exercícios, seminários, estudos dirigidos e trabalho de campo. Está voltado a formar profissionais habilitados a exercer funções de administração em serviço público e qualificar recursos humanos para as áreas de docência e pesquisa. Vale ressaltar que além de alunos selecionados provindos da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba (Médicos, Enfermeiros e Dentistas), há uma importante inserção regional, além de alunos vindos de todos os estados do país, sendo ainda escassos os cursos PG em Saúde Coletiva com ênfase em processos de trabalho em saúde coletiva. Atualmente, a FOP/UNICAMP apresenta-se como polo de capacitação nesta área, devido ao desenvolvimento de vários projetos sociais e alta produção científica. Os docentes propostos a atuarem no curso têm apresentado adequada produção científica, com publicações em periódicos qualificados nacionais e internacionais e livros, além de captarem financiamentos obtidos em órgão de fomento (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, CAPES, Fundo de Apoio ao Ensino, à Pesquisa e Extensão - FAEPEX, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ, Ministério da Saúde, Prefeituras, Secretarias de Estado). Atualmente, este mestrado tem convênios de colaboração com o Ministério da Saúde e Prefeitura Municipal de Piracicaba.

Avaliação do sistema nacional de pós-graduação

O marco do sistema de pós graduação brasileira se deu em 1965 pelo Parecer nº 977. Em homenagem ao relator Newton Sucupira, ficou conhecido como “Parecer Sucupira” (SUCUPIRA, 1980, ALMEIDA JUNIOR *et al.*, 2005). Sucupira elaborou o documento que conceituou, formatou e institucionalizou a pós-graduação brasileira nos moldes como é até os dias atuais.

O Parecer Sucupira possui sete tópicos a saber: a origem da pós-graduação, conceito, necessidade, exemplo da pós-graduação nos Estados Unidos, a pós-graduação na LDB (Lei das Diretrizes Básicas da Educação)

de 1961, a pós-graduação e o Estatuto do Magistério, e a definição e caracterização da pós-graduação (BRASIL, 2014).

Considerando que o modelo proposto por Sucupira há mais de 50 anos ainda possui características únicas, como não ter dois cursos iguais numa mesma área do conhecimento e poder ser avaliados com índices de qualidade (BRASIL, 2014). Reconhece o desenvolvimento do conhecimento científico e formação de pesquisadores, por outro lado desconhece que esses objetivos venham ser reconhecidos nas duas modalidades de mestrado (acadêmico e profissional) já que os mestrados são nomeados conforme área de conhecimento e ambos indica um nível de formação que direciona ao grau acadêmico (ALMEIDA JUNIOR *et al.*, 2005).

Em 27 de março de 2014, a Capes lança a Plataforma Sucupira para gestão da pós-graduação, com o intuito de propiciar a gerência e operação de todos os processos e permitir maior participação das pró-reitorias e coordenadores de programas de pós-graduação. Outro objetivo é dar visibilidade a expansão da pós no Brasil, divulgando e tornando público o acesso às informações (BRASIL, 2014).

A avaliação dos Programas de Pós-Graduação no Brasil foi estabelecida a partir de 1998. É orientada pela Diretoria de Avaliação/Capes e realizada com a participação da comunidade acadêmico-científica por meio de consultores ad hoc. É atividade essencial para assegurar e manter a qualidade dos cursos de Mestrado e Doutorado no país (BRASIL, 2017).

Seus objetivos são a certificação da qualidade da pós-graduação brasileira (referência para a distribuição de bolsas e recursos para o fomento à pesquisa); a identificação de assimetrias regionais e de áreas estratégicas do conhecimento no Sistema Nacional de Pós-Graduação (SNPG) para orientar ações de indução na criação e expansão de programas de pós-graduação no território nacional (BRASIL, 2017).

Os programas foram divididos em 49 áreas junto a Capes. Cada área tem seu documento de avaliação com os critérios pertinentes. Esses documentos são referência para os processos avaliativos, tanto na elaboração e submissão de propostas de cursos novos quanto na avaliação trienal dos cursos em funcionamento. Neles estão descritos o estado atual, as características e as perspectivas, assim como os quesitos considerados prioritários na avaliação dos programas de pós-graduação pertencentes a cada uma das 49 áreas de avaliação (BRASIL, 2017). Em conjunto com as Fichas de Avaliação e os Relatórios de Avaliação, os Documentos de Área constituem o trinômio que expressa os processos e os resultados da Avaliação Quadrienal (BRASIL, 2017).

Os Programas de Mestrado Profissionais na área de odontologia foram avaliados por uma comissão formada por 12 consultores além do

coordenador de área e os dois coordenadores adjuntos, entre os dias 2 a 5 de agosto de 2017. Foram avaliados segundo cinco grandes eixos: **proposta, corpo docente, corpo discente, produção intelectual e inserção social.**

Em relação à **proposta** foram considerados:

- 1) Coerência, consistência, abrangência e atualização das áreas de concentração, linhas de pesquisa, projetos em andamento e proposta curricular;
- 2) Coerência, consistência e abrangência dos mecanismos de interação efetiva com outras instituições, atendendo a demandas sociais, organizacionais ou profissionais;
- 3) Infraestrutura para ensino, pesquisa e, se for o caso, extensão;
- 4) Planejamento do Programa visando ao atendimento de demandas atuais ou futuras de desenvolvimento nacional, regional ou local, por meio da formação de profissionais capacitados para a solução de problemas e práticas de forma inovadora.

Sobre o **corpo docente**, os critérios observados foram:

- 1) Perfil do corpo docente, considerando experiência como pesquisador e/ou profissional, titulação e sua adequação à Proposta do Programa;
- 2) Adequação da dimensão, composição e dedicação dos docentes permanentes para o desenvolvimento das atividades de pesquisa e formação do Programa;
- 3) Distribuição das atividades de pesquisa, projetos de desenvolvimento e inovação e de formação entre os docentes do Programa;
- 4) Captação de recursos pelos docentes para pesquisa.

Em relação ao **corpo discente e trabalhos de conclusão** os critérios foram:

- 1) Quantidade de trabalhos de conclusão (MP) aprovados no período e sua distribuição em relação ao corpo discente titulado e ao corpo docente do programa;
- 2) Qualidade dos trabalhos de conclusão produzidos por discentes e egressos;
- 3) Aplicabilidade dos trabalhos produzidos.

Já a avaliação da **produção intelectual** dos programas observou:

- 1) Publicações qualificadas do Programa por docente permanente;
- 2) Produção artística, técnica, patentes, inovações e outras produções consideradas relevantes;

- 3) Distribuição da produção científica e técnica ou artística em relação ao corpo docente permanente do programa;
- 4) Articulação da produção artística, técnica e científica entre si e com a proposta do programa.

Em relação à **inserção social** do Programa, foram pontuados:

- 1) Impacto do Programa;
- 2) Integração e cooperação com outros Cursos/Programas com vistas ao desenvolvimento da pós-graduação;
- 3) Integração e cooperação com organizações e/ou instituições setoriais relacionados à área de conhecimento do Programa, com vistas ao desenvolvimento de novas soluções, práticas, produtos ou serviços nos ambientes profissional e/ou acadêmico;
- 4) Divulgação e transparência das atividades e da atuação do Programa.

O Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde Coletiva da FOP UNICAMP (antigo Odontologia em Saúde Coletiva) tem atualmente conceito máximo atribuído pela capes (conceito 5), sendo, portanto, considerado curso de excelência.

Sua trajetória de avaliação é positiva e ascendente (Gráfico 1).

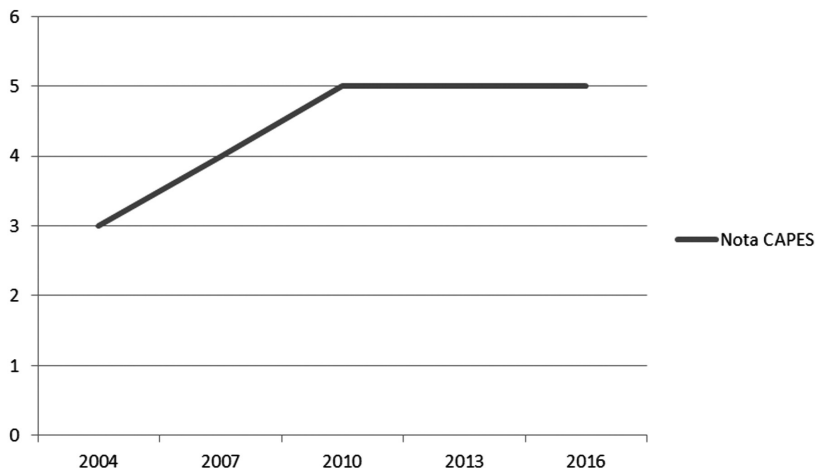


Gráfico 1: Evolução do MP Gestão e Saúde Coletiva FOP/UNICAMP segundo avaliação CAPES, 2004 à 2016. Brasil, 2017.

Cursos Recomendados e Reconhecidos										
		Total de Programas de pós-graduação					Totais de Cursos de pós-graduação			
Nome	Área de Avaliação	Total	ME	DO	MP	ME/DO	Total	ME	DO	MP
ODONTOLOGIA	ODONTOLOGIA	106	18	4	24	60	166	78	64	24
	Totais	106	18	4	24	60	166	78	64	24

ME: Mestrado Acadêmico
DO: Doutorado
MP: Mestrado Profissional
ME/DO: Mestrado e Doutorado

Quadro 1: Quantitativo de cursos reconhecidos e recomendados pela CAPES na área de Odontologia. Brasil, 2017.

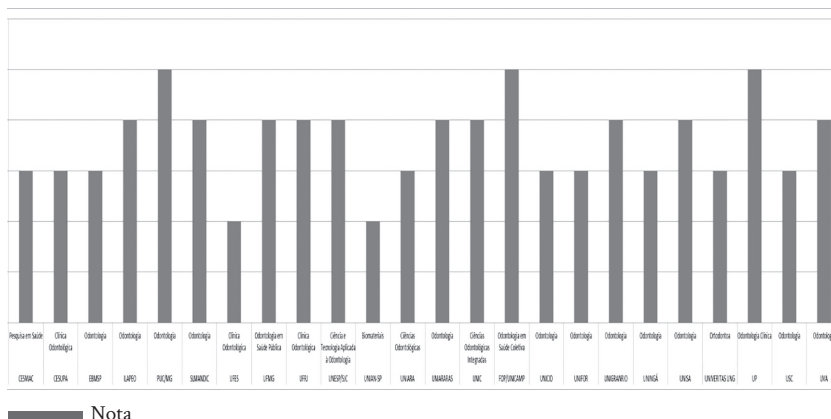


Gráfico 2: Avaliação dos Mestrados Profissionais, área Odontologia, no Quadriênio 2013 – 2016. Brasil, 2017.

Ao atingir se consolidar no nível de excelência, o PPG em Saúde Coletiva e Gestão da FOP UNICAMP deu um passo a frente, assumindo importante função de inserção social, ao estabelecer parceria com o Centro Universitário Instituto Teológico Aplicado (INTA) através de um MINTER (Mestrado Interinstitucional), na cidade de Sobral (CE).

O referido MINTER está atualmente sendo desenvolvido em Sobral, com amplo envolvimento dos alunos, dos docentes do MP e também dos colaboradores da Instituição parceira (INTA). Tem sido uma vivência prática valiosa para todos os envolvidos, uma vez que, se para os alunos do INTA há um acréscimo de conteúdo, qualificação profissional e acadêmica; para nós, docentes do MP, há a experiência de lidar com assuntos e práticas – trazidas pelos alunos- que diferem muito do nosso contexto. Essa vivência de outras realidades certamente qualificará ainda mais o nosso programa, ampliando olhares, percepções e conhecimentos para

além do nosso território. Enfim, vivemos na prática a regionalidade e suas peculiaridades assim como sempre ensinamos aos nossos alunos.

Como análise crítica, sabemos que ainda há muito por fazer. A inserção social na comunidade, que temos conseguido pela atuação direta de nossos alunos nas Unidades de Saúde da Família de Piracicaba, é de suma importância, porém não pode aí se estagnar. Temos que avançar. Para além de Piracicaba; para além da saúde da família... Temos que nos guiar para uma contínua reformulação de nossos conteúdos nas ciências sociais e humanas, para nossa inserção em projetos voltados a saúde ambiental e à saúde do trabalhador, núcleos onde ainda não atuamos.

Temos como perspectiva a evolução contínua no processo de formação qualificada de pessoas que atuem na saúde coletiva de forma engajada, crítica e cientificamente fundamentada

Perspectivas do mestrado profissional

Os mestrados profissionais são e devem ser tratados como local onde existe a articulação orgânica entre a prática (que o aluno tem ou almeja ter) e a teoria que alimenta e alicerça a academia a partir de experiências de inovação e reinvenção (FISCHER, 2005).

Porém, os enfrentamentos diários são significativos, uma vez que percorrem, desde o desconhecimento em relação a esta modalidade de pós-graduação, continuam pela inexperiência do corpo docente em atuar neste tipo de mestrado e seguem por questões relativas ao financiamento que impossibilitam maior dedicação dos mestrandos ao curso (SAUPE; WENDHAUSEN, 2005).

A busca por respostas aponta que a consolidação do MP no Brasil se dará pela existência de apropriação ampla e formativa dos mecanismos de ensino-aprendizagem e avaliação usados, bem como dos resultados obtidos e de seus resultados para a sociedade (HORTALE *et al.*, 2010).

Atualmente a Portaria nº 389, de 23 de março de 2017 traz a novidade da modalidade de doutorado profissional, até então não existente no Sistema Nacional de Pós-Graduação e cujo objetivo é de também capacitar profissionais qualificados para o exercício da prática profissional avançada e transformadora de procedimentos, visando atender demandas sociais, organizacionais ou profissionais e do mercado de trabalho (BRASIL, 2017).

Frente ao exposto, cabe ressaltar a necessidade de se construir um projeto de educação que tenha por meta a preparação e a capacitação política dos homens, uma vez que isto permitirá despertá-los para a crítica, insubmissão e criatividade, bem como, por consequência, cria-

rá as condições que tornarão possíveis mudanças nas estruturas sociais (GUTIÉRREZ, 1998).

Educar, portanto, não é sinônimo de adaptação à ordem existente, mas, pelo contrário, é um caminho pelo qual respostas criativas podem resolver condições que dificultam a conquista de uma sociedade diferente (GUTIÉRREZ, 1998; PEREIRA; RAMOS, 2006).

Assim, é necessário que a educação profissional em saúde avance para a construção de referenciais políticos e epistemológicos que a orientem à emancipação, mesmo que em um cenário de contraditória realidade social.

Este cenário contraditório é bem referido por Pedro Demo (2001, p. 298) na concepção de Charles Taylor Kerchner sobre a influência do capitalismo do século XXI na educação.

[...] a melhoria da educação eleva constantemente os padrões de exigência, dentro da lógica da mais valia relativa; o que poderia ser nova chance para o ser humano, reveste-se no capitalismo em fator a mais de exclusão, que passa a abarcar não apenas os desqualificados, mas igualmente aos qualificados.

Ademais, as políticas de formação educativa estão subordinadas ao poder do capitalismo dominante, e portanto as exigências de produção, competição e emprego. Desta forma, a educação é vista como mercadoria, atuando como um processo de produção para o mercado de trabalho de indivíduos, como diz Charlot *apud* Canário (2006), “empregáveis”, “flexíveis”, “adaptáveis” e “competitivos”.

Por fim, com o objetivo de fomentar estudos futuros várias questões ficam sem resposta na busca pelo entendimento de uma lógica contra hegemônica aos pressupostos do MP na formação do profissional de saúde, por assim dizer formar indivíduos preparados para transformar suas próprias práticas, bem como realizar transformações nas instituições.

Formação em saúde bucal coletiva da graduação à pós-graduação

Danilo Almeida

José Eudes de Lorena Sobrinho

Mikael Lima Brasil

Petrônio José de Lima Martelli

Este capítulo foi escrito com base nas apresentações “O papel da SBC nos cursos de graduação”, da Profa. Dra. Cristine Maria Warmling (UFRGS); “A produção científica da Saúde Bucal Coletiva (SBC) e o papel da pós-graduação”, do Prof. Dr. Roger Keller Celeste (UFRGS); e “A SBC e os cursos de pós-graduação profissional: do mestrado ao doutorado”, do Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira (FOP/UNICAMP), que compuseram a mesa intitulada “Formação em saúde bucal coletiva: da graduação a pós-graduação” na VI Reunião de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva, e incorporadas do debate ocorrido com o público presente.

O papel da saúde bucal coletiva nos cursos de graduação

Diversos autores se debruçaram em estudar a evolução e mudanças ao longo do tempo ocorridas na prática do ensino da odontologia, objetivando esclarecer aspectos inerentes ao ensino e à prática profissional da odontologia (MORITA; KRIGER, 2004; FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011).

No início do século XIX, as relações da medicina popular com a medicina oficial sofreram mudanças marcantes afetadas, principalmente, pela necessidade de haver regulação das práticas de cura no Brasil colonial, incluindo assim a regulação das práticas

dentárias, da profissão de dentista e do ensino de odontologia (PIMENTA, 1998; WARMLING; CARZOLA; BOTAZZO, 2012).

Posteriormente, foi decretada a Lei de 3 de outubro de 1832, pioneiro documento que traçou as primeiras diretrizes para o ensino ministrado nas faculdades de medicina, a qual não fazia qualquer menção de diferença entre as práticas médica e dentária (BRASIL, 1832), de modo que a primeira regulação do ensino da odontologia se deu apenas com a publicação do regulamento da Junta de Higiene Pública, em 1851 (BRASIL, 1851), e com os novos regulamentos para o ensino médico, em 1856, que instituíram a obrigatoriedade do exame na faculdade de medicina para exercer a prática dentária e ainda delimitou um campo de saberes e práticas deste profissional (BRASIL, 1856).

Foi com a Reforma Leôncio de Carvalho, em 1879, e com a publicação da lei orçamentária nº 3.141, de 30 de outubro de 1882, a odontologia ganhou força com a criação de 14 laboratórios nas faculdades de medicina dentre os quais o 13º era “o de cirurgia e prótese dentária” (BRASIL, 1879; BRASIL, 1882). No entanto, apesar desse ter sido o primeiro passo como instrumento legal para dar surgimento ao ensino das práticas dentárias realmente afastado do campo médico, a ausência do termo “clínica” nas especialidades dentárias e a menção somente à prótese e às cirurgias dentárias pareceu demonstrar que o conhecimento das demais especialidades clínicas não teria utilidade, efeito esse sentido ainda até os dias atuais no denominado modelo biomédico da saúde bucal, que centra esforços na mutilação dentária e posterior instalação de próteses para reposição (MORETTI-PIRES, 2009; DALMOLIN *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Ao final do século XIX, a clínica aparece como conteúdo curricular previsto na formação odontológica (BRASIL, 1891). Porém, foi a reforma Rocha Vaz, em 1925, que finalmente definiu a odontologia como curso superior e a situou como área que possuía faculdade própria. Acreditase que a separação entre as práticas médica e dentária foi a condição de possibilidade para o nascimento da profissão odontológica, na qual a instituição do embasamento científico foi produzida principalmente a partir dessa autonomia (WARMLING; MARZOLA; BOTAZZO, 2012).

Neste mesmo período, William Jonh Gies publica o relatório *Dental education in the United States and Canada* (1926), conhecido como *Gies Report* em que aborda os problemas das escolas de Odontologia dos EUA e Canadá, inspirado no Relatório Flexner que analisou os cursos médicos. As recomendações giesianas iam desde enfatizar as ciências biológicas e clínicas com especialização precoce, práticas curativo-cirúrgicas e reabilitadoras elegendo o mercado privado como campo prioritário da atuação profissional (GIES, 1926; MOYSÉS, 2013).

O longo caminho percorrido na evolução do ensino da odontologia no Brasil sofreu influências de várias situações no decorrer do tempo, como por exemplo da necessidade de haver regulação das práticas médicas no início do século XIX em função do aumento de profissionais atuando na arte da cura (WARMLING; MARZOLA; BOTAZZO, 2012).

O processo de urbanização decorrente da Revolução Industrial iniciada na Europa a partir do século XVIII, caracterizado pela migração da população para as cidades em decorrência do progresso industrial foi acompanhado por importantes mudanças sociais como os rearranjos familiares em decorrência da inclusão da mulher na sociedade e consequentemente a forte queda na fecundidade e o aumento da longevidade ao qual impulsionaram um envelhecimento da população (DUARTE; BARRETO, 2012; ZANON; MORETTO; RODRIGUES, 2013), modificando ainda no mundo ao longo dos anos o perfil de saúde da população de doenças agudas transmissíveis para prioritariamente doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), mudança essa denominada de transição epidemiológica. Por conseguinte, a transição epidemiológica traz implicações políticas, sociais, econômicas e de atenção especial por parte dos profissionais que se dedicam ao cuidado da saúde, uma vez houve o aumento de prevalência das DCNT bem como dos problemas de saúde bucal (KOCH FILHO *et al.*, 2011).

O primeiro levantamento epidemiológico da situação de saúde bucal do brasileiro, realizado em 1986, partiu de três premissas, a saber: o reconhecimento de que somente com dados fidedignos tornar-se-ia possível o desenvolvimento de ações preventivas, educativas e curativas com a necessária amplitude na país; a evidência de que a demanda por serviços odontológicos é limitada, cabendo ao setor público a cobertura integral dos grupos epidemiológicos e economicamente carentes; e a possibilidade de implementação de um programa nacional de saúde pública em odontologia, para o qual esses subsídios são essenciais. Este estudo comprovou nitidamente os altos índices de cáries entre as crianças, com índice CPO-D médio de 6,65 aos 12 anos, e o contínuo aumento proporcional do componente extraído do índice com a idade (BRASIL, 1986).

O último levantamento realizado, o SB Brasil 2010, no entanto demonstrou: queda do índice para 2,07 na mesma faixa etária; aumento da proporção do componente obturado com a idade e que apenas 23,5% dos idosos (faixa-etária de 65 a 44 anos) não utiliza prótese dentária em confronto com os 7,3% de que não necessitam (BRASIL, 2010). Esse quadro relativo à necessidade e ao uso da prótese reflete hoje o quadro epidemiológico da infância dessa população referida, demonstrada em 1986. Mas, o que aconteceu para que houvesse a mudança desse quadro?

Ao refletir acerca dessas questões esbarramos, já nos tempos atuais, no conceito da saúde bucal coletiva. Antes, porém, é necessário entender que saúde coletiva significa tomar como objeto as necessidades sociais de saúde e não apenas as doenças, os agravos ou os riscos (DE SOUZA, 2014), ou seja, a saúde bucal coletiva leva em consideração as necessidades sociais de saúde relacionadas à saúde bucal, onde a saúde bucal das populações resulta de fatores além da prática odontológica, como construções sociais operadas de modo consciente pelos homens em cada situação concreta (incluindo os profissionais da saúde).

Dessa forma pretende-se que a saúde bucal coletiva substitua toda forma de tecnicismo e de biologismo, realizando a reconstrução teórica de modo articulado e orgânico com o pensamento e a ação da saúde coletiva, reforçando compromisso histórico desta com a qualidade de vida na sociedade e com a defesa da cidadania, movimento este que ganhou força com o conceito de bucalidade, formulado por Botazzo (2006), que significa religar clínica e saúde coletiva; resgatar a dimensão do cuidado bucal; ampliar prescrições higienistas; dialogar com o reparo dos dentes; reconhecer responsabilidade ético-política da clínica; escuta qualificada das necessidades de saúde bucal (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Por muitos anos a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde e seu ensino foi marcado por uma visão biológica e tecnicista, com a valorização exagerada dos procedimentos técnicos e das clínicas de ensino fragmentado, com grande tendência de especialização precoce sem se preocupar com as necessidades da população (MOTTA; GONÇALVES; LOPES, 2015). Para mudar esse quadro em 2003 o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente, que tem “como principal meta a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos [...] com ampliação do acesso ao tratamento odontológico” (BRASIL, 2016). Objetivando consolidar os princípios e diretrizes da PNSB, alinhados aos princípios e diretrizes o Sistema Único de Saúde (SUS), várias políticas foram lançadas e, dentre elas, considerando a responsabilidade do SUS em ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e que a educação permanente é um conceito necessário para efetuar as relações entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção primária, o MS implementou em 2007 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2007).

O caminho traçado por essas duas políticas, claramente influenciado por uma complexa conjuntura de acontecimentos, levou à necessárias mudanças na formação do perfil profissional do estudante de graduação em Odontologia. Em consonância, a Câmara de Educação Superior ins-

tituiu em 2002 as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Graduação em Odontologia, ao qual devem ser observadas em todas as instituições de ensino superior do país, e afirmam que o perfil do Cirurgião-Dentista formado seja generalista e humanista (BRASIL, 2002).

A formação do Cirurgião-Dentista deve contemplar o sistema de saúde vigente no Brasil e garantir o desenvolvimento de estágios curriculares como mecanismos de aproveitamento de conhecimentos adquiridos pelos estudantes (BRASIL, 2002) e a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) define o estágio curricular como “instrumento de integração e conhecimento do aluno com a realidade social e econômica de sua região e do trabalho em sua área (ABENO, 2002). Estudos demonstram experiências exitosas com os estágios extra-muros, ao passo que possibilitam aos estudantes a inserção na realidade para aquisição e aprimoramento das competências profissionais de acordo com as DCN (GONÇALVES; SANTOS; CARVALHO, 2011; SANTOS *et al.*, 2013; SILVA JUNIOR; PACHECO; CARVALHO, 2015).

Fonseca *et al.* (2015) sugerem em seu estudo, inclusive, um modelo lógico-ideal de estágio curricular-supervisionado, onde a inserção longitudinal dos estudantes nos cenários de práticas “oferece a possibilidade de experienciar uma clínica ampliada em atenção primária propiciando o entendimento da cavidade bucal de maneira articulada ao indivíduo em suas dimensões biopsicossociais. O modelo prioriza a compreensão da organização dos serviços de saúde de forma integral e o entendimento do SUS no seu cotidiano, com seus limites e desafios, permitindo o rompimento de conceitos pré-estabelecidos e a apropriação do conhecimento real. Pedagogicamente, apoia-se na problematização e conta com a colaboração de profissionais dos serviços de saúde como mediadores pedagógicos”.

Entretanto, apesar das experiências exitosas, Warmling *et al.* (2011) abordam em seu estudo alguns desafios que ainda precisam ser superados, a saber: expansão limitada da Atenção Primária à Saúde e, consequentemente, dos campos de estágio; necessidades de avanços nas discussões sobre o papel, atribuições e institucionalizações do preceptor; as incompreensões persistentes a respeito dos estágios; questões de financiamento; discurso hegemônico da clínica liberal-privatista e seus reflexos num embate constante entre preceptores e discentes; e os limites impostos pelo desenho fragmentado da rede de atenção em saúde. Ademais, um estudo mostrou que menos de 40 % dos cursos de graduação em odontologia analisados destinava os 20 % da sua carga horária total para estágio (MOIMAZ *et al.*, 2016). O panorama atual mostra que há ainda pequeno volume de estudos e de publicações relativas aos currículos de formação superior, bem como persistente resistência à mudança do modelo de prática profis-

sional permanecendo a abordagem de caráter tecnicista em contraposição aos objetivos das DCN (BRASIL, 2008).

A produção científica da saúde bucal coletiva e o papel da pós-graduação

Estima-se que, no Brasil, estejam em funcionamento um total de 101 programas de pós-graduação em Odontologia e outros 87 em saúde coletiva. Em ambos as notas de avaliação emitidas pela CAPES se concentram nos estratos 4 e 5, numa escala que varia de 1 (menor nota) a 7 (melhor conceito). Porém, há significativas diferenças entre os comitês que avaliam as duas áreas, com similaridades quanto ao peso da produção intelectual na composição da nota (35-40%), embora se reservam particularidades: publicação de livros pontua para os cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva, mas não para a Odontologia, por exemplo.

Para o programa subir para 6 ou 7 deve-se atender à indicadores diferenciais como os referentes à internacionalização, solidariedade entre programas, inserção social, comparação com centros internacionais fora do Brasil, presença em corpos editoriais, captação de recursos, inserção em indústrias e governo.

Em se tratando a produção científica, a odontologia brasileira produz 12,1% da produção mundial, atrás apenas dos EUA. Por outro lado, a Saúde Coletiva Brasileira produz entre 1,8% e 3,4% do total mundial. Em ambas áreas a participação brasileira vem crescendo ao longo dos anos, seja pelo aumento de periódicos brasileiros e pela produtividade dos pesquisadores (induzida pela CAPES).

Diferentes medidas de produção científica são utilizadas, com destaque para a bibliometria que consiste na aplicação da matemática e métodos estatísticos para livros ou qualquer outra comunicação escrita; a scientometria que estuda a ciência como atividade acadêmica ou econômica (patentes), também é parte da sociologia da ciência, aplicada a política de ciência e tecnologia; a webometria ou cybermetria que estuda as manifestações, uso e comportamento da informação na internet e se concentra em indicadores como: número de acessos, conteúdo, estrutura de difusão, performance de browsers.

Em uma análise da produção científica dos anos de 2008 a 2017, na Saúde Bucal Coletiva, há concentração de 60% estudos brasileiros, com 5.722 artigos. Os periódicos comumente utilizados como veículo de disseminação da produção foram a Revista Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, a Revista Ciência e Saúde Coletiva, o Brazilian Dental Journal e Brazilian Oral Reserach. As principais ins-

tituições de vinculação dos autores foram a Universidade de São Paulo (USP), a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e a Universidade Estadual Paulista (Unesp).

Celeste e Warmling (2014) analisando a produção bibliográfica da saúde bucal coletiva no Brasil entre os anos de 1947 a 2011, identificaram que as revistas classificadas como saúde coletiva possuem 13,7 mil artigos na base Scopus. Desse montante, 4,7% (n = 642) foram artigos identificados como afeitos à área da saúde bucal coletiva. Enquanto que das revistas classificadas como odontologia, que publicaram 3585 artigos, 6,8% (n = 245) foram identificados como ligados a área da saúde bucal coletiva.

Celeste, Broadbent e Moyses (2016) utilizando o banco de dados Scopus para identificar artigos relevantes da SBC publicados entre 1965 a 2014 em três periódicos principais e de 2005 a 2014 em jornais específicos, de saúde pública, e gerais, identificaram 60.297 artigos, com ênfase em estudos sobre cárie dentária, saúde e serviços em crianças e adolescentes. Observou-se aumento do interesse por temas sobre comportamento, promoção da saúde, educação em saúde, qualidade de vida e fatores socioeconômicos na última década.

A saúde bucal coletiva e os cursos de pós-graduação profissional: do mestrado ao doutorado

A pós-graduação se constitui como um projeto em realização e influenciado por um conjunto de fenômenos sociais, econômicos, políticos e acadêmicos. Sua estruturação origina-se, portanto, de um complexo esforço coletivo, que conta com a participação do Estado, de dispositivos da comunidade científica, do corpo docente das instituições de ensino e pesquisa envolvidos com esse nível de ensino (MARTINS, 2002).

Com a criação da então denominada Campanha Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (atual Capes) pelo Decreto nº 29.741 de 1951, com o objetivo de “assegurar a existência de pessoal especializado em quantidade e qualidade suficientes para atender às necessidades dos empreendimentos públicos e privados que visam ao desenvolvimento do país” se iniciou no país uma organização quanto à formação de nível superior na pós-graduação (BRASIL, 1951).

Em 1981, a Capes foi reconhecida como órgão responsável pela elaboração do Plano Nacional de Pós-Graduação *Stricto Sensu* através do Decreto nº 86.791. No ano de 1990, durante o governo Collor, a Medida Provisória nº 150, de 15 março de 1990, extingue a Capes, desencadeando intensa mobilização que consegue reverter a medida. Passados 57 anos

desde a criação da Capes, o Congresso Nacional aprova por unanimidade a Lei no 11.502/2007, homologada pelo então presidente Luiz Inácio Lula da Silva instituindo a Nova Capes, que além de coordenar o alto padrão do Sistema Nacional de Pós-Graduação brasileiro também passa a induzir e fomentar a formação inicial e continuada de professores para a educação básica (BRASIL, 1981; BRASIL, 1990; BRASIL, 2007).

Fenômeno relativamente recente na pós-graduação brasileira, os cursos de Mestrado Profissionais como possibilidade de formação *stricto sensu* foram reconhecidos pela Portaria 80 de 16 de dezembro de 1998 como forma de orientar o ensino para a aplicação (BRASIL, 1998; FISCHER, 2005).

Apesar da normativa do final dos anos 90, discussões acerca desta formação remontam ao ano de 1965 quando o então Conselho Federal de Educação propunha a criação de cursos de pós-graduação orientados à formação de profissionais. O fato é que com a urgente necessidade de formar profissionais qualificados ao ensino e à pesquisa, se instituíram os cursos *lato sensu* e *stricto sensu* com vieses acadêmicos (FISCHER, 2005).

Atualmente são ofertados 6.453 cursos de pós-graduação *stricto sensu* no Brasil. Destes, 770 são Mestrados Profissionais. No âmbito da Odontologia, funcionam 102 programas de pós-graduação no país ofertando 76 cursos de mestrado acadêmico, 64 cursos de doutorado acadêmico e 22 cursos de mestrado profissional. Em todas as modalidades há hegemonia da oferta por instituições de ensino superior localizadas no Sudeste do Brasil: 60% dos cursos de Mestrado Acadêmico, 64% dos cursos de Doutorado Acadêmico e 64% dos cursos de Mestrado Profissional, em contraposição ao Norte e Nordeste que juntas concentram 20% dos cursos de Mestrado Acadêmico, 15% dos cursos de Doutorado Acadêmico e menos de 14% dos cursos de Mestrado Profissional (BRASIL, 2018).

Críticas são tecidas quanto aos formatos de avaliação previstos aos cursos de Mestrado Profissionais, pois os parâmetros, critérios e indicadores no início tendiam a aferir o desempenho com olhar similar aos programas de natureza acadêmica. A Resolução do Conselho Superior da CAPES em 2001 propôs ajustar o Sistema de Avaliação (FISCHER, 2005), o que passa a ser realidade a partir da Portaria Normativa 17 de 2009 que incluiu como produtos do Mestrado Profissional as publicações tecnológicas; desenvolvimento de aplicativos, materiais didáticos; produção de programas de mídia, editoria, softwares, estudos de caso, relatório técnico, manual de operação técnica, protocolo experimental ou de aplicação em serviços, projeto de aplicação ou adequação tecnológica, protótipos

para desenvolvimento ou produção de instrumentos, equipamentos e kits, projetos de inovação tecnológica.

Nestes itens podem ser estabelecidas contribuições advindas do Mestrado Profissional em Odontologia aos serviços de saúde, sobretudo na área ou linha de pesquisa denominada Saúde Bucal Coletiva, a partir da sua compreensão como um campo de conhecimentos e práticas que integram a amplitude do termo Saúde Coletiva. Rompendo epistemologicamente com a odontologia de mercado e propondo uma substituição de toda forma de tecnicismo e biologismo presentes até então na Odontologia Preventiva e Social, cabe a ela uma agenda de trabalho para o enfrentamento e ocupação de espaço de destaque na formação dos profissionais da saúde bucal (NARVAI, 2006).

Com o avanço das transformações curriculares ocorridas no âmbito dos cursos de graduação em Odontologia a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais publicadas em 2002, deve-se discutir amplamente o papel dos cursos de pós-graduação em Odontologia com destaque para aqueles de natureza profissionalizantes, dada a sua íntima relação com e para o serviço de saúde.

Um passo importante é alinhar os produtos do Mestrado Profissional à Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) republicada pelo Ministério da Saúde em 2015, que conta com um capítulo específico para as pesquisas prioritárias em saúde bucal (BRASIL, 2015).

Novas reflexões relativas aos cursos de pós-graduação *stricto sensu* devem vir à tona em razão da publicação da Portaria nº 389 de 23 de março de 2017 que implanta no Brasil a modalidade de doutorado profissional e define os objetivos dos cursos profissionais, dentre os quais se destacam: capacitar profissionais qualificados para o exercício da prática profissional avançada e transformadora de procedimentos, visando atender demandas sociais, organizacionais ou profissionais e do mercado de trabalho; e promover articulação integrada da formação com entidades demandantes de naturezas diversas.

Conclusões

Avanços significativos foram observados quanto à incorporação dos conteúdos relativos à saúde bucal coletiva no âmbito dos cursos de graduação em Odontologia no Brasil impulsionados certamente pelas Diretrizes Curriculares Nacionais editadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação e pela progressiva inserção do cirurgião-dentista no setor público de saúde. Apesar de incluída nos projetos pedagógicos dos cursos,

a SBC ainda enfrenta as resistências de um modelo de formação clínico-centrada e com forte atuação no mercado privado. Estratégias de ensino que agreguem a formação de profissionais sob a égide da clínica ampliada em saúde bucal devem ser estimuladas para romper com a histórica fragmentação das ciências biológicas e das ciências sociais aplicadas.

Acompanhando estas transformações, também a pós-graduação se fortaleceu no campo da SBC tanto com a oferta de cursos *lato sensu* quanto *stricto sensu*, o que decerto estimula a formação de docentes e pesquisadores que atuarão nas instituições de ensino com a capacidade de transformar a proposta dos cursos de graduação em Odontologia; quanto os programas de Mestrado Profissionais (e no futuro próximo os Doutorado Profissionais) na formação de profissionais com maior capacidade crítica-reflexiva e na produção técnica útil aos serviços de saúde. Neste nível de formação ainda persiste a concentração de produção científica e de pessoal nas regiões Sul e Sudeste do Brasil.

Por fim, acredita-se que é através da formação de pessoas com competências em SBC que se desenvolverão as habilidades e atitudes necessárias à mudança do modelo de atenção e dos indicadores epidemiológicos em saúde bucal.

CONTRIBUIÇÃO DOS CAMPOS DA SAÚDE COLETIVA PARA A CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Relato dos grupos de trabalho

INOVAÇÃO NA CLÍNICA AMPLIADA EM SAÚDE BUCAL E AS CATEGORIAS DO CUIDADO

119 Inovação no cuidado na clínica em saúde bucal capítulo síntese GT: cuidado na clínica

Carlos Botazzo

Elizabethe Cristina Fagundes de Souza

Fabiana Schneider Pires

Pedro Augusto Thiene Leme

Inovação no cuidado na clínica em saúde bucal

capítulo síntese GT: cuidado na clínica

Carlos Botazzo

Elizabethe Cristina Fagundes de Souza

Fabiana Schneider Pires

Pedro Augusto Thiene Leme

Apresentação

Este relatório apresenta uma síntese descritiva da produção do Grupo de Trabalho (GT 01) **Inovação no cuidado na clínica em saúde bucal: formação e competências profissionais** realizado nos dias 7, 8 e 9 de dezembro de 2017 nas dependências da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE, durante a VI Reunião de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva, organizada pelo GT Saúde Bucal da Associação Brasileira de saúde Coletiva (ABRASCO).

O grupo contou com 35 inscrições e destes compareceram no primeiro dia um total de 33 pessoas, variando a frequência nos demais dias entre 30 a 28 participantes. A diversidade dos integrantes do grupo composto por profissionais de serviços de saúde, pesquisadores, docentes, discentes de cursos de graduação e pós-graduação de diferentes regiões do país produziu rica discussão sobre cuidado em saúde bucal.

A multiplicidade de perspectivas fez emergir, no transcorrer das atividades do grupo, diferentes visões em torno do tema da inovação no cuidado, contemplando questões clínicas relacionadas ao fazer em saúde no cotidiano dos serviços, o imperativo técnico da prática odontológica, o distanciamento histórico entre os saberes do campo das ciências sociais e humanas e as tecnologias de cuidado,

bem como as relações de poder no processo de trabalho. O lugar e o papel do usuário na sua trajetória de cuidado e sua inserção na rede de atenção em saúde foram destacados, também, como tensões a serem analisadas e compreendidas no processo de inovação do cuidado em saúde bucal.

Dentre os temas que emergiram nesse espaço aberto e colaborativo de debate, destaca-se uma polissemia inerente ao tema *inovação*, com compreensões próprias das técnicas odontológicas (por vezes inovadoras) e as possíveis aplicações das tecnologias para tratamentos dentários (vestidas de outra roupagem ou não) bem como um debate propositivo que traz para o centro da discussão a desejável integração do fazer técnico da clínica odontológica com o campo da Saúde Bucal Coletiva. Ficou claro, no debate, que esse coletivo enseja uma Clínica em Saúde Bucal que provoque deslocamentos de um histórico centramento nas doenças e elementos bucais para uma clínica do encontro e da assunção de sujeitos.

No corpo do texto, a seguir, apresentamos a metodologia adotada pelo grupo e o desenvolvimento das discussões. Estas foram sistematizadas em categorias a partir da análise do registro do material. Desse modo, o relato não seguiu ordem cronológica dos momentos de discussão do grupo e sim a sistematização de categorias a partir do conteúdo registrado pela relatoria. Nas Considerações Finais, destacamos algumas sugestões e recomendações apontadas pelo grupo.

Salientamos, por fim, que optamos por omitir os nomes dos participantes do grupo, mesmo quando referimos algumas falas textuais em destaque dentro da narrativa. A lista de integrantes do grupo estará composta no Apêndice A.

Metodologia

A programação de atividades do grupo foi desenvolvida em três turnos, durante a realização da VI Reunião de Pesquisa, totalizando nove horas de trabalho. A proposta inicial previa 12 horas de trabalho, porém foi abreviada devido à reorganização do evento.

O grupo iniciou os trabalhos organizando-se em roda, seguido por breve apresentação pessoal de cada integrante. Em seguida a coordenadora fez uma pergunta disparadora: “O que lhe faz pertencer a este grupo?”. As respostas trouxeram o pertencimento e vinculação de cada pessoa ao grupo, a partir de suas experiências e memórias, refletindo a diversidade etária e formas de inserção na Saúde Bucal Coletiva. Essa dinâmica teve objetivo de produzir integração do grupo à medida que permitiu maior conhecimento sobre as pessoas a partir de seus interesses, dando início

ao processo de construção de grupalidade, isto é, a possibilidade de cada pessoa afirmar sua singularidade na diversidade do grupo e, ao mesmo tempo, reconhecer seu pertencimento aquele coletivo numa perspectiva de construção de um comum.

O desenvolvimento das demais atividades do grupo buscou estimular a participação de todos, mesmo que em alguns momentos a própria dinâmica horizontalizada das relações no grupo tenha permitido disparidade de tempos de falas marcadas pelo domínio daquelas pessoas que tendem a ser mais expressivas sobre aquelas mais tímidas, exigindo da coordenação intervenções para assegurar a circulação da palavra.

No início das atividades e com o intuito de disparar o debate, ocorreu a apresentação do tema: ***Inovação no cuidado e na clínica em saúde bucal: formação e competências profissionais***, realizada por Carlos Botazzo, integrante do GT Saúde Bucal Coletiva da ABRASCO.

Após a exposição, seguiu-se roda de conversa com relatos de experiências das pessoas, trazendo reflexões em diálogo com o referencial apresentado. Esse debate seguiu-se no dia seguinte, durante o segundo encontro do grupo, iniciado com uma síntese e retomada dos pontos destacados na discussão do dia anterior. Ao longo do encontro a roda de conversa foi potencializando afinidades e pertencimentos, em um movimento afetivo entre seus participantes.

No último turno, terceiro dia do evento, registrou-se a presença de 28 participantes. As atividades do grupo se iniciaram com um momento lúdico-poético em que um dos integrantes recitou um poema do artista pernambucano Chico Science e, em seguida, propôs que as pessoas voluntariamente se cumprimentassem com um abraço. A roda então se transformou em movimento afetivo, finalizando esse momento com o registro fotográfico do grupo (Figuras 1 e 2). Certamente, essa ocasião lúdica reanimou o grupo frente ao cansaço acumulado durante longas e intensas atividades do evento. Após a leitura da síntese do relatório, foi retomado o debate com complementações e ajustes no relato, de forma coletiva. Algumas preocupações foram levantadas pelo expositor, Carlos Botazzo, quanto ao fato do GT ter privilegiado o debate sobre a oferta teórica da Proposta Inova (JUNQUEIRA *et al.*, 2017) fruto de sua linha de pesquisa desenvolvida na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). No entanto, algumas falas reforçaram que isso não seria problema, pois fora a metodologia combinada para o desenvolvimento do grupo e que, certamente, deveria haver outras iniciativas no GT ABRASCO para dar voz e espaço a outras experiências e referenciais teóricos, além de ter sido reforçado o próprio e inequívoco mérito dessa linha de pesquisa e produtos decorrentes, coordenados pelo referido pesquisador.

Desenvolvimento

Ao discorrer sobre o desenvolvimento do Grupo, faz-se necessário localizar brevemente a VI Reunião de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva no ano de 2017 e a respectiva produção do GT Saúde Bucal da ABRASCO no contexto histórico e político brasileiro, para ampliar uma compreensão que extrapole a objetividade dos discursos e das palavras. O encontro se desenvolveu num contexto de crise político-institucional pós-golpe de 2016, marcada pela perda progressiva de direitos, desmonte e ameaça às políticas públicas, inclusive da Política Nacional de Saúde Bucal.

Nesse sentido, embora seja possível perceber diferenças nas matizes político-ideológicos entre os participantes, e, considerando a majoritária inclinação social da Saúde Bucal Coletiva brasileira, representada por docentes, servidores e estudantes de instituições públicas, além de figuras historicamente envolvidas com o Movimento da Reforma Sanitária, a tônica dos trabalhos foi marcada por sentimentos de revolta, tristeza, frustração, ao lado de articulações e estratégias para resistência e enfrentamento das adversidades, bem como reforço do laço afetivo entre as pessoas.

Nessa perspectiva, durante os encontros do Grupo ocorreram manifestações recorrentes nos discursos, permeando o tema central e mais técnico sobre a “inovação no cuidado”, em todo momento, sobre as angústias relacionadas aos efeitos desse contexto político nas respectivas inserções dos participantes, ou seja, nos serviços públicos, na academia, na agenda de pesquisa e na própria clínica.

A seguir, apresentaremos uma síntese da produção do grupo a partir do material registrado pela relatoria, sistematizando-o em categorias temáticas que emergiram nas discussões durante os três turnos de trabalho: [1] Formação; [2] Cuidado; [3] Proposta “Inova”, para uma clínica transparadigmática em saúde bucal; e [4] O campo da saúde bucal em disputa.

Formação

O grupo trouxe a ideia da formação (os cursos de Odontologia) como espaço de castração e de adestramento para dominar e cumprir técnicas e não como lócus da criatividade, sendo essa uma marca importante em sua identidade profissional. Dessa forma, destaca-se um ensino pautado na repetição, com pouca leitura de temas não biomédicos, quando se perdem oportunidades de inovação.

A formação do dentista reproduz uma Odontologia promotora da *dentarização* como ideologia e assim como em “O mal-estar na civilização”

(FREUD, 1997) haveria uma atração natural, um curioso significado sobre a prótese.

Os currículos da graduação em Odontologia, mesmo quando propositores de uma clínica integrada, perpetuam a fragmentação do olhar e da abordagem para os agravos em saúde bucal. Docentes das clínicas estipulam metas de produtividade aos alunos como baliza de seu aprendizado e, muitas vezes, reproduzem o próprio produtivismo acadêmico-científico ao qual são submetidos, institucionalmente. Esse mesmo produtivismo encontra eco nos serviços, que costumam se pautar por números em detrimento do estímulo à inventividade, que poderia ser convertida no próprio ato de cuidar.

Outro ponto de destaque na discussão do grupo apoiou-se nos limites que docentes de Saúde Coletiva têm pra atuar na clínica e também para produzir sua capilaridade no percurso formativo. A esse campo resguardam-se espaços de tutoria nos estágios obrigatórios nos serviços de saúde ou as matérias ditas iniciais, como Saúde e Sociedade ou Epidemiologia, geralmente ministradas em momentos nos quais o estudante não está realizando atendimentos clínicos ou, no final do curso, quando já receberam formação conservadora, por especialidades.

Ainda sobre o processo de formação, o grupo avançou na questão do Outro na clínica. O Outro, na escola de Odontologia, seria um manequim vivo, mero suporte para exercício de um poder pedagógico de transmissão dos imperativos técnicos. E daí a impossibilidade de outros olhares, como a proposta de construção de projetos terapêuticos singularizados, dada a dificuldade de se estabelecer cuidado em saúde em uma dimensão que não seja do núcleo odontológico, onde falta trabalho em equipe, espaço colaborativo e prática multiprofissional.

Sobre as intencionalidades da formação foi unânime o efeito do “currículo oculto” que diminui a importância da Saúde Coletiva na prática odontológica ou provoca movimentos institucionais para transformação de disciplinas da “odontologia social” em optativas ou eletivas. Destacou-se que o ensino de Ciências Humanas e Sociais, não raro, tende a se converter em preventivismo. O grupo debateu sobre o poder na construção de uma hegemonia regada por interesses diversos, como os da indústria de equipamentos e insumos odontológicos. Consequentemente, a clínica odontológica vigente não foi produzida para a linguagem do cuidado, sendo impossível falar de projetos terapêuticos singularizados ou escuta clínica qualificada.

Outro tema reivindicado foi o ensino das Ciências Sociais na graduação, dada sua invisibilidade. Comentou-se sobre a ausência de referên-

cias como Paulo Freire na formação, sendo esta dirigida para interesses do mercado. Um dos participantes provocou: “*Sérgio Arouca, medicina preventiva, Foucault, Bourdieu, Canguilhem... O quanto dessa literatura que nos formou serve para os meninos (de hoje)?*” E complementa: “*(...) nós não vamos chegar lá, ainda mais se for ministrada por filósofo, antropólogo classudo*”.

Quanto ao estágio supervisionado, apontou-se insuficiente tempo durante a formação, com poucos cursos que cumprem a carga horária necessária, além do fato da maioria dos estágios reproduzirem a clínica ensinada na graduação e o preventivismo, ainda muitas vezes no espaço intramuros e não nos serviços de saúde. Houve questionamento sobre a capacidade deste GT em chacoalhar as estruturas do ensino da Odontologia secular, arte mecânica, que tanto reivindicamos subverter. Do ponto de vista da formação odontológica dominante, “*não provocamos nem cêegas*”, alertou um dos participantes, destacando também que qualquer esforço de tensionamento como as Diretrizes Curriculares Nacionais mostraram-se insuficientes: “*Houve estímulo federal, muda-se ABENO, mas nada ou pouco mudou.*”, concluiu.

À medida que o debate foi se produzindo, o grupo foi delineando propostas a partir de pontuações, como: é também aqui um jogo de poderes, caminharemos dos fatos aos atos? A inovação pode se relacionar com o cotidiano? Já que existe um componente pedagógico contido no trabalho, existiria então uma capacidade criadora. Na clínica hegemônica atuáramos sempre em busca de algo, mas nessa nova proposta *não sairíamos em busca de nada*, ela se dá viva em ato.

Carlos Botazzo, em sua exposição, propôs começarmos a pensar clínica como criação artística, sem protocolos, que assim descobriríamos maior potencialidade nos serviços. A proposta é que a formação seja compreendida não como desenvolvimento de aptidões preexistentes, mas condição de existência, pois *o homem não é o que deveria ser*.

Na discussão, as falas sobre o tema predominaram sobre as experiências de formação dos presentes. Nesse sentido, foi apontada a sugestão da Saúde Bucal Coletiva poder, de fato, estar mais presente no fazer clínico, observando e criando propostas pra inovar.

Sobre as expectativas e perspectivas de estudantes o grupo lançou um olhar também para este Outro que é ator da formação, que é objeto e sujeito do trabalho da docência: o que ele espera? Qual a identidade profissional de um formando em 2017? Ressaltou-se que há encantamento com as tecnologias e é importante nos prepararmos para um estudante que cresceu no mundo digital.

Um dos participantes comentou sobre a necessidade da Saúde Bucal Coletiva se aprofundar na autoidentificação, na autocrítica, “olhar-se

no espelho” e alertou que “*O espelho mostra cada coisa feia...*”, mas também fortalece esse movimento e, por fim, questionou: “até que ponto suportaríamos essa autocrítica e estaríamos dispostos a deprimir para renascer com mais força?”.

Houve a sugestão de se pensar os espaços para essa nova formação para além dos ambientes acadêmicos, em educação permanente. Foi proposto discutir prática e teoria de currículo: “*o que é ou deveria ser o currículo odontológico?*”. E também pensar no perfil do estudante de odontologia *versus* as pretensões em Saúde Bucal Coletiva. Sugeriu-se privilegiar a rede ensino-SUS a ofertar estágios dentro da universidade como se fossem estágios de saúde pública.

Foram relatados modelos e caminhos alternativos já em desenvolvimento, que demonstram a viabilidade de um novo fazer, com maior criatividade, por exemplo, em cursos de extensão e estágios. Foi proposta a estratégia de promover transformações gradativas nos espaços já abertos para realizar essas mudanças, estimulando projetos que deem voz direta aos alunos, para estimular a participação do planejamento dentro da própria universidade para depois reproduzir esse movimento para fora.

Destacou-se ainda que há oportunidade de aprendizado com a própria construção do SUS. Em tempos de golpe, com tantas restrições e limitações ocasionadas por retrocessos, poderíamos trazer esse aprendizado acumulado com construção coletiva para fortalecer a resistência. Foi exemplificado que o uso de protocolos só é viabilizado após ser trabalhado em equipe e apontou-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2010) como profícua ferramenta para a formação. De forma análoga, foi proposta o exercício da participação social como elemento fundamental para as práticas de formação e de pesquisa, reivindicando relações mais horizontais como ação inovadora, a exemplo do que foi construído no e com o SUS, de forma participativa, ao longo desses anos.

Por fim, ressaltou-se que a inclusão ocorrida nas Universidades Públicas nos últimos anos tem gerado tensão ao tornar visível a diversidade cultural e a desigualdade social, tendo sido citada experiência vivenciada em cursos de Medicina e de Saúde Coletiva, o que tem sido um rico aprendizado ao juntar pessoas de contextos sociais distintos em um mesmo espaço de formação. Seria importante olhar como isso tem ocorrido na Odontologia e buscar potencializar essa tensão em um novo aprendizado para uma formação mais crítica e contextualizada com a situação de saúde no país.

Cuidado

Sobre o cuidado em saúde bucal foi destacado que o entendimento acerca deste termo é fruto de construções sociais, portanto a forma como a prática odontológica considera essa questão encontra explicação na própria sociedade.

Contrapondo-se à perspectiva odontológica hegemônica, Carlos Botazzo apresentou a discussão da cavidade bucal extensamente ligada à vida, e a vida atravessando o corpo e a boca muito mais do que a perspectiva do modelo conservador faz parecer. Assim, do ponto de vista da Saúde Bucal Coletiva o cuidado em saúde pressupõe um encontro na clínica, uma atitude de relação afetiva, amigável, harmoniosa e protetora para com a realidade pessoal, social e ambiental das pessoas. Esse cuidado toma em seu complexo arcabouço as preocupações, inquietações, incômodos e estresse face ao sofrimento das pessoas em suas realidades. Cuidar, portanto, seria assumir responsabilidades para com o outro, para com a felicidade do outro, não sendo uma dimensão individual.

Comentou-se que haveria uma dimensão ancestral, antropológica acerca do cuidado, sendo mencionado o fato de bebês abandonados perecerem. A sensação de não pertença é em si desconfortável e o cuidado pertenceria ao lugar do suporte, ou holding, na acepção de Winnicott (1994), que elaborou teoria pautada na relação humana, na formulação de vínculos e na intencionalidade dessas relações, isto é, no cuidado do ser humano consigo e com seu próximo. Desse modo, seu referencial é a relação entre uma mãe suficientemente boa e seu bebê, ou seja, o cuidar. Sua teoria geral é a do amadurecimento, seu modelo ontológico é o ser, e o seu modelo heurístico provém das ciências humanas.

Desta forma o trabalho do profissional de saúde é dependente de êxito prático, sendo citado Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (MENDES-GONÇALVES, 1996) sobre a composição do trabalho que, se tomado só pela técnica, representaria um desinteresse pela vida do outro. Haveria um importante componente afetivo, existencial, com escuta para a vida vivida que, por outro lado, não poderia desprezar a dimensão técnica, mas promoveria uma abertura, passando a ser fonte primeira de sentido no ato do cuidado.

O debate despertou no grupo o interesse por práticas que tivessem uma implicação direta com a produção de saúde como conceito ampliado. Debateu-se que tais pressupostos do cuidado são essenciais para a formação e para os modelos ou processos de trabalho em saúde. É urgente transcender a operacionalidade técnica e potencializar o uso de tecnolo-

gias leves, pois nesta dimensão cuidadora, as “asperezas” produzidas nos encontros ou no contato com estudantes, estagiários e usuário devem ser apontadas, descortinadas e substituídas por um novo enfoque, o de tecnologias de cuidado. Uma base teórica potente para esta discussão é a questão dos afetos, na acepção espinozana, em que tudo nos afetaria positiva ou negativamente, e isso deveria ser pensado na organização dos serviços e na produção do cuidado.

O cuidado nessa perspectiva ampliada visaria não só a produção de ganhos estritamente biológicos ou formais, no caso do ensino, mas a felicidade ou projetos de felicidade, no dizer de José Ricardo Ayres (AYRES, 2007), com vistas à utopia, no sentido de elemento fundamental e referencial para o movimento da Saúde Bucal Coletiva.

Dessa forma, indagou-se em como operar o cuidado em Odontologia se ela não incorpora o conceito de indivíduo-biológico referido a um sujeito homem? Tal questionamento invoca a proposta de descentramento dentário, colocando os dentes “entre parênteses” para reorientar a prática para o sujeito. Isso evidentemente implicaria na criação de estratégias para resistência, em decorrência das forças hegemônicas transcendentais à academia e aos serviços.

Uma das propostas para produzir cuidado nos serviços seria pensar no território para além do mapa estático onde se encontram pessoas com diabetes, hipertensão e gestantes, mas como um território dinâmico, fluido, relacional, representado por espaços sociais, pelas redes que lá existem. Identificar suas articulações, vislumbrando parcerias e planejamento participativo. Pensar em educação popular em saúde, valorizando populações diversas. Articular propostas com as pessoas, sem chegar com o projeto pronto, isto é, pensar com as pessoas e não para as pessoas. Inserir essas questões na formação a partir de processos de apropriação da realidade, com eixos transversais, comum a todos os estudantes das áreas vizinhas da saúde.

Foi ressaltada a importância de ser dada visibilidade a temas como racismo, feminismo, sexismo e relações de gênero, pouco presentes nas discussões sobre saúde e sobre formação profissional, mesmo que marcantes nas relações cotidianas, com efeitos na produção de saúde-doença. São temas transversais que perpassam contextos sociais diversos e precisam ocupar pautas da formação, dos serviços de saúde e da educação popular.

Proposta “inova”, para uma clínica transparadigmática em saúde bucal

O material teórico ofertado previamente aos participantes por Carlos Botazzo objetivou disparar o tema para discussão no grupo. Dessa forma, a proposta Inova (JUNQUEIRA *et al.*, 2017), objeto do grupo de pesquisa do qual o expositor faz parte, tornou-se fértil assunto em debate ao longo dos dias.

Sobre tal proposta foi destacado que sua maior novidade foi inserir o método clínico na saúde bucal, descrevendo como propuseram/experimentaram uma clínica centrada na escuta do indivíduo que busca ajuda, com um cuidado propedêutico, com inovações também na disposição da ambiência, como realização de consultas fora da cadeira odontológica, sem odontograma, em um ambiente o mais acolhedor e receptivo possível, dentre outros dispositivos.

Comentou-se que a propedêutica em si não difere essencialmente daquela que é ensinada em dado momento da formação, porém esta teria se perdido ao longo do tempo em meio a outras coisas, devendo, portanto, ser novo objeto de investimento.

A proposta Inova demandaria a supressão da noção apriorística de cárie dentária, ou seja, não partir para um exame clínico “em busca de cáries” e sim para uma consulta com maior abertura diagnóstica, tanto para elementos objetivos quanto existenciais, e comentou-se como isso poderia ampliar o horizonte do dentista. Dessa forma, o profissional compreenderia a experiência bucal dos sujeitos como *hestórias patográficas* (SOUZA, 2003; KOVALESKI e FREITAS, 2010) ou histórias de vida. Indagou-se a falta do conceito de norma na prática hegemônica, afinal, qual a norma bucal, a normalidade bucal sobre a qual se trabalha? Uma profissão que aceita como natural a mutilação bucal não poderia ter ela o conceito de norma. Faltaria então, também, o de função, que função eu vou restaurar? Que função teria o dente para além da escultura dentária e materiais dentários? (BOTAZZO, 2010).

Questionou-se o porquê de examinar o paciente pelo olhar da cariologia/dentística e não por algum outro, sendo concluído que se trata de costume, “nunca tínhamos pensado nisso”, uma questão de naturalização de certo *modus operandi*, portanto. Quando o paciente chega, pode ser simplesmente uma conversa, pode ser um casal que traz um bebê e está tudo bem, isto é, a experiência bucal nem sempre tem que vir na forma de uma doença.

Foi ressaltado que a proposta não se trata de uma não-clínica, ideia às vezes atribuída à Saúde Coletiva que, não raro, reivindica operar exclusiva-

mente sobre a determinação social do processo saúde-doença com base em um estruturalismo mais ortodoxo e distante da clínica. A clínica proposta é, de fato, uma clínica que se exerce como clínica, de doenças das bocas e dos dentes, das funções bucais. Clínica estomatognática, trabalha com conceito anátomo-patológico do desvio, uma clínica que não separe tecido mole de duro, que não fragmente ainda mais as especialidades por “milímetros”.

O desafio proposto é interrogar se seria possível existir um dentista que tivesse conhecimentos parcelares integrados, de modo que ele pudesse exercer uma clínica de odonto-estomatologia do modo mais integral possível? A clínica ampliada sobre a qual se fala seria uma clínica possível, exequível, ensinável, realizável e com grande satisfação para as pessoas. Exigiria conhecimento científico acerca de patologia local e geral, exigiria interlocução com a equipe, métodos diagnósticos e semiotécnicos, bem como trabalho vivo em ato.

Durante o debate foi apontada, mais uma vez, a fragmentação das disciplinas acadêmicas, e assim a clínica integrada seria frustrada, pois foi proposta há 30 anos e até hoje não haveria clínica integrada alguma em lugar algum do país. Faltaria o passo elementar para qualquer clínica que é o método clínico, o processo diagnóstico.

Sobre a clínica “reduzida”, comenta-se que esta poderia se dar tranquilamente como clínica no setor privado, clínica de lesões ou ainda de estética, por exemplo, pois como consumo privado não haveria problema a ser discutido. Contudo, no setor público as coisas precisariam ser colocadas abertamente, considerando que a maioria dos usuários não tem sua demanda atendida. Interroga-se: para onde estão indo as pessoas com câncer de boca, traumatismo, luxação ou disfunção temporomandibular? Nunca sabemos, pois não passa pelos interesses privados da profissão ou mesmo da política.

Os limites da inovação frente aos acúmulos de conhecimento das especialidades também foram problematizados: qual seria a possibilidade da aproximação da ciência social com a clínica? Essa discussão se desenvolveu animada por um caso clínico onde haveria indicação para extração de um dente, sob o ponto de vista da periodontia, porém outros fatores psicossociais determinaram pela manutenção do dente com base em resolução alternativa. Ainda com base nesse caso, indagou-se até que ponto a norma odontológica será preponderante, como lidar com isso? Ampliar a escuta, mas haveria ainda a responsabilidade ética e moral de cuidar com base em saberes sólidos e, nesses casos, a inovação não se daria no abstrato. Posições divergentes sobre o caso aqueceram o debate no grupo, tornando evidente a necessidade de aprofundar a discussão, reconhecendo-se as implicações éticas presentes na interface entre saberes distintos

nos quais a vida vivida se coloca em questão e interroga a responsabilidade ética na decisão clínica.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) foi destacado como ferramenta de inovação, em que o caso clínico é discutido com a equipe e com o paciente, elaborando pactuações, resoluções, encaminhamentos. Esta ferramenta é importante, pois as pessoas adultas tem co-morbididades, podem ser hipertensas, diabéticas, neuróticas, tristes, abandonadas, dependentes de apoio multiprofissional e interdisciplinar. Além disso, o uso do PTS reduz a sensação de onipotência profissional e desmistifica a cura como finalidade exclusiva do trabalho em saúde, complementando-a pela noção de cuidado e redução de danos. Para o dentista, que usualmente trabalha com a noção de “tratamento completado”, isso traria ganhos importantes para a produção do cuidado.

O campo da saúde bucal em disputa

Na condição de atores representantes de um movimento contra hegemônico do campo da saúde bucal, os participantes do GT fizeram emergir, recorrentemente, discursos que evidenciaram o jogo de poder, sobretudo a oposição frente à Odontologia tradicional. Comentou-se sobre a relação entre dominantes e dominados nesse campo e que, por definição, os jogadores não querem eliminar o jogo, mas de certa forma conservá-lo, sendo questionado em que pontos a Saúde Bucal Coletiva aceitaria tacitamente as regras desse jogo.

Por outro lado, houve ponderações quanto à viabilidade de insistir numa disputa com a Odontologia, de se gastar muito tempo e energia com isso, se não seria “dar murro em ponta de faca”, principalmente considerando o contexto de Golpe, com posicionamento do próprio Ministro da Saúde contra o Sistema Único de Saúde brasileiro e a sobrevivência institucional como docentes e pesquisadores(as) que se inserem em faculdades e departamentos de Odontologia.

Nessa perspectiva, questionou-se sobre qual seria a capacidade de abalar esse grande “edifício odontológico”, se não seria entrar em batalha previamente perdida. Em contrapartida, propôs-se pensar nas positividade das serem construídas num caminho paralelo a esse discurso combativo, por meio de dispositivos e trilhas já abertas que nos permitam caminhar com sensação de êxito, tais como estágio, atuação em educação permanente, dentre outros. Ponderou-se então que estrategicamente seria pensar numa lógica que não seja a da revolução da Odontologia e destacou-se que o projeto inovação só pôde acontecer porque, de certa forma, foi ex-

perimentado fora da instituição de ensino. Por fim, foi apontada a virtude da tensão que é inerente ao campo da educação, lembrando que ela gera movimentos positivos de libertação e mudança.

Considerações finais

Durante exercício de avaliação da experiência vivida pelo grupo nos dias de congresso, foram apontadas críticas e sugestões acerca do modelo adotado, sendo apontados problemas de tempo disponibilizado para discussão, prejudicado por atrasos para retomar as atividades. Foram requisitadas ideias propositivas para alimentar sonhos e esperanças em encontros futuros, tendo sido sugerido apoio em meios digitais para contribuições coletivas acerca do relatório e outros materiais daqueles que quiserem e puderem participar. Tornar o relatório público também para tecer continuidade desse processo e extrapolar esses nichos clássicos de debate eventuais.

Destacou-se que, apesar do direcionamento da discussão do grupo proporcionado pelo material teórico ofertado, foi possível avançar no conteúdo, sendo enfatizado que um coletivo novo vem se formando, discutindo várias questões importantes, ainda que num momento de recessão, ceticismo e desesperança devido ao contexto político social brasileiro. Ressaltou-se também que esse grupo tem realizado importantes leituras de realidades diversas do país e que em torno das quais se congregam questões importantes.

Diversos participantes solicitaram que, como produtos do encontro, fossem ofertadas diretrizes e orientações mais diretas, incluindo algum tipo de protocolo sobre aquilo que fosse básico para a implementação da inovação. Além disso, houve demanda por maior proposição da diretoria da ABRASCO e do GT Saúde Bucal, de curto e médio prazo, para o enfrentamento do temeroso cenário brasileiro.

Recomendou-se que em outras reuniões possa haver maior diversidade de participação, com renovação de escolas de pensamento. Alguns participantes do grupo criticaram o formato das mesas dos momentos gerais do evento, com muitas pessoas para fazer apresentações, restando pouco tempo para diálogo com os demais participantes. Foi reivindicado um aumento de capilaridade e porosidade para participação da sociedade, para possibilitar maior presença de movimentos sociais e de trabalhadores da saúde. Ressaltou-se também a necessidade de considerar espaços de fala e da dificuldade em coordenar tempo, prolixidades de alguns discursos entre outros aspectos que constituem o aprendizado de produzir-se no e

com o coletivo. Destacou-se a necessidade de se buscar formatos alternativos de evento, aperfeiçoando-se o formato de Roda.

Por fim, foi ressaltado o efeito terapêutico do GT que, pelo seu caráter ético-afetivo político, produziu nos participantes a renovação de esperança e de sentimento de pertença a um coletivo, fortalecendo o grupo na perspectiva de se constituir como um espaço de produção em torno da temática.

Apêndice A. Lista de participantes

Nome dos inscritos	Afiliação Institucional
Ana Marcia Menezes de Oliveira	Secretaria Municipal de Saúde - Aracaju-SE
Andréa Neiva da Silva	Universidade Federal Fluminense, Instituto de Saúde Coletiva, Departamento Saúde e Sociedade
Arisson Rocha da Rosa	IMESF-SMS-POA
Aryana Soares Cardona	IFS - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Sergipe
Brunna Verna Castro Gondinho	FOP/UNICAMP
Camila Soares de Carvalho	Universidade Federal de Pernambuco
Camilla Louise de Melo	UPE
Celso Zilbovicius	FO-USP
Chrystiane Oliveira de Miranda	UFPE
Cristine Maria Warmling	UFRGS
Edvaldo Florêncio de Araújo Filho	IMIP
Elen Lucia da Cruz Pereira de Barros	Universidade de Lisboa
Elizabethe Cristina Fagundes de Souza	UFRN
Fabiana Schneider Pires	UFRGS
Grasiele Fretta Fernandes	FIOCRUZ/PE
Guilherme Aragão Melo	Faculdade de Odontologia do Recife - FOR
Huanne Soel Feitosa Rolim	UFPE
Ingrid Lilly Martins Pereira	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Ive da Silva Monteiro	Prefeitura do Recife
Julio Baldisserotto	UFRGS e GHC
Kadidja Fernanda dos Santos Martins	UFPE
Katharina Morant Holanda de Oliveira	Universidade Federal de Sergipe
Keldiane Oliveira de Souza	UFPE

Leopoldina de Fátima Dantas de Almeida	UFPB
Luciane Miranda Guerra	FOP UNICAMP
Marcos Antônio Albuquerque de Senna	Universidade Federal Fluminense
Maria Aparecida de Oliveira	SMS/SP
Mariana Araújo Coutinho da Silveira	Secretaria de saúde do Recife
Otacílio Batista Nétto	UFPI-UNICAMP
Pedro Augusto Thiene Leme	UNIFESP/UAB
Renata Cardoso Rocha Madruga	UEPB
Renata Goulart Castro	UFSC
Sileno Corrêa Brum	Universidade Severino Sombra-USS
Simone Rennó Junqueira	FOUSP
Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa	UFPB

Apêndice B. Registro de imagens do GT 01



Figura 1 – Registro fotográfico dos participantes do grupo durante o último dia do encontro, logo após o momento lúdico poético. (Foto produzida em celular de uma participante).



Figura 2 – Registro fotográfico ilustrativo das rodas de discussão do grupo (Foto produzida em celular de uma participante)

VIGILÂNCIA A SAÚDE BUCAL

- 137** Vigilância em saúde bucal
em busca de uma epidemiologia social
e para a intervenção
Angelo Giuseppe Roncalli
- 155** Capítulo texto base: vigilância em saúde bucal:
uma proposta para o século XXI
capítulo síntese GT: vigilância em saúde bucal: o
desafio de “pensar fora da caixa”
Carolina D. R. Xavier Lucena
Moacir Paludetto Junior
Polyana Matos Alcântara
Roger Keller Celeste
Solange Laurentino dos Santos
Yuri W. Cavalcanti

Vigilância em saúde bucal em busca de uma epidemiologia Social e para a intervenção

Angelo Giuseppe Roncalli

Introdução

O termo “vigilância” se refere à palavra “vigiar”, que tem origem no latim (*vigilare*). Significa, de acordo com o dicionário, “*observar atentamente, estar atento a, atentar em, estar de sentinela, procurar, campear, cuidar, precaver-se, acautelar-se*”. Em termos históricos, o isolamento e a quarentena parecem ter sido as primeiras práticas sanitárias neste sentido, desenvolvidas na Europa do século XVIII. A partir dos anos 1950, este modelo de prática se amplia, passando do monitoramento de doentes para um acompanhamento mais sistemático de eventos adversos à saúde em populações (MONKEN; BATISTELLA, 2008).

No começo dos anos 1960, um conceito que passou a ser amplamente aceito foi proposto por Alexander Langmuir, o qual define vigilância em saúde pública como a “*observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la*”. Pouco tempo depois o epidemiologista tcheco Karel Kaska acrescenta o qualificativo “epidemiológica” e desde então a chamada vigilância epidemiológica se estabeleceu como estratégia e como estrutura administrativa dos serviços de saúde no Brasil (WALDMAN; ROSA, 1998).

Podemos dizer, portanto, que, no Brasil, a vigilância em saúde atualmente pode ser compreendida a partir de diferentes

concepções. A mais conhecida delas é a que define a vigilância em saúde como o conjunto das diversas “vigilâncias” que tradicionalmente foram se estruturando no sistema público brasileiro. A Vigilância Epidemiológica, como destacado anteriormente, foi a primeira a se estruturar, mas, a partir dos anos 1990, outras atribuições foram sendo criadas de modo que o formato clássico da vigilância da saúde no Brasil contém basicamente três elementos que deveriam, pelo menos em princípio, estarem integrados: (1) a vigilância de agravos à saúde, compondo a tradicional vigilância epidemiológica; (2) a vigilância de perigos, tais como alguns agentes químicos, físicos e biológicos que podem afetar a saúde, que fica a cargo da vigilância sanitária e (3) o monitoramento da exposição de indivíduos ou populações a um agente ambiental que possa provocar danos à saúde, tarefa que compete à vigilância ambiental (MONKEN; BATISTELLA, 2008). Mais recentemente, tem sido incorporado um quarto elemento, a vigilância em saúde do trabalhador, que se caracteriza por atividades destinadas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 2010).

Assim, esta primeira concepção de vigilância em saúde tem um caráter mais organizativo, no sentido de que tenta, no âmbito da administração dos serviços de saúde, integrar estas diferentes ações, que estão divididas em setores dentro do organograma institucional. Uma outra concepção concebe a vigilância como sinônimo de “análise de situações de saúde”, na prática, uma ampliação da tradicional atuação da vigilância epidemiológica para além das doenças transmissíveis. Uma terceira vertente, a qual mais interessa para os propósitos deste texto, concebe a vigilância em saúde como uma *“proposta de redefinição das práticas sanitárias, organizando processos de trabalho em saúde sob a forma de operações para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos”* (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998). Estas operações devem se dar em territórios delimitados, nos diferentes períodos do processo saúde-doença, requerendo a combinação de diferentes tecnologias. Esta última concepção, portanto, propõe uma reorganização dos processos de trabalho, particularmente nas ações focadas no território e na Atenção Primária em Saúde (APS) e se inclui entre as diversas propostas de modelos assistenciais em saúde para o Sistema Único de Saúde (TEIXEIRA, 2006).

No âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), as ações de vigilância em saúde, mesmo em uma perspectiva mais restrita de articulação entre as “vigilâncias”, ainda são desenvolvidas de modo bastante incipiente na maioria das equipes. Trata-se, portanto, de um grande desafio a incorporação deste modelo de prática, que pressupõe um foco na integra-

lidade da atenção, com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, além de ações intersetoriais, tendo como base o conceito de *idades saudáveis* (TEIXEIRA, 2006).

E a vigilância em saúde bucal?

Embora tenhamos avançado bastante com relação aos conhecimentos sobre a epidemiologia em saúde bucal, o uso de informação epidemiológica para o planejamento e a avaliação das ações e serviços de saúde bucal ainda é muito pouco difundida no Brasil.

A atual Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) deixa claro em três dos seus pressupostos a importância vital da epidemiologia e da vigilância na organização dos serviços.

Pressupostos

A reorientação do modelo de atenção em saúde bucal tem os seguintes pressupostos:

(...)

2.4. Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento. Deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde;

2.5. Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;

2.6. Centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, atuação intersetorial e ações sobre o território.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. 16p.

É fácil perceber, portanto, que só se concebe um sistema de saúde realmente eficiente se este for pautado por uma prática baseada em informação de qualidade. Apesar dos incontestáveis avanços da Política Nacional de Saúde Bucal, a incorporação da epidemiologia como fio condutor dos modelos de atenção em saúde bucal, bem como a estruturação de uma política de vigilância em saúde bucal, se constituem em desafios ainda em construção.

Infelizmente não temos muitos estudos que se preocuparam em mapear o uso da informação em saúde bucal na estruturação dos modelos de atenção, exceto alguns que focaram em regiões específicas (MOIMAZ *et al.*, 2004). Mais recentemente, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), já em seu 3º. ciclo de avaliação, produziu alguns indicadores importantes que podem dar uma pista sobre a forma como os serviços de saúde bucal têm se organizado no país. A Figura 1, a seguir, mostra a proporção de unidades de saúde que realizam monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal, ou seja, de algum modo, processam e analisam a informação em saúde bucal. Pode-se notar que, como média geral, menos de dois terços das unidades de saúde avaliadas fazem esse tipo de atividade, considerando os 4.271 municípios que participaram do 2º. ciclo de avaliação. As desigualdades regionais também se expressam na organização da atenção, uma vez que a região Norte apresenta o pior desempenho, seguida da região Centro-Oeste, enquanto que a Sudeste apresenta o melhor desempenho.

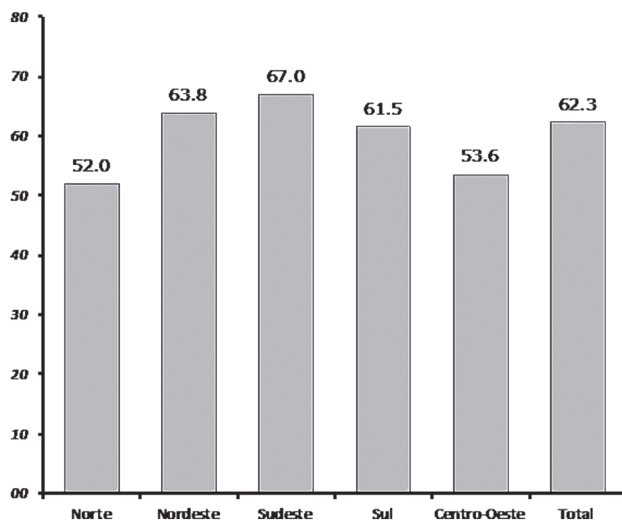


Figura 1. Proporção (%) de Equipes de Saúde Bucal que realizam **monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal**. Dados de 4.271 municípios participantes do PMAQ 2º. ciclo.

É esperado, no entanto, que o uso de indicadores e informações esteja conectado com as estratégias de planejamento e avaliação por parte das equipes. Como podemos ver na Figura 2, a seguir (gráfico à esquerda), dentre as unidades que não realizam atividades de planejamento em

saúde bucal, a maioria (58,3%) também não costuma lidar cotidianamente com a informação. Mas é curioso notar que mais de um terço (38,4%) das unidades que informam realizar atividades de planejamento dentro da equipe de saúde bucal, supostamente as fazem sem utilizar indicadores ou qualquer outra informação de saúde bucal.

Pode-se notar, no entanto, que há um papel importante da gestão, uma vez que a realização do monitoramento e análise dos indicadores é bastante dependente da disponibilização das informações por parte da gestão (gráfico à direita).

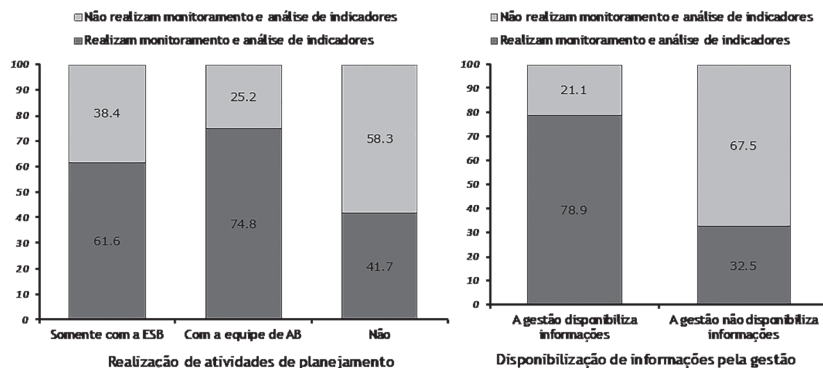


Figura 2. Proporção de Equipes de Saúde Bucal que realizam atividades de planejamento mensalmente, de acordo com a relação de monitoramento e análise dos indicadores e com a disponibilização de dados pela gestão. Dados de 17.259 equipes participantes do PMAQ 2º. ciclo

Nunca é demais lembrar que as informações coletadas na avaliação do PMAQ se dão a partir do relato das equipes e também é importante atentar para o fato de que esta é a posição das equipes que aderiram ao programa. É provável, portanto, que o quadro seja ainda pior, mas o fato é que, seja a partir das informações do PMAQ, seja a partir da nossa percepção no cotidiano das equipes de saúde bucal, um modelo pautado em “informação para a ação” ainda é um tanto distante.

As razões para este quadro são as mais diversas e ainda pertencem ao terreno da especulação, uma vez que também não há estudos aprofundados sobre o tema. Podemos apontar para aspectos que vão desde a formação do cirurgião-dentista, com foco essencialmente clínico, até os processos de trabalho estabelecidos nas equipes, nos quais a atuação da saúde bucal é de tal maneira tradicional que prescinde da existência de informação epidemiológica.

Assim, o objetivo deste texto é fazer uma reflexão sobre as possibilidades concretas de construção de um modelo de vigilância em saúde bucal, focando no que temos acumulado em termos de conhecimentos e tecnologias e nos principais gargalos para sua implementação.

Então, como fazer?

Uma primeira reflexão importante sobre um suposto modelo de vigilância em saúde bucal seria “*o que vigiar?*”. O modelo clássico de vigilância em saúde trabalha com os desfechos tradicionais de morbi-mortalidade. No Brasil, a principal estratégia se dá através da notificação de agravos, a qual alimenta o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) a partir da lista nacional de doenças de notificação compulsória, cuja última atualização é de fevereiro de 2016. Em uma rápida olhada na lista dos 48 agravos, percebe-se que não há nenhuma menção a qualquer tipo de doença bucal. O que faz sentido, pois, de fato, as doenças bucais têm uma característica peculiar: apesar de afetarem um grande número de pessoas, não levam à morte e nem possuem uma alta capacidade de disseminação. Desse modo, o modelo clássico de vigilância epidemiológica não se aplica aos agravos bucais.

Não se espera, portanto, que um modelo de vigilância em saúde bucal detecte um “surto” de cárie ou de doença periodontal e aponte as estratégias para sua contenção imediata, como se faz com as doenças infecciosas de uma maneira geral. Considerando esta natureza das doenças bucais, a saúde bucal poderia ser abordada, do ponto de vista da vigilância em saúde, dentro do escopo das doenças crônicas. Para Goes (2008), esse modelo prevê: “(a) mapear o crescimento das DANT (*Doenças e Agravos Não-Transmissíveis*) e analisar seus determinantes sociais, econômicos, comportamentais e políticos para subsidiar políticas e estratégias de promoção da saúde; (b) reduzir o nível de exposição de indivíduos e populações aos fatores de risco mais comuns para as DANT; (c) fortalecer o sistema de saúde para o controle dos pacientes com DANT; (d) fortalecer redes e parcerias locais, regionais, nacionais e internacionais na área”.

Assim, um modelo de atenção em saúde bucal pautado na ideia de vigilância pressupõe a produção de informações relevantes e em tempo oportuno que permita a incorporação de práticas de planejamento e avaliação de ações de modo a produzir saúde de modo mais racional e eficiente. Para Roncalli (2012), a construção deste modelo de vigilância passa por uma articulação entre a produção de dados primários e secundários, os quais devem produzir indicadores capazes de gerar informação para a ação. Vejamos, então, cada um destes aspectos.

Produzindo informação para a ação com dados secundários

Com relação aos dados secundários, produzidos pelos serviços e armazenados nos sistemas de informação, infelizmente, na estrutura atual, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) fornecem dados focados essencialmente em procedimentos ambulatoriais, sendo, portanto, bastante limitados para a produção de indicadores para uso na rotina dos serviços de saúde (RONCALLI, 2009).

Mesmo assim, a proposta do Ministério da Saúde para a atuação das equipes de saúde bucal na ESF, expressa no “*Caderno de Atenção Básica 17 – Saúde Bucal*” propõe o uso dos indicadores de saúde bucal no Pacto da Atenção Básica, composto por dois indicadores principais (cobertura de primeira consulta odontológica programática e cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada) e dois indicadores complementares (média de procedimentos odontológicos básicos individuais e proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais) (BRASIL, 2008).

Estes indicadores entraram e saíram diversas vezes das propostas de pactuação do Ministério da Saúde sendo que a resolução mais recente de novembro de 2016 (BRASIL, 2016) prevê um único indicador para a pactuação interfederativa no período 2017-2021 que é a “*cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica*”. De qualquer maneira, mesmo que não sejam indicadores oficiais de pactuação, os quatro indicadores propostos no Caderno de Atenção Básica 17 até poderiam continuar sendo utilizados. O problema é que estes indicadores proporcionam uma leitura muito limitada da situação de saúde bucal, não permitindo avaliação de impacto das ações, por exemplo. Pelo fato de terem abrangência municipal, acabam sendo de difícil uso em recortes territoriais menores, como distritos ou áreas de abrangência, por exemplo.

Além disso, há sinais claros de que temos sérios problemas no registro e no processamento destas informações. Uma rápida análise dos indicadores ainda disponíveis, relativos ao rol de *Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2014-2015* mostra importantes inconsistências. A título de exemplo, podemos observar o indicador da proporção de exodontias em relação aos procedimentos individuais, na Figura 3. Independentemente da região, nota-se uma variação bastante significativa entre os 5.570 municípios brasileiros. Apesar de apresentar uma mediana de 8,5%, há vários municípios com valor igual a 100% (ou muito próximo disso), ou seja, nestes municípios, todos os procedimentos realizados ao longo de 2015 foram exodontias. O problema se mantém quando analisamos os outros indicadores, como a média de escovação supervisionada e a cobertura de equipes de saúde bucal.

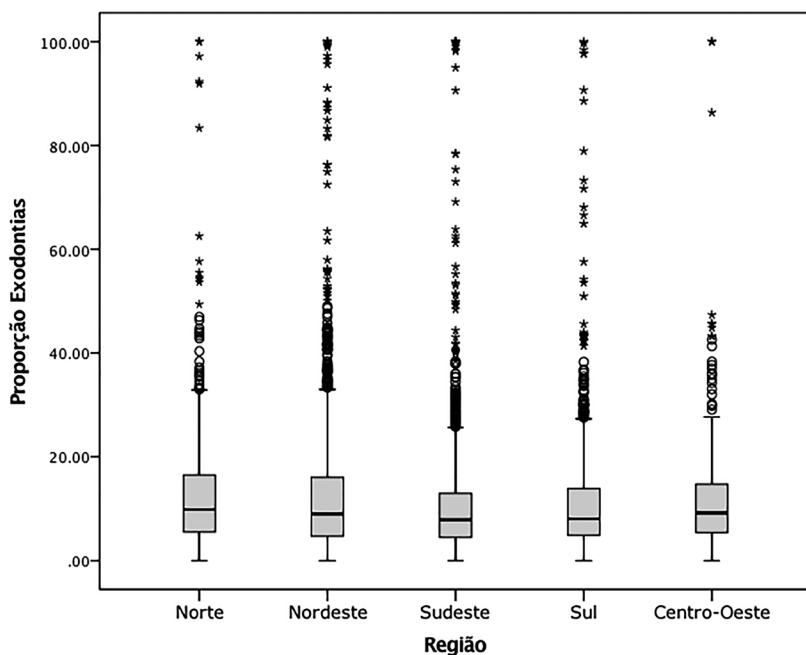


Figura 3. Box-Plot do indicador da proporção de exodontias em relação aos procedimentos individuais, segundo região. Fonte: DATASUS, dados relativos ao ano de 2015.

Poderíamos então deixar de lado os indicadores propostos e tentar construir outros, a partir dos dados disponibilizados nos Sistemas de Informação em Saúde? Até que poderia ser interessante, o problema, já apontado por Roncalli (2009), é que, ainda que desejássemos produzir indicadores a partir dos SIS, eles seriam focados essencialmente em procedimentos, fornecendo *indicadores de modelo de atenção*, segundo classificação proposta por Narvai (1996). São indicadores de *processo*, que podem até ajudar a entender a lógica de funcionamento da rede, porém pouco contribuiriam para uma avaliação de impacto epidemiológico, por exemplo.

Finalmente, como ressaltado por Roncalli (2009) o uso dos SIS na área de Saúde Bucal (e mesmo em outras áreas) segue um modelo de caráter burocrático ainda muito forte. Há um desconhecimento e uma não apropriação da tecnologia de informação pela ponta, ou seja, quem produz a informação não usufrui dela. E, em muitos casos, a informação é entendida como mera formalidade e não como componente de um sistema de vigilância, com potencial utilidade nos mecanismos de planejamento e avaliação.

A boa notícia é que há uma possibilidade de melhoria no uso dos indicadores de SIS a partir da implantação do e-SUS e do prontuário eletrônico de saúde bucal, onde será possível resgatar informações de caráter epidemiológico como, por exemplo, a presença de dor de dente e traumatismo dentoalveolar. Além disso, maiores detalhes sobre o processo de trabalho, como os diferentes tipos de consulta e o tratamento completado podem ser utilizados para a construção de indicadores de processo mais úteis para a organização dos serviços. Infelizmente, estas estratégias estão em um processo relativamente lento de implantação, o que impede, no curto prazo, a produção de informações relevantes para estabelecer estratégias de vigilância em saúde bucal no território. Em muitas situações, portanto, um diagnóstico mais preciso da situação de saúde bucal em diferentes recortes só poderá ser realizado a partir de dados primários.

Produzindo informação em saúde bucal para o território

As técnicas de investigação epidemiológica em saúde bucal têm evoluído bastante nos últimos anos, particularmente no que diz respeito às pesquisas de caráter transversal com base em amostras, os chamados levantamentos ou inquéritos epidemiológicos. Na verdade, desde que o índice CPO foi proposto no final da década de 1930, maiores aperfeiçoamentos vêm sendo acrescidos à tecnologia de pesquisas epidemiológicas de base amostral.

A partir da década de 1950, quando os levantamentos se tornaram mais rotineiros no Brasil com as experiências da Fundação SESP em escolares, os diversos métodos e técnicas foram sendo aprimorados. Com a publicação da série de Manuais para Levantamento Epidemiológico Básico da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1971, sensíveis modificações têm sido incorporadas aos índices e aos desenhos de pesquisa. Hoje, a quarta edição do Manual da OMS, publicada em 1997, tem servido de base para pesquisas epidemiológicas em Saúde Bucal no mundo inteiro, inclusive no Brasil. O Projeto SBBrasil, o maior levantamento epidemiológico já realizado no País, teve como base a metodologia proposta pela OMS.

A proposta metodológica para realização de levantamentos epidemiológicos com base no Projeto SBBrasil (BRASIL, 2010) é uma possibilidade bastante concreta para obtenção de dados primários, os quais podem produzir indicadores mais robustos. Obviamente, algum tipo de adaptação deverá ser feito, uma vez que o modelo SBBrasil foi pensado para uma escala maior, de municípios, estados ou mesmo o País como um todo. Entretanto, são ajustes relativamente simples, tornando o processo, em alguns ca-

sos, mais fácil de realizar. O plano amostral, por exemplo, pode ser bastante simplificado, uma vez que em áreas adscritas da Estratégia Saúde da Família (ESF) é possível obter o registro de todos os domicílios e moradores. Por conta do tamanho da população, em muitas situações é possível trabalhar com a ideia de censo e não necessariamente com amostras mais complexas.

Uma tentativa de modelo de decisão sobre qual tipo de levantamento é mais apropriado para diferentes territórios foi apresentada por Roncalli (2004) e atualizada aqui (Figura 4).

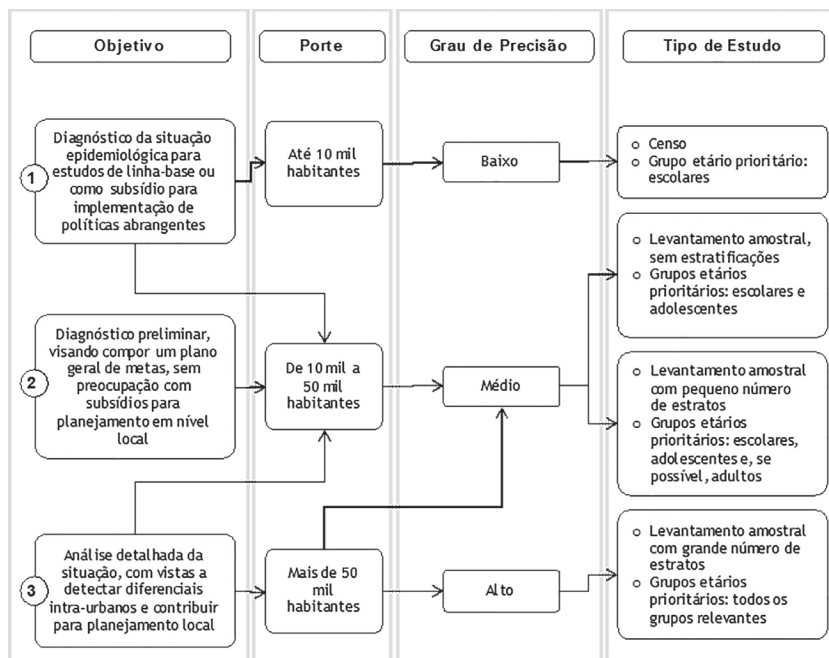


Figura 4. Possibilidades de pesquisa epidemiológica em saúde bucal considerando distintos fatores. Atualizado de Roncalli (2004).

Como se pode notar, embora seja possível enumerar uma gama maior de objetivos em levantamentos epidemiológicos, em sua maioria eles podem ser resumidos nas três situações elencadas na Figura 4. A partir do estabelecimento de cada um destes objetivos gerais, é preciso definir o tamanho da população de referência, no caso deste exemplo, o porte do município em termos de número de habitantes. Dessa primeira combinação é possível traçar alguns modelos de estudo, contudo, ainda é necessário refletir sobre a existência de distintos níveis de precisão.

A partir deste cenário, podem ser imaginadas diversas situações. Tomando como exemplo o objetivo 1, percebe-se que ele é bastante generalizado, próprio para situações em que se deseja uma primeira aproximação da situação epidemiológica. Este objetivo é mais comum em municípios de pequeno e médio porte (até 50 mil habitantes) e, no caso de municípios com até 10 mil habitantes, o estudo mais indicado é o que trabalha com poucos grupos etários (pelo menos 12 anos) e com a técnica do censo para alocação dos elementos amostrais. O censo se justifica pelo fato de não ser necessária uma base amostral em função do pequeno número de indivíduos nestes municípios. Segundo dados do IBGE (estimativa para 2010), o número médio de crianças de 12 anos em municípios com 5 mil habitantes fica em torno de 72, com um máximo chegando a 150 e com pequenas variações entre as regiões do País. Para os municípios até 10 mil habitantes, essa média é de pouco mais de 160 indivíduos. A dificuldade de realizar um sorteio e, conseqüentemente alocar um número menor de crianças na amostra não é compensatório e, nestes casos, a melhor opção é examinar todas as crianças de 12 anos escolarizadas.

O mesmo objetivo, entretanto, pode ser aplicado a um município de maior porte (entre 10 e 50 mil habitantes), contudo, neste caso, não é mais possível se trabalhar com um censo, pois o número de elementos da população já é bem maior. A média de crianças de 12 anos é em torno de 500 podendo chegar a 1.400 de modo que, nestes casos, recomenda-se trabalhar com um estudo de base amostral, podendo ampliar um pouco a abrangência em termos de grupos etários.

O objetivo 3 é possível somente em municípios de médio e grande porte. No primeiro caso, mantém-se a lógica de um estudo de base amostral, porém com a possibilidade de ampliação dos grupos amostrais com a inclusão dos adultos e já com a incorporação também de alguns estratos, como regiões da cidade (urbano/rural, centro/periferia etc.) ou mesmo tipos de escola (pública/privada).

No caso de municípios com mais de 50 mil habitantes, o levantamento amostral deve, preferencialmente, ser feito com um número maior de estratos (distritos sanitários, bairros ou regiões administrativas por exemplo) e com a máxima ampliação possível dos grupos etários, incluindo exames de base domiciliar.

Assim, como se pode notar, a aplicação do método SBBrasil em sua plenitude só faz sentido em municípios com mais de 50 mil habitantes. Em outras realidades, devem ser feitas adaptações e simplificações do método.

Com relação à análise dos dados, é importante que os levantamentos epidemiológicos gerem indicadores importantes para o monitora-

mento das doenças bucais e também para estabelecer prioridades a partir do princípio da equidade.

Entretanto, é possível e necessário incluir, também, outras estratégias de obtenção de dados a partir de técnicas mais simplificadas, como a estimativa de necessidades de saúde bucal, a qual pode ser realizada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Algumas medidas mais simples, como presença de dor dentária, sangramento gengival, perda dentária e auto-percepção de saúde podem fazer parte de um instrumento de coleta baseado em entrevistas que podem ser realizadas pelos ACS ou mesmo por pessoal auxiliar em odontologia. A técnica de estimativa rápida também pode ser aplicada, considerando as principais demandas dos sistemas locais de saúde. A partir desta técnica, é possível obter informações relevantes sobre a morbidade referida em um curto espaço de tempo e a um custo muito baixo (ELY *et al.*, 2013).

Principais desafios

Estas primeiras reflexões trazem algumas pistas dos desafios que a Saúde Bucal Coletiva tem para os próximos anos, com relação à efetiva implementação de um modelo de vigilância em saúde bucal. Tentaremos nesta seção final do texto, sintetizá-los.

Desafio 1: Definir o papel das diferentes esferas de gestão

Conforme já apontamos anteriormente, a Política Nacional de Saúde Bucal trouxe importantes avanços nas diferentes áreas, desde a Atenção Primária e Secundária e, no caso específico da vigilância, o Projeto SBBrasil se consolida como a principal estratégia de produção de dados primários. Há, sem dúvida, uma forte evidência da potencialidade do SBBrasil, particularmente com relação à consolidação da metodologia como suporte para pesquisas acadêmicas e à contribuição para a produção de conhecimento. Entretanto, não se pode dizer o mesmo quando pensamos na consolidação da metodologia como suporte para os serviços e sua capilarização para estados e municípios. Na prática o SBBrasil ainda é uma estratégia que se dá no plano federal, servindo de suporte para a elaboração de políticas nacionais, sem a devida apropriação por parte dos municípios e dos estados.

De algum modo, portanto, é preciso “municipalizar” o SBBrasil, incorporando e adaptando seu método dentro dos protocolos de atenção e colocando a pesquisa de dados primários de saúde bucal como uma rotina.

Desafio 2: Incorporar a racionalidade epidemiológica aos modelos assistenciais em saúde bucal

Temos defendido que não adianta disponibilizar a tecnologia da informação epidemiológica para modelos de atenção tradicionais, que trabalham na lógica da demanda espontânea e sem considerar a organização dos serviços com base no território e na concepção de rede. Para casos como esse, a informação de pouco adianta. Entretanto, é importante atentar para o fato de que a criação de uma boa base de dados (primários e secundários), que gere informação para ação em tempo oportuno, é um mecanismo indutor para a implementação de modelos mais inovadores.

Desafio 3: Repensar os indicadores e o uso da informação

Além de produzir informação de qualidade, um outro grande desafio é associar esta informação à tomada de decisão. Em determinadas áreas da saúde, uma boa parte das decisões tomadas leva em conta as informações epidemiológicas, gerando fluxogramas para a atuação clínica e preventiva. No caso da saúde bucal, praticamente não encontramos protocolos de atenção cujas ações no território são determinadas por informações epidemiológicas. Por exemplo, o que fazer em uma área cujo componente cariado é o dobro da média das áreas adjacentes? Como lidar com um aumento na prevalência de dor de dente em adolescentes? Como estabelecer que a ocorrência de trauma dentário se constitui em um problema a ser enfrentado pelo serviço?

Em outras palavras, mais do que deter a informação, é igualmente importante saber o que fazer com ela. Neste sentido, é importante que estes parâmetros sejam estabelecidos e protocolizados tendo como base a evidência científica. Continuando com o exemplo, será que sabemos a partir de que grau de prevalência e severidade da cárie devo optar por um programa de escovação supervisionada associada a aplicação tópica de flúor? Ou estas práticas são mesmo universais? Infelizmente, a parametrização nos serviços de saúde bucal tem ocorrido essencialmente nos procedimentos a serem realizados e não necessariamente em informação epidemiológica.

Além de criar um sentido para a produção da informação, é igualmente necessário avançar na produção de indicadores que permitam uma leitura mais detalhada da situação. Tomando como exemplo a cárie dentária, a leitura clássica do CPO-D, a partir da sua média e da proporção dos componentes, a despeito de ser indispensável, não se constitui na única leitura possível do índice. Uma série de outros indicadores podem ser pensados, aumentando seu poder discriminatório e de análise. Uma pro-

posta neste sentido, incorporando alguns indicadores propostos na literatura, foi sintetizada por Roncalli (2009), como pode ser visto no Quadro 1. Há também disponível outras elaborações, como o caso dos indicadores compostos e outros que levam em conta as necessidades de acordo com o nível de atenção, mas sua discussão extrapola o escopo deste texto. O fato concreto é que precisamos de uma ampla discussão sobre quais indicadores são os mais adequados, para enfim estabelecer sua devida incorporação aos serviços de saúde bucal.

Indicador	Conceituação	Interpretação	Usos	Método de cálculo	Limitações
CPO aos 12 anos	Número médio de dentes atacados pela cárie (Cariados, Perdidos e Obturados) em crianças de 12 anos	Retrata o ataque de cárie de uma maneira geral, quando a criança acaba de compor sua dentição permanente Segundo a OMS, valores até 1,1 são considerados muito baixos, de 1,2 a 2,6 baixos, de 2,7 a 4,4 médios de 4,5 a 6,5 altos e acima de 6,5 muito altos.	Monitoramento global de cárie dentária em nível municipal, regional e nacional	Somatório dos componentes Cariado, Restaurado e Extraído por cárie / Total de indivíduos examinados	Perde poder discriminatório em situações de alta prevalência e severidade Pouco sensível a mudanças em curto espaço de tempo
Proporção de livres de cárie (5 e 12 anos)	Percentual de indivíduos com CPO ou ceo = 0	Estima a prevalência de doença em dentes decíduos (5 anos) e permanentes (12 anos)	Monitoramento global de cárie dentária em nível municipal, regional e nacional	Número de indivíduos com CPO ou ceo = 0 / Total de indivíduos examinados x 100	Limitações semelhantes aos CPO aos 12 anos

>>

Indicador	Conceituação	Interpretação	Usos	Método de cálculo	Limitações
Crescimento CPO entre 12-15 anos	Diferença proporcional entre o CPO-D aos 12 anos e aos 15 anos	Estima a força com que a cárie dentária aumenta em relação à idade Dos 12 aos 15 anos é um período crítico do ponto de vista da assistência odontológica	Em situações em que é difícil realizar estudos de incidência, este indicador pode dar uma ideia aproximada da evolução da doença Pode também ser calculado para cada um dos componentes	$(\text{CPO aos 15 anos} - \text{CPO aos 12 anos}) / \text{CPO aos 12 anos} \times 100$	Dificuldade de realizar o exame em adolescentes de 15 anos em situações de alta evasão escolar É uma estimativa de incidência com dados prevalentes, devendo ser analisado com cautela.
Cárie não tratada (5, 12 e 15-19 anos)	Proporção dos componentes Cariado e Restaurado / Cariado em relação ao CPO	Retrata indiretamente o acesso aos serviços de caráter curativo Interpreta-se como o inverso do Índice de Cuidados e, quanto maior, pior a situação.	Pode ser utilizado em todos os níveis, desde o local ao nacional para a estimativa das necessidades de tratamento e, consequentemente, para o cálculo dos recursos necessários	Total de Cariados + Total de Restaurados mas cariados / CPO-D Total $\times 100$	Mesmas limitações do CPO de uma maneira geral. Pode subestimar as necessidades por conta de imprecisão no diagnóstico Estima apenas o tratamento curativo para a cárie
Índice de Cuidados Odontológicos (5, 12 e 15-19 anos)	Proporção do componente Restaurado em relação ao CPO-D total	Expressa a cobertura para serviços restauradores. Quanto mais próximo de 100, maior o acesso a procedimentos restauradores	Pode ser utilizado em todos os níveis, desde o local ao nacional	Total de Restaurados / CPO-D Total $\times 100$	Mesmas limitações do CPO de uma maneira geral. Deve ser interpretado juntamente com o CPO total, pois pode indicar sobretratamento

>>

Indicador	Conceituação	Interpretação	Usos	Método de cálculo	Limitações
Mutilação Dentária (15-19, 35-44 e 65-74 anos)	Proporção do componente Perdido por cárie em relação ao CPO	Expressa o caráter mutilador do serviço	Mais indicado para uso em nível municipal, estadual e nacional	Total de Extraídos por cárie / CPO-D Total x 100	Mesmas limitações do CPO de uma maneira geral. Sofre mudanças em espaços de tempo muito grandes
Perda de 1o Molar Permanente (12 anos)	Número médio dos elementos 16, 26, 36 e 46 codificados como perdidos por cárie	Complementa a leitura das características mutiladoras do modelo, acrescentando uma medida mais recente que o edentulismo em adultos Expressa a incapacidade do serviço em preservar as estruturas dentárias e em prevenir a doença	Pode ser utilizado em todos os níveis, desde o local ao nacional	Número de elementos 16, 26, 36 ou 46 codificados como Perdido por cárie / Total de indivíduos examinados	Mesmas limitações do CPO de uma maneira geral.
Funcionalidade dentária	Proporção de indivíduos com P=0 aos 18 anos Proporção de indivíduos de 35 a 44 anos e de 65 a 74 anos com pelo menos 20 dentes funcionais	Expressa a capacidade do serviço em manter os dentes na boca, evitando extrações desnecessárias.	Mais indicado para uso em nível municipal, estadual e nacional	Número de indivíduos com Perdido = 0 / Total de indivíduos examinados x 100 Número de indivíduos com Perdido <=12 / Total de indivíduos examinados x 100	Mesmas limitações do CPO de uma maneira geral.

Quadro 1. Indicadores passíveis de serem construídos a partir do CPO-D obtido segundo técnica da OMS (1997) / SBBrazil 2010. Adaptado de Roncalli (2009).

Desafio 4: Criar e incorporar à prática cotidiana protocolos específicos para obtenção de dados de saúde bucal no território

Conforme já apontamos no primeiro desafio, é preciso “municipalizar” o SBBrasil, mas não só isso. É fundamental que estejam disponíveis as ferramentas para a produção de dados epidemiológicos primários e para a construção de indicadores a partir dos dados produzidos cotidianamente pelos serviços de saúde. Aliado a isso, é preciso igualmente capacitar as equipes de saúde bucal para lidar com a informação. Ainda resgatando os dados do 2º. ciclo do PMAQ, 18% das unidades de saúde referiram não participar de nenhuma atividade de educação permanente, com importantes diferenças regionais (30% na região Norte, por exemplo).

Em estudo avaliativo do Projeto SBBrasil 2010 a partir de entrevistas com 90 coordenadores municipais do inquérito, Soares *et al.* (2018) destacam, entre as sugestões dos coordenadores para os próximos inquéritos, três aspectos importantes: (a) melhor suporte do nível federal, estadual ou regional às equipes locais; (b) apoio à realização de levantamentos epidemiológicos locais nos estados e municípios e (c) consolidação dos levantamentos como componentes da vigilância em saúde bucal. Nota-se que, mesmo entre os municípios que participaram da amostra do SBBrasil 2010, não há sinais de incorporação da tecnologia.

Desafio 5: Construir um sistema de armazenamento e disseminação de informação epidemiológica em saúde bucal

Onde vão parar os inúmeros relatórios de levantamentos epidemiológicos realizados em vários municípios brasileiros? Em que SIS estão armazenados os dados dos quatro grandes levantamentos nacionais? Como avaliar as tendências das doenças bucais e sua distribuição, no sentido de monitorar as desigualdades e promover políticas de equidade?

Infelizmente, apesar de todo o esforço na produção de informação epidemiológica, ainda teremos de enfrentar o desafio de um adequado processamento destas informações, na perspectiva de criação de um sistema de inteligência epidemiológica.

Estas iniciativas estão com um grau bastante razoável de avanço em outras áreas, onde a tradição no uso da informação está mais consolidada. No caso de doenças como sífilis, para ficar em apenas um exemplo, qualquer cidadão ou gestor pode acessar o painel de monitoramento da doença em <http://indicadoressifilis.aids.gov.br> e obter dados atualizados dos principais indicadores, por município, estado ou região, em uma série

histórica desde 2005. Poderíamos ter algo semelhante na área de saúde bucal, que agregasse tanto as pesquisas amostrais, como os levantamentos epidemiológicos, quanto outros indicadores originários de dados produzidos pelos serviços de saúde. Seria uma ferramenta extremamente importante que certamente teria um efeito indutor na implementação de um modelo de vigilância em saúde bucal.

Considerações finais

Este texto, mais do que tentar trazer soluções, se propôs a levantar pontos importantes para o necessário debate a respeito da vigilância em saúde bucal em seus aspectos práticos e seus principais desafios. A busca por um modelo de vigilância com base na epidemiologia social e que subsidie intervenções com base na evidência científica passa pela superação destes desafios.

Entendemos que tal superação é um processo de longo prazo, contudo é preciso reconhecer que, mesmo com o avanço proporcionado nos últimos anos no campo das políticas públicas de saúde bucal, este foi certamente um dos pontos que poderíamos ter avançado mais.

Do ponto de vista das perspectivas futuras, infelizmente a situação atual não aponta para um cenário otimista. Estamos assistindo a um desmonte do já fragilizado Estado de Bem-Estar social brasileiro, acarretando em uma séria ameaça ao SUS e, conseqüentemente à PNSB, a partir do seu desfinanciamento via emenda constitucional 95, a qual congela os gastos sociais pelos próximos 20 anos. Além disso, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) se contrapõe, no dizer da Abrasco, *a um modelo de SUS universal, integral, democrático e de qualidade*. Para a saúde bucal, a principal consequência ocorrerá a partir da possibilidade de financiamento específico para outros modelos de atenção básica sem equipes multiprofissionais. Retrocedemos 20 anos no tempo e a importante conquista que tivemos com a inclusão da saúde bucal na ESF a partir de 2001 literalmente desaparece. Concordamos, portanto, com o Prof. Paulo Capel Narvai, quando ele afirma que *“essa decisão acaba, na prática, com o Brasil Sorridente, tal como o conhecemos”* (RADIS, 2017).

**Capítulo texto base: vigilância
em saúde bucal: uma
proposta para o século XXI**
capítulo síntese GT: vigilância
em saúde bucal: o desafio de
“pensar fora da caixa”

Carolina D. R. Xavier Lucena

Moacir Paludetto Junior

Polyana Matos Alcântara

Roger Keller Celeste

Solange Laurentino dos Santos

Yuri W. Cavalcanti

Este capítulo apresenta a síntese das discussões desenvolvidas pelos participantes do Grupo de Trabalho (GT) de Vigilância em Saúde Bucal. Houve o entendimento da existência de alguns pontos problematizadores: a desvinculação da Saúde Bucal em relação à **Vigilância em Saúde** e o reconhecimento da necessidade de incorporação no processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal para planejamento e tomada de decisão; a necessidade de mais clareza das limitações e potenciais de vigilância por **Inquéritos** (SBBrazil) e Vigilância por Sistemas de Informações em Saúde que atualmente são baseados na **produção e assistência** e, de **simplificação** de índices/indicadores para o **diagnóstico rápido de saúde**.

Os trabalhos do GT foram guiados por cinco grandes desafios postos pelo texto base de Angelo Roncalli (2017): 1) Definir o papel das diferentes esferas de gestão na vigilância (em saúde bucal); 2) Incorporar a racionalidade epidemiológica aos modelos assistenciais em saúde bucal; 3) Repensar os indicadores e o uso da informação (em saúde bucal); 4) Criar e incorporar à prática

cotidiana protocolos específicos para obtenção de dados de saúde bucal no território; e 5) Construir um sistema de armazenamento e disseminação de informação epidemiológica em saúde bucal.

Considerações finais ou encaminhamentos apresentados pelo GT no último dia da reunião:

- 1) Necessidade de Centros / Redes / Grupos de colaboração (com Universidades) para construção de estratégias juntos aos municípios e superação do cenário político adverso;
- 2) Necessidade de manutenção dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) atuais para viabilizar o planejamento em saúde, com base em uma realidade previsível.

Introdução

Na atualidade se discute em âmbito global as ações prioritárias na saúde bucal para reduzir o risco e intervenção relativos à dieta e nutrição, fluoretos e uso do tabaco (WHO, 2018). No Brasil, um dos maiores desafios tem sido identificar as doenças e condições bucais da população para implementar políticas voltadas para às reais necessidades da população.

Neste aspecto, muitos foram os avanços alcançados no que se refere à melhoria da qualidade da atenção e de diagnóstico da situação de saúde bucal no território brasileiro. As estratégias de Levantamentos e Inquéritos Epidemiológicos, de abrangência nacional, implementadas desde 1986 e nos anos de 2003 e 2010 permitiram avaliar a situação de saúde bucal mediante o uso de indicadores e possibilitaram a identificação de necessidades de saúde¹. A partir da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal conhecida como “Brasil Sorridente”, no ano de 2004 (BRASIL, 2004) foram incrementadas melhorias na rede assistencial de especialidades odontológicas voltadas à integralidade do cuidado de saúde bucal no Brasil. Essa se deu de modo includente e possibilitou a ampliação do acesso de grande parcela da população, antes desassistidas.

Destarte, todo o processo de implantação de uma política de atenção integral com a rede de atenção implementada no país, vários foram os

¹No Brasil o primeiro levantamento epidemiológico de base nacional foi o realizado em 1986 pelo Ministério da Saúde em que foram avaliados os dois principais agravos, a cárie dentária e a doença periodontal, além da necessidade de prótese total e acesso aos serviços odontológicos (Brasil, 1986) e ser um levantamento de base macrorregional abrangendo 16 capitais. No Programa Brasil Sorridente (2003 e 2006), cuja metodologia utilizada diferiu do levantamento de 1986, foram incorporadas outras faixas etárias, como também a condição de fluorose e oclusopatias e a inclusão de municípios de diferentes portes. Apesar das diferenças de metodologia, vários aspectos foram comparáveis como por exemplo as diferenças marcantes nos indicadores entre as macrorregiões do Brasil (RONCALLI, 2006).

problemas do ponto de vista da informação coletada e dos indicadores utilizados para o monitoramento de situações relacionadas à saúde bucal nos territórios. As condições de saúde bucal de interesse para a Saúde Pública estão bem apresentadas no relatório do SBBrasil 2010. Neste documento, no quesito que observa as crianças brasileiras de 12 anos de idade, para a cárie dentária apresenta o índice de 2,07 com experiência de cárie, na avaliação da condição periodontal, a presença de cálculo foi a pior condição observada em 23,7%. Em relação ao traumatismo dentário observou-se a prevalência de 20,5%. Sobre a situação da oclusão dentária as condições de Classes II e III de caninos foram observadas em 16,6% e 6,4% respectivamente. No quesito da fluorose dentária a prevalência foi de 16,7% e a condição de edentulismo 86,3% dos adolescentes não necessitava de prótese (BRASIL, 2012).

No modelo de Vigilância **da** Saúde Bucal proposto por Ely *et al.* (2006) há mais de dez anos, voltado para um redirecionamento das ações de vigilância em saúde, são apresentadas operações de vigilância sobre os problemas de maior prevalência, vigilância de serviços odontológicos e saúde do trabalhador, vigilância de águas e produtos que contenham flúor e a incorporação do cirurgião-dentista na equipe. Neste modelo, observa-se a integração das vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental bem como um olhar interdisciplinar para os agravos, eventos e doenças de interesse para a Vigilância **em** Saúde Bucal (VSB).

Roncalli (2017), ao abordar os aspectos históricos e conceituais da vigilância em saúde considera como mais adequada os conceitos trazidos por Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) em que concebem a vigilância em saúde como uma “proposta de redefinição das práticas sanitárias, organizando processos de trabalho em saúde sob a forma de operações para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos”. Esta concepção propõe uma reorganização dos processos de trabalho, particularmente nas ações focadas no território e na Atenção Primária em Saúde (APS) e se inclui entre as diversas propostas de modelos assistenciais em saúde para o Sistema Único de Saúde (TEIXEIRA, 2006). O modelo tradicional de vigilância em saúde para de doenças infecciosas tem se mostrado problemático para doenças crônicas não infecciosas de longa latência e alta prevalência.

Outro aspecto considerado como elemento de reflexão para a discussão foi relacionado aos dados primários coletados a partir do SBBrasil e, neste quesito emerge a pergunta: como está se dando a Vigilância **em** Saúde Bucal nos municípios brasileiros? Em relação aos dados secundários coletados a partir dos indicadores de saúde bucal definidos para acompanhamento da vigilância em saúde, há uma identificação de que es-

ses indicadores não indicam agravos epidemiológicos mas são indicadores de processos de trabalho e refletem, em parte, o modelo de atenção.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), nascida do inquérito-epidemiológico em saúde bucal representativo da população brasileira (BRASIL, 2003), estabeleceu novas formas de cuidados e organização do serviço, com base nos principais problemas de saúde demonstrados em 2003 (BRASIL, 2004). Sendo assim, previu-se a necessidade de ampliação da cobertura de saúde bucal, ampliação dos sistemas de fluoretação de água, aumento da oferta de serviços especializados (com ênfase no diagnóstico bucal e oferta de próteses dentárias), além das medidas de vigilância e acompanhamento das necessidades da população, com ênfase no planejamento em saúde (BRASIL, 2004).

Entretanto, ao longo dos 13 anos da PNSB, observou-se que a área de saúde bucal esteve desvinculada da Vigilância em Saúde. Semelhante ao apontado por Moysés *et al.* (2013), o grupo de trabalho que discutiu esta temática no encontro de Recife concluiu que o maior símbolo da vigilância em saúde bucal se constitui dos inquéritos epidemiológicos. Entretanto, essas ações se constroem sob a perspectiva nacional, sem a cultura desejada da vigilância à saúde em nível local (MOYSÉS *et al.*, 2003). Além disso, as informações em saúde bucal disponíveis em Sistemas de Informação em Saúde (SIS) concentram-se sobre a avaliação de processos e da assistência, sem informações sobre agravos em saúde. Esse também foi um ponto convergente entre a análise do grupo de trabalho e o artigo Moysés *et al.* (2013). Sendo assim, destaca-se a incipiência que a área de saúde bucal trabalha na perspectiva da vigilância em saúde.

Nesse sentido, verifica-se a necessidade de incorporar a prática da vigilância em saúde no processo de trabalho das equipes de saúde bucal, assim como prevê a PNSB (BRASIL, 2004). A vigilância em saúde bucal, por sua vez, deve subsidiar o planejamento em saúde, de modo a orientar ações pautadas na realidade local. Isso viabilizaria que o processo de vigilância fosse descentralizado (da perspectiva federal/nacional para local), além de incorporar mudanças significativas na assistência.

O objetivo do GT foi de aprofundar a discussão sobre os desafios postos no texto base e encaminhar sugestões e proposições para um redirecionamento da vigilância hoje vigente.

Procedimentos metodológicos

A dinâmica dos trabalhos se deu, inicialmente, pela organização dos participantes em pequenos grupos para leitura do texto base de au-

toria de Angelo Giuseppe Roncalli (2017) intitulado “*Vigilância em Saúde Bucal: em busca de uma Epidemiologia Social e para a intervenção*” em que foram apresentados os desafios que serviram como questões direcionadoras para as discussões dos grupos.

Uma síntese do texto foi exposto pelo autor em que foram elencados os cinco principais **desafios**:

- 1) definir o papel das diferentes esferas de gestão para a VSB;
- 2) incorporar a racionalidade epidemiológica aos modelos assistenciais em saúde bucal;
- 3) repensar os indicadores e o uso da informação;
- 4) criar e incorporar à prática cotidiana protocolos específicos para obtenção de dados de saúde bucal no território;
- 5) construir um sistema de armazenamento e disseminação de informação epidemiológica em saúde bucal.

A escolha dos participantes para o GT se deu pela experiência com a vigilância em saúde bucal em ensino, em serviço ou em pesquisa. Todos os participantes concordaram que os dados obtidos nas rodas de discussão seriam utilizados para compor o documento base final a ser publicado no formato de livro.

No primeiro turno de trabalho, o grupo ouviu a apresentação do texto base e se fez um “Brainstorming” com falas e discursos livres dentre todos os presentes. Nesse dia os oficinairos participantes foram divididos em 4 subgrupos de discussão com ao menos um dos 5 relatores em cada grupo. Cada um dos grupos ficou responsável por abordar um dos 5 desafios postos no texto base, sendo um grupo com dois desafios. Ao final do turno, observou-se que os desafios estavam entrelaçados de modo que os grupos optaram por discussões mais amplas.

No segundo turno de trabalho, que ocorreu no dia seguinte, os pontos que emergiram do turno anterior foram agregados tentando responder às perguntas condutoras relativas aos **desafios** necessários para um possível **redirecionamento**, ou **novo caminhar** da Vigilância em Saúde Bucal no Brasil. Nesse turno os oficinairos foram divididos em 2 subgrupos. Ao final do turno, cada um dos dois grupos apresentou suas visões sobre os desafios e encaminhamentos.

No terceiro e último turno foram retomados os encaminhamentos do turno anterior e feito um debate ampliado para fins de consenso, sistematização de ideias e redação de um esboço final do relatório.

Resultados e discussão

A partir das discussões dos grupos, dos debates de grupo aberto e sumarização realizada no último dia da oficina, fez-se encaminhamentos para os cinco desafios.

Desafio 1 – Definir o papel das diferentes esferas de gestão

- 1) **Individual/Profissionais:** a) Conhecer o território e promover vigilância ativa; b) Atuar na vigilância passiva (notificação); c) Elegar prioridades de vigilância (quais problemas?); d) Conhecimento sobre sistemas de informação!
- 2) **Municipal:** a) Gestão municipal deve apoiar e orientar profissionais da assistência a saúde; b) Estimular vigilância (ativa e passiva – inquéritos e notificação); c) Elegar prioridades de vigilância (quais problemas?)
- 3) **Estadual:** Indiferença em relação à atenção básica! Dificuldade de vigilância em nível secundário e terciário → precisa definir indicador de vigilância (o que vigiar?).
- 4) **Federal:** a) Criar mecanismos de notificação (Vigilância passiva); b) Financiamento; c) Definição da política unificada de vigilância e não só de atenção/assistência; d) eleger prioridades de vigilância (quais problemas?); e) Sistema de informação em saúde bucal?

Desafio 2 – Incorporar a racionalidade epidemiológica aos modelos assistenciais em saúde bucal

- 1) Alta demanda de trabalho do profissional da ponta (**Processo de trabalho de assistência compete com vigilância**);
- 2) Tecnicismo dos indicadores de saúde bucal vigentes → **dificuldade de padronização e disseminação**;
- 3) Proposta de notificação passiva (diagnóstico rápido/compulsório + auto-referido) → **simplificação dos indicadores**;
- 4) Incorporar a rotina de **uso da informação para o planejamento** em saúde bucal no processo de trabalho

Outro aspecto que poderia ampliar a atuação do profissional de saúde bucal seria a incorporação de profissional ***dentista sanitарista*** como um técnico da vigilância em saúde que pudesse olhar para os dados existentes e, analisar a informação sobre a condição de saúde bucal e que esta informação possibilitasse ***atuar de modo interdisciplinar de*** forma a trans-

formar o olhar sobre os dados de morbimortalidade já existentes e assim, poder indicar novas situações de exposição a riscos bucais envolvidas com a determinação das enfermidades bucais e gerais.

É necessário incorporar a determinação social das doenças e condições bucais e pensar a vigilância em saúde bucal para além dos fatores proximais. Desse modo, questiona-se se os indicadores que permitem avaliações sociais não são suficientes para se planejar a saúde bucal no território, (tendo-se os modelos de doenças crônicas com densa base teórica). Nesse sentido instiga-se a romper com a saúde da “boca”.

Citamos um exemplo: poderia ser a vigilância dos micronúcleos como preditor do câncer bucal por exposição a agrotóxico? Biomarcadores como testes de micronúcleos fornecem informações sobre danos de DNA (BOLOGNESE *et al.* 2002). O monitoramento biológico seria uma grande ferramenta para a avaliação de risco de câncer por exposição a misturas químicas. E a detecção precoce poderia ser incluída na prática de profissionais que atendessem a grupos específicos como os trabalhadores, cuja ocupação estivesse ligada aos riscos ocupacionais. Assim estaríamos possibilitando uma vigilância mais sistêmica com olhar sobre o ambiente de trabalho. É claro que pensar desse modo necessitaria estruturar a rede de atenção e de apoio diagnóstico adequadamente.

Em relação à implantação de um sistema de vigilância dos teores de flúor nas águas de abastecimento público consideramos que estamos perdendo uma oportunidade ímpar de agregar ao Sistema de Informação da Qualidade da Água (SISAGUA), em funcionamento em todos os municípios brasileiros, e regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde de qualidade da água para consumo humano (BRASIL, 2011). Compreendemos que há necessidade de equipar laboratórios de referência com fluorímetros e capacitar profissionais sendo este mais um importante desafio para o setor saúde, mas por outro lado, nos coloca em uma condição diferenciada de monitoramento e controle da água consumida pela população. Os resultados obtidos do monitoramento devem ser disponibilizados para a população de modo a se planejar ações de prevenção e controle da fluorose. Esse é um exemplo de como poderíamos atuar com a participação envolvendo a sociedade.

Outro aspecto para a incorporação da VSB dentro do escopo do grupo das doenças cardiovasculares, que hoje ocupa a primeira causa de morte. Qual o papel da infecção dentária na endocardite bacteriana? De quanto é o risco de morte por endocardite bacteriana causada por infecção dentária por conduta inadequada? Quais medidas de prevenção da endocardite são recomendadas e adotadas pelos profissionais de saúde bucal durante o tratamento odontológico da doença periodontal, no tratamen-

to endodôntico, dentre outros. Não seriam essas possibilidades de implementar novas práticas para a vigilância das doenças cardiovasculares.

Outro aspecto de redirecionamento das práticas para a vigilância em saúde bucal: como está se dando o empoderamento das pessoas sobre as suas condições de vida, saúde e acesso aos serviços de vigilância dos problemas de saúde bucal? Quais informações possibilitaram transformações que foram incorporadas pela população? Como fazer a vigilância popular em saúde bucal de modo a transformar uma prática de vigilância tecnicista em uma prática compreensível e participativa. A mudança da atuação da educação em saúde tradicionais, cujas atividades são voltadas para mudanças de hábitos no âmbito individual da “orientação de escovação correta” por exemplo, para práticas de transformação coletiva e participativa.

No caso da vigilância da dor de dente e traumatismo dento alveolar estes poderiam ser incluídos em notificações compulsórias em unidades sentinelas localizados em urgências odontológicas tanto públicas como privadas, e assim teríamos a possibilidade de se conhecer essa situação de saúde-doença e planejar adequadamente as ações e serviços.

Desafio 3 – Repensar os indicadores e o uso de sistemas de informação

- 1) Modelos atuais são baseados na assistência em saúde (produção ambulatorial);
- 2) Indicadores de diagnóstico (tradicionais) baseados em índices complexos, de alto custo, alto nível de treinamento e adequados apenas para inquéritos amplos (nacionais/regionais) e periódicos;
- 3) Levantamentos epidemiológicos, embora previstos na PNSB, **não são viáveis para o processo de trabalho das equipes de saúde bucal em nível local;**
- 4) Verifica-se a urgência de diagnóstico das **necessidades da população** → RISCO;
- 5) Considerar **indicadores sociais** → **monitorar desigualdades**
- 6) **Incorporação do diagnóstico clínico do dentista e da auto-percepção do paciente no prontuário do e-SUS**
- 7) Pensar alternativas para **sistematização** de indicadores incorporados na prática;
- 8) Incorporar diagnósticos sumarizados durante o atendimento clínico

No quesito que abordou o repensar dos indicadores e o uso da informação. Houve concordância de que os indicadores existentes são indicadores de modelo de atenção e de que a revisão dos mesmos para vigilância deva incluir aspectos positivos do processo saúde-doença bucal. Hoje se mede a doença. Inquieta o foco apenas em cárie dentária, não obstante o incremento dos problemas periodontais. Não dispomos de indicadores adequados para doença periodontal e, conseqüentemente, se subestima a prevalência e severidade da doença.

Considera-se ainda, que o desenvolvimento de novos indicadores precisa avançar para além de satisfazer às necessidades da academia e focar nas necessidades e utilidade para os serviços, integrando os objetivos e desfechos. E que estes, sejam reproduzíveis, metodologicamente corretos e simples além de que, os serviços precisam se organizar para isso, pois há uma grande dificuldade de colocar em prática tanto a execução das medidas necessárias para a coleta dos indicadores, como em transformar os resultados em mudanças efetivas nos serviços locais.

Sugere-se a utilização de indicadores para problemas por ciclo de vida, focada em grupos, (exemplo – pré-diabéticos, obesos, etc.) como mais eficaz do que utilizar uma abordagem populacional. E ao mesmo tempo, considera-se a necessidade de se pensar em base populacional. Outra necessidade é que possibilite mostrar situações longitudinais de um agravamento, o que permitiria prever situações de agravamento ao longo do tempo.

Em relação à incorporação na prática cotidiana de protocolos específicos para obtenção de dados de saúde bucal no território, emerge como primeira etapa nos territórios a necessidade de retomar a reflexão para compreender os motivos pelos quais no nível local, o gestor/técnico não se apropria dos dados/ indicadores do SB. Identificar se existem meios de matriciamento que forneçam direcionamento sobre como proceder é outro aspecto que deva ser considerado. Saber a utilidade dos dados, a maneira de coletá-los, bem como a utilização efetiva e correta dos dados e finalmente como interpretá-los.

No reconhecimento da necessidade do indicador deve ser considerado o seu processo de trabalho (modelo de atenção/mecanismos de cogestão). Precisa-se identificar qual a necessidade do serviço em utilizar informações epidemiológicas e por quais razões o serviço não tem a necessidade de indicadores para a organização. Fazendo-se um resgate mais aprofundado, encontramos raízes em problemas que iniciam na graduação, como o descolamento da prática e do serviço, e distanciamento ou ausência de planejamento.

Desafio 4 – Criar e incorporar à prática cotidiana protocolos específicos para obtenção de dados de saúde bucal no território

- 1) Ampliar a incorporação de indicadores sumarizados (diagnóstico rápido) à prática clínica;
- 2) Indicadores autorreferidos pelo usuário (autopercepção de doenças bucais);
- 3) Utilizar indicadores de RISCO e PRIORIDADE de atendimento;
- 4) Indicadores de desigualdade em saúde / socioeconômicos
- 5) Relevância para que os dados não sobrecarreguem a atuação do cirurgião-dentista; → reverter a prática de procedimentos para informação

A ausência de planejamento estratégico situacional nos serviços torna os indicadores sem valor se não existe planejamento nos serviços, para que indicadores? As próprias pessoas dos serviços não veem retorno, não sabem mexer ou não são capacitadas e não entendem quais as dimensões do problema.

Considera-se que a equipe pode ou não ter consciência da importância da informação para planejamento do território. No entanto, quando não possuem acesso aos dados para planejamento de suas ações, terminam por não utilizar toda sua capacidade porque não lhes é dada a oportunidade.

Neste sentido, surge como questionamento se não seria o momento para se pensar a mudança do formato atual da vigilância em saúde bucal, incorporando-a a um contexto macro e mais abrangente considerando-se a saúde como um todo. Também se considera a possibilidade de uma interação com a vigilância em saúde bucal no escopo das doenças crônicas como apontou Goés (2008).

Desafio 5 – Construir um sistema de armazenamento e disseminação de informação em saúde bucal

- 1) Ampliar o uso das ferramentas de cadastro do e-SUS;
- 2) Agregar informações de saúde bucal em um SIS;
- 3) Matriciamento para o processamento de dados;
- 4) Mecanismo de operacionalizar o “retorno” da informação ao dentista;
- 5) Viabilizar o planejamento das ações;
- 6) Ampliar o processo de trabalho da equipe auxiliar para a vigilância;

Na discussão sobre a construção de um sistema de armazenamento e disseminação de informação epidemiológica em saúde bucal, considerou-se que o excesso de dados como um dificultador e que não é preciso

fazer levantamento a todo tempo. Precisa-se do dado para se conhecer a realidade do planejamento e o mesmo precisa estar disponível. E, as pessoas precisam saber entender esses dados. Reforça-se que o dentista na ponta do sistema de saúde possa interpretar esses dados com facilidade e, para isso se torna oportuno simplificar os indicadores. Reconhece-se a importância dos dados nacionais, mas questiona-se se deva começar do território ao nível federal?

No quadro 1 é apresentada uma síntese dos problemas discutidos e do redirecionamento proposto.

Apectos avaliados	Problemas identificados	Redirecionamento proposto
Tipo de Indicadores	Indicadores de modelo de atenção	Adequar indicadores para a situação de saúde bucal atuais
	Indicadores medem a doença	Incluir aspectos positivos do processo saúde-doença bucal
	Foco nas doenças infecciosas – Cárie Dentária	Focar na promoção da saúde para além das doenças infecciosas
	Não mede a situação da Doença Periodontal	
Uso dos indicadores	Uso pela academia, são de difícil metodologia e não atende às necessidades do serviço	Metodologia mais simples e que permita atender as necessidades levantadas pelos serviços
	Abordagem populacional dos indicadores, não longitudinais.	Indicadores por ciclo de vida, focada em grupos permitindo mostrar o agravamento das doenças/eventos
Gestão da informação pelos serviços	Gestor/técnicos não se apropriam dos dados/informação para direcionar ações	Matriciamento com direcionamento na utilização dos dados (desde coleta, utilização e interpretação)
	Excesso de dados levantados	Levantar dados que permitam conhecer a realidade (diagnóstico) e que sejam reconhecidos
	De difícil compreensão e interpretação	Simplificar a interpretação

>>

Apectos avaliados	Problemas identificados	Redirecionamento proposto
Processo de Trabalho	Necessidade do serviço voltado para situação epidemiológica e não para organização	Reconhecer/identificar o processo de trabalho
	Ausência de planejamento com uso de informação desde a graduação	Incluir o planejamento e aproximar a prática do serviço desde a graduação
	Pouco/falta de acesso aos dados pelos serviços	Permitir o acesso aos dados pelos serviços

Quadro 1 – Síntese sobre avaliação dos indicadores, problemas identificados e redirecionamentos propostos para vigilância em saúde bucal.

Nesse sentido, convergir para um ponto comum são aspectos relevantes para que se tenha a comparabilidade entre as esferas de gestão e o matriciamento para saber trabalhar os dados disponíveis e fazer com que o dado seja mais acessível a quem deles precisa para trabalhar.

Na atual conjuntura, como se dará o acesso aos dados? O que de fato se vai ter acesso? A academia já pode pensar a integração dos bancos de dados e fazer um sistema que possa trabalhar de uma forma mais completa e complexa, não se limitando ao nível dentário, CPO-d. Tarefa árdua que precisa de financiamento e experiência.

Evoluir os componentes de saúde bucal junto aos inquéritos nacionais incorporando à saúde bucal, fortalecendo a vigilância em saúde bucal em um contexto amplo.

Considerações finais

Nesse encontro que reuniu pesquisadores, técnicos e profissionais de diferentes instituições de ensino, serviço e pesquisa do Brasil, a produção de mudanças e a incorporação de novas tecnologias ao processo de trabalho foi uma necessidade significativa que emergiu entre os participantes, somou-se a isso outras inquietações que se apresentaram, e foi expressado na fala de um dos participantes da oficina de vigilância: **a importância de pensar fora da caixa** o que representou uma expectativa de olhar externo para os atuais modelos implantados de vigilância dos problemas da saúde bucal de forma pouco integrada com as demais vigilâncias.

No âmbito local o papel do município nas ações de vigilância em saúde bucal foi uma questão considerada relevante, entretanto, nesta esfera os técnicos precisam ter oportunidade de utilizar as informações epide-

miológicas e dos inquéritos de modo claro e compreensível e que permita a transformação da realidade em que atuam.

No campo da pesquisa uma modelagem inovadora que permitisse uma vigilância em saúde bucal integrada/agregada com a vigilância em saúde poderia ser implantada como um experimento piloto que pudessem ser aplicado em alguns municípios do Brasil (ensaios comunitários/ community trials) *que possibilite servir de modelo para um Sistema de Vigilância em Saúde Bucal Integrado SIVSBI às demais vigilâncias.*

Na atualidade, em que se observam conflitos no âmbito político institucional, diferentes interesses se apresentam em vários setores da sociedade e, no campo da saúde em particular, ressaltamos que em 2017 acontece a 1ª Conferência de Vigilância em Saúde no Brasil, com o objetivo de “Propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento de ações de Promoção e Proteção à saúde”, entretanto, não se observa a temática da vigilância da saúde bucal pautada nesse encontro.

Entendemos que o redirecionamento das práticas da vigilância em saúde bucal (VSB) é o uma necessidade premente. Que a vigilância em saúde bucal tradicional seja ampliada e **transformada** incorporando-se ao setor de vigilância em saúde de modo mais transdisciplinar, sistêmico e, principalmente, participativo e por que não chamar de uma **“abordagem (ecos) sistêmica para a vigilância em saúde bucal”**².

Na perspectiva do Ministério da Saúde, vislumbra-se a necessidade de ampliação de Centros, Redes e Grupos de colaboração como as Universidades para construção de estratégias junto aos municípios e superação do cenário político adverso. Soma-se a isso a necessidade de manutenção dos SIS atuais, bem como a ampliação dos mesmos, com base em uma realidade previsível. Essas medidas devem fomentar o planejamento em saúde e a mudança da realidade local, com base nas reais necessidades da população. Essas ações são estratégias de resistência e proteção das conquistas alcançadas diante das tentativas de desmonte que vem se propondo para o SUS.

2 Santos e Augusto, 2009, tem defendido ao longo dos últimos 10 anos, que as práticas de vigilância em saúde possibilitem ações transformadoras da realidade com a incorporação da participação popular e que estas ocorram para além do olhar estritamente biológico mas incorporando a visão sistêmica sobre as questões.

Apêndices

Lista de participantes e registro fotográfico do GT vigilância

Participante	Afiliação Institucional	Participação
Produção Texto Base		
Angelo Giusepe Roncalli	UFRN	Expositor
Coordenador das Sessões		
Roger Keller Celeste	UFRGS	Ativador e Revisão do Texto Síntese
Relatores		
Carolina Dantas R. X. de Lucena	UFPE	Redação Texto Síntese
Moacir Paludetto Junior	Coordenação SB/MSSMS de Arapongas/PR	Redação Texto Síntese
Polyana Matos Alcântara	SMS/Recife	Redação Texto Síntese
Solange L. dos Santos	UFPE	Redação Texto Síntese
Yuri W. Cavalcanti	UFPB	Redação Texto Síntese
Oficineiros		
Andrea M. D Vargas	UFMG	Participante
Fernando Neves Hugo	UFRGS	
Guadalupe Sales Ferreira	Gestão SB -Aracaju SE	Participante
Janice Simpson de Paula	UFMG	Participante
Jocianelle Maria Felix Fernandes Nunes	UFPB	Participante
Kênio Costa Lima	UFRN	Participante
Livia Maria Lopes De Oliveira	Mestrado em SC	Participante
Lucas Fernando Rodrigues dos Santos		Participante
Marcia Alves	UFRJ	Participante
Marcia Dantas	UFPE	Participante
Maria G. H. Biazevic	USP	Participante
Maristela Honório Cayetano	Doutoranda da USP	Participante
Romário Correia dos Santos	Estudante da UFPE	Participante
Rafaela da Silveira Pinto	UFMG	Participante
—	Estudos com saúde indígena	Participante

Relação dos participantes inscritos no GT

Afonso Ribeiro Alves Filho	FMS Teresina
Ana Paula Santana Nogueira	Facsete
Andréa Clemente Palmier	UFMG
Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena	UFPE
Claudia Cerqueira Graça Carneiro	Universidade Estadual de Feira de Santana
Cybelle Carneiro de França	UFPE
Efigênia Ferreira e Ferreira	UFMG
Guadalupe Sales Ferreira	Universidade Tiradentes
Herika de Arruda Mauricio	Universidade de Pernambuco
Hingrid Wandille Barros da Silva Sá	FCM-UPE
Janice Simpson de Paula	Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Jocianelle Maria Felix Fernandes Nunes	Universidade Federal da Paraíba
Kenio Costa de Lima	UFRN
Lucas Fernando Rodrigues dos Santos	Universidade de Pernambuco
Luiz Roberto Augusto Luiz Noro	UFRN
Mara Gabriela Haye Biazevic	Universidade de São Paulo
Márcia Helena Baldani Pinto	Universidade Estadual de Ponta Grossa
Marcia Melo	Universidade Federal de Pernambuco
Márcia Pereira Alves dos Santos	MS/HESFA-UFRJ
Maristela Honório Cayetano	Universidade de São Paulo
Moacir Paludetto Jr	Sec de Saúde de Arapongas-PR
Mônica Cristina Lopes	Secretaria Municipal de Saúde Itajaí-SC
Polyana Matos Alcântara	SESAU - Recife
Rafaela da Silveira Pinto	UFMG
Romário Correia dos Santos	Universidade Federal de Pernambuco
Roosevelt S Bastos	FOB-SP
Silvia Regina Jamelli	UFPE
Solange Laurentino dos Santos	UFPE
Yuri Wanderley Cavalcanti	UFPB
Lívia Maria Lopes De Oliveira	



PLANEJAMENTO, GESTÃO E MODELOS DE AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

- 173** Planejamento, gestão e avaliabilidade dos programas e serviços de saúde bucal

Érika Lúcia de Almeida Portugal

Horácio Pereira de Faria

Livia Guimarães Zina

Marcos Azeredo Furquim Werneck

- 199** Planejamento, gestão e modelos de avaliação dos programas e serviços de saúde bucal
uma análise crítica

Cindy Avani Silva Ceissler

Gabriela Gaspar

Nilcema Figueiredo

Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz

Raquel Santos

Sônia Cristina Lima Chaves

- 215** Avaliação de serviços de saúde bucal na atenção básica

Claudia Flemming Colussi

Manoela de Leon Nobrega Reses

Maria Cristina Marino Calvo

Planejamento, gestão e avaliabilidade dos programas e serviços de saúde bucal

Érika Lúcia de Almeida Portugal

Horácio Pereira de Faria

Lívia Guimarães Zina

Marcos Azeredo Furquim Werneck

Introdução

Planejamento

Planejar é uma ação inerente ao ser humano. São muito poucas as situações em que não planejamos e, de um modo geral, sempre somos obrigados a planejar alguma ação, uma situação nova, um investimento que acarreta gastos financeiros. O planejamento aproxima as pessoas, favorece que estas possam expressar seus sentimentos, desejos e, desta forma, fortalece as relações pessoais e sociais. Planejar não garante, mas, amplia as chances de alcançarmos nossos objetivos com os recursos que temos disponíveis, pois, nos apresenta um método para pensar, executar e avaliar uma ação. Nos ajuda a transformar nossas realidades. Para vários autores, o planejamento é percebido como uma importante ferramenta para a gestão e para a administração com potência para impulsionar os meios de trabalho. Para outros, é percebido como processo social, no qual participam sujeitos e coletivos e onde o foco são as relações sociais. Planejamento não se baseia apenas na teoria, na ideologia ou na utopia. Está intimamente relacionado à ação com um processo e significa pensar esta ação antes, durante e depois. Significa a proposta de que não se trabalhe com base na

rotina e no improviso (PAIM, 2006). De acordo com Matus (1996), o planejamento é um cálculo que precede e preside uma ação.

O planejamento é uma prática social uma vez que pode se apresentar de um modo não estruturado e significa ir além da formalização política e buscar um componente comunicacional por meio de uma ação democrática que adota uma prática dialógica, com a busca de consensos e acordos a partir de compromissos firmados entre os atores (TESTA, 1987).

Por outro lado, o planejamento como prática social pode se apresentar de modo estruturado, por meio de políticas, planos, programas ou projetos.

O plano diz respeito ao que fazer de uma dada organização, reunindo um conjunto de objetivos e ações e expressando uma política, explicitada ou não. O programa estabelece de modo articulado objetivos, atividades e recursos de caráter mais permanente, representando certo detalhamento de componentes de um plano ou, na ausência deste, definindo com mais precisão o que fazer, como, com quem, com que meios e as formas de organização, acompanhamento e de avaliação. No caso de projeto, trata-se de um desdobramento mais específico de um plano ou programa, até mesmo para tornar exequível ou viável algum dos seus componentes (projeto dinamizador), cujos objetivos, atividades e recursos têm escopo e tempo mais reduzidos. Desse modo, um plano pode ser composto de programas e projetos, ao passo que um programa pode envolver um conjunto de projetos e ações (PAIM, 1986).

Dos anos 60 até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento em saúde pautou sua atuação por um excesso de decisões centralizadas, que geraram planos normativos, verticalizados e nem sempre adequados às realidades locais (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998). Após a implantação oficial do SUS, o processo de descentralização propiciou o aporte de recursos e a incorporação de tecnologias pelos sistemas municipais de saúde, aumentando sua capacidade de gestão e possibilitando diagnósticos mais precisos da realidade e a organização de serviços de saúde mais adequados às necessidades de saúde da população. O planejamento aparece como um instrumento importante, conferindo mais poder e responsabilidade aos municípios.

Este resgate de poder para o gestor municipal propiciou uma nova relação entre as três esferas de governo. O fortalecimento da descentralização do SUS teve como desdobramento maior flexibilização para a gestão municipal, com reforço do processo de tomada de decisões, possibilitando mais autonomia aos atores envolvidos, visando “ampliar os espaços

de criatividade e ousadia na busca de soluções” (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

No que se refere às decisões políticas nas diferentes esferas de governo, é importante reconhecer que podem existir conflitos de interesses em todas as áreas de atuação do Estado que explicam, em parte, as marchas e contramarchas no desenvolvimento das políticas públicas. Ora os interesses do capital são priorizados em relação aos interesses do trabalho, ora é o contrário. É possível afirmar que o entendimento do processo saúde/doença varia de acordo com a concepção e os interesses da classe social que ocupa o poder. Ou ainda, afirmar que este entendimento dá a direcionalidade às práticas de saúde e, por vezes, aos comportamentos da população em geral. Desta forma, o planejamento, e de resto a ciência, podem estar a serviço da direcionalidade dada à gestão e às práticas a partir do conceito de saúde/doença e dos interesses de quem ocupa o poder. As marchas e contramarchas do SUS resultam das escolhas dos gestores e da resistência ou aceitação, maior ou menor, dos diferentes atores envolvidos e interessados nessas escolhas. Este conflito é sempre mediado por estratégias de convencimento, que nem sempre são suficientes para conseguir a adesão de todos os sujeitos envolvidos. Nas ocasiões em que o convencimento não funciona, são inevitáveis os confrontos que podem acarretar rupturas e dificuldades enormes para a condução de um processo de planejamento, podendo mesmo inviabilizá-lo. Em sua essência, o planejamento estratégico situacional nos apresenta um dilema: como conseguir atingir os **nossos** objetivos apesar dos objetivos dos **outros**?

Assim, os conflitos que perpassam os processos de planejamento em saúde são reflexos dos conflitos existentes na sociedade como um todo e que estão presentes também na disputa pelo poder nas estruturas do Estado. Não é raro que, na implantação do “seu projeto de governo”, quem ocupa o poder busque transformar sua visão de mundo em posição hegemônica, em senso comum, em filosofia das massas, na moral que desenha os costumes e o comportamento da maioria das pessoas na sociedade. Aposta-se na existência de um conceito hegemônico de realidade, procurando anular o desenvolvimento da consciência crítica de grande parte da população, em especial da classe trabalhadora e das parcelas mais vulneráveis, bem como buscando impedir o afloramento de disputas e conflitos. Para tanto, a classe social que ocupa o Estado utiliza, para impor suas ideias e projetos, os seguintes recursos de convencimento: a) o poder de fogo para definir as regras do jogo, por meio de maioria de representantes no congresso, para aprovação de suas leis decretos e portarias; b) o poder de apresentação de suas ideias largamente difundidas por meio de uma mídia que lhe é fiel; c) a competência para agir de forma estratégica

tanto diante de quem lhe é aliado, quanto daqueles que lhe são oponentes. Desta forma, é o Estado quem garante a perpetuação desta dominação e deste consentimento (GIOVANELLA, 1990).

Esta situação se constitui em um dos mais vigorosos entraves à conquista da cidadania e ao avanço dos movimentos populares em grande parte do País. Mas, não os tem impedido.

Coloca-se, então, para o SUS a necessidade de repensar o processo de planejamento e o próprio processo de trabalho, com aproximação aos movimentos populares, exigindo um agir mais participativo e a aplicação de métodos de planejamento mais adequados, como forma de enfrentar e superar dificuldades.

Outra questão importante está relacionada aos paradigmas que orientam a organização dos serviços de saúde e que podem, por exemplo, estar influenciando nas práticas dos profissionais que priorizam ações mais voltadas para a recuperação e reabilitação colocando em segundo plano as ações de prevenção e promoção da saúde.

Não é incomum o fato de que o processo de planejamento parta de um conhecimento parcial, e as vezes, equivocado, da realidade de vida e dos determinantes sociais de saúde num cenário de recursos historicamente insuficientes. Quando isto ocorre, temos diagnósticos pobres e incompletos da realidade e ações insuficientes e inadequadas para fazer frente às reais necessidades de saúde de nossas comunidades. Ou então, o fato da gestão se fazer, com alguma frequência, com base no improviso, pode acarretar uma preocupante ausência de planos de médio e longo prazo, e sem contar com a participação de todos os atores sociais envolvidos. Estas situações podem gerar um cenário de falta de motivação para os sujeitos, onde o fazer cotidiano se dá de forma repetitiva e inadequada, por meio do “apagar de incêndios”, “atender à demanda urgente”, “gerar consultas”, etc (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998). Somados a estes cenários de gestão, é possível que haja um despreparo de gestores e profissionais para lidar com o desenvolvimento dos movimentos populares e com o empoderamento das pessoas em relação aos seus direitos e ao processo de cuidar de si mesmos. Quando isto ocorre, surge um cenário em que se perdem excelentes oportunidades para a implementação de um processo participativo de planejamento nas unidades de saúde (CAMPOS, 2003).

De fato, estas questões relativas à gestão do SUS e do processo de trabalho, podem estar revelando a existência de ações ineficientes e ineficazes, além de uma provável falta de efetividade das mesmas. No entanto, é preciso relativizar a questão da ineficiência e ineficácia e perguntar: ineficientes e ineficazes para quem? Até onde interessa um sistema de saúde público com financiamento adequado, eficiente e eficaz para os defenso-

res do Estado mínimo? Um sistema de saúde público eficiente e eficaz não seria um concorrente do setor privado de prestação de serviços de saúde? Por que um trabalhador se interessaria em pagar um plano privado de saúde se o sistema público consegue atender suas expectativas? Refletir e entender estas questões é fundamental para definir estratégias de ação no caminho da construção do SUS

A resposta a estas indagações nos coloca diante de quatro questões que contribuem para a discussão sobre a ineficiência e a ineficácia do SUS, merecendo uma reflexão mais detalhada.

A primeira questão diz respeito as escolhas dos atores que estão à frente das estruturas de poder do Estado que são, em boa medida, mediadas pelas diferentes concepções do papel do Estado numa sociedade. É provável que os gestores que defendem o Estado mínimo dificilmente deem prioridade às Políticas Sociais. Nesse caso um paradigma que mascare a determinação social do processo saúde e doença - como é o caso do paradigma biomédico -, pode ser mais adequado.

A segunda questão diz respeito às formas de enfrentamento dos problemas, num contexto histórico de restrição orçamentária, agravado recentemente com a perspectiva de redução dos recursos (já bastante insuficientes) para a saúde. Fica então a preocupação acerca dos recursos de que dispõem os gestores - estruturas, tecnologias e competências - para enfrentar os problemas, desde o diagnóstico sobre sua dimensão (tamanho) e distribuição, até o monitoramento e avaliação das soluções pensadas e implementadas.

A terceira questão tem relação com a forma (cultura) de gestão dos serviços públicos onde, com certa frequência nos deparamos com situações em que prevalecem: a pouca visão de médio e longo prazo (imediatismo), a falta de continuidade dos projetos, o improviso, a não valorização da informação e do planejamento, a fragmentação de ações, o compadrio e a exclusão de importantes atores nos processos de planejamento, programação e avaliação.

A quarta questão se refere aos paradigmas que orientam a atuação dos diferentes atores-gestores, profissionais e população em geral onde podemos perceber a presença de conflitos. Embora já se possa afirmar que alguns profissionais trabalham com o paradigma da produção social do processo saúde e doença, grande parte da população ainda percebe e deseja os serviços do SUS em consonância com o paradigma biomédico, num movimento que acaba por legitimá-lo. Em função disso, a reorientação do modelo de atenção preconizado pelo SUS passa a depender das formas de interação entre as equipes, profissionais e destas com os gestores e os usuários. Outra questão importante se refere à dependência da implantação

de ações no território que levem em consideração o contexto - sócio-econômico-político-cultural-ambiental -, numa perspectiva interdisciplinar, intersetorial e participativa, incorporando os movimentos e redes sociais em todo o processo de planejamento, redefinindo as práticas e ações no âmbito não apenas do setor saúde, mas também, de outros setores da administração pública.

A superação destas situações, passa entre outras questões, pela capacidade dos atores realmente interessados e comprometidos com a construção do SUS, de: a) buscar a concretização dos princípios constitucionais de integralidade, equidade e universalidade; b) articular, nos planos técnico, político-ideológico e institucional, estratégias de enfrentamento que deem conta, por um lado dos problemas de saúde que afligem nossas populações e, por outro lado, das forças contrárias à construção do SUS

Hoje, os municípios brasileiros, têm o desafio de implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com os objetivos de organizar o sistema de saúde, garantir a integralidade do cuidado e efetivar o acesso em todos os níveis de atenção. A efetivação das RAS apresenta, como aspecto fundamental, a consolidação da gestão de sistemas municipais de saúde. Isto implica em desmitificar o planejamento e seus instrumentos como algo inacessível aos atores do processo de construção desse sistema de saúde - gestores, profissionais e comunidade -, e apresentá-lo como algo acessível, possível e desejável. É fundamental que esta ferramenta esteja ao alcance dos "que não se consideram planejadores", mas que, sem dúvida, se incluem entre os sujeitos que de fato planejam e fazem as ações acontecer no dia-a-dia do município e da base do sistema de saúde" (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

O enfrentamento deste modo de fazer a gestão, exige a construção de um novo processo de planejamento no qual é fundamental a aproximação e o compartilhamento com o usuário, na condição de parceiro e sujeito. Uma situação desafiadora que pode encontrar lastro no bojo de algumas teorias de planejamento.

As contribuições de Mario Testa, Carlos Matus e Gastão Wagner Campos

No período de 1960 a 1990 predominaram as características do planejamento normativo. Em meados dos anos de 90, com base nas contribuições de autores como Mario Testa e Carlos Matus, teve início a modelagem de uma nova corrente teórica: o planejamento estratégico situacional.

Mario Testa e Carlos Matus apresentam ideias e trajetórias complementares. Ambos, se engajaram em instituições de pesquisa e movimen-

tos populares, por meio dos quais, elaboraram suas ideologias e propostas. Ademais, os autores experimentaram o insucesso de movimentos políticos participativos e democráticos no confronto com governos de ideologia autoritária, fundamentada na força e na norma. Assim, ao pensar o planejamento em saúde, Testa e Matus, encontraram críticas importantes ao modelo de planejamento vigente, cujo a centralidade era amplamente normativa, o que abriu as portas para um novo modelo de planejamento, o planejamento estratégico situacional (GIOVANELLA, 1990; 1991).

Mário Testa atuou no projeto inicial do método CENDES-OPAS, em 1965. Posteriormente, deslocou seus interesses e atuação para os movimentos populares que ocorriam na Argentina no movimento peronista. No seu exílio, Testa levantou alguns pontos centrais a serem considerados na explicação e enfrentamento dos problemas sociais. Nos seus estudos o autor aborda os problemas de saúde como problemas sociais, nos quais identificam disputas e jogos de poder (GIOVANELLA, 1990).

Por sua proposta, a intenção é que o processo de planejamento em saúde conduza a uma mudança social, onde seja possível mudar a história ao se intervir na realidade. Um ponto central da sua teoria está na percepção da ação em saúde como uma ação política. A discussão do poder e da ideologia são categorias fundamentais para a compreensão da dinâmica organizacional das instituições. As relações de poder existentes na organização das práticas de saúde são compreendidas como expressão ideológica e representativa de quem as realiza (GIOVANELLA, 1990; RIVERA, 2009; TESTA, 1986).

O pensamento estratégico de Mario Testa tem, como objetivo, interferir nas relações de poder. Estas relações são descritas como uma categoria explicativa da realidade, como a “capacidade” que alguém, ou alguma classe social possui. As relações de poder compõem o espaço social e organizacional das práticas de saúde. Assim como participam do processo de construção da sociedade, estando indissolivelmente ligadas ao Estado (RIVERA, 2009; TESTA, 1986).

Neste sentido, o autor propôs um diagnóstico estratégico, com objetivo de quantificar o poder, por meio de três indicadores: Técnico, Administrativo e Político (GIOVANELLA, 1990; TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Poder Técnico: Relaciona o poder com o saber. É mensurado pela avaliação de como os grupos sociais detém e manejam as diferentes informações em cada lugar e momento.

Poder Administrativo: Faz alusão ao poder econômico. É medido pela análise de como os grupos sociais lidam com os recursos financeiros em cada fase do planejamento pois, para ele, o dinheiro é o que garante todos os demais recursos. No entanto, considera fundamental não fazer a equivalência linear com os recursos humanos, cujas habilidades transcendem à abordagem financeira e aos quais se deve dispensar tempo e atenção especiais.

Poder Político: refere-se à ideologia. Portanto, não é apenas uma capacidade, mas, algo que acontece sempre em exercício e relação (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

O exercício do poder se encontra em duas categorias. O Poder Cotidiano, o qual aponta para o que fazer e como fazer a cada dia. E o Poder Societário, interno às instituições, atribui ao fazer de cada dia a construção histórica do novo (TESTA, 1986). Deste modo, a proposta de Testa consiste em uma ação democrática, por meio de um processo de planejamento, que adota uma prática dialógica, com a busca de consensos e acordos entre os atores. Uma proposta que avance para além da formalização política e da rigidez estrutural dos métodos antigos (RIVERA, 2009).

No que diz respeito à ideologia, o autor a caracteriza como “visão de mundo”, formada por um sistema de ideias, normas e condutas. Da mesma forma, na integração entre o saber e a prática, o primeiro se refere à percepção da realidade e o segundo ao espaço de construção do sujeito (TESTA, 1986).

No Estado, a produção da prática e a construção dos sujeitos se desenvolvem por meio de práticas sociais. É nessas práticas que se consolida a consciência, a concepção de mundo, a postura ética e a formação dos valores, num processo de ideologização. As formas organizacionais das práticas sociais, guardam em si, as formas das relações de poder (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Para Testa, o conhecimento, é o saber que se expressa por meio de uma visão de mundo, que é a ideologia de cada sujeito, inseparável da prática. Assim, a prática abarca um conteúdo ideológico, o qual ordena suas formas organizativas e que se transforma ao construir a consciência de seus sujeitos (TESTA, 1987a). Embora as conceba como transformadoras, o autor não aprofunda a discussão sobre quais são as práticas com potencial transformador da concepção de mundo (GIOVANELLA, 1990).

O desenvolvimento de uma concepção se dá a partir das relações sociais estabelecidas, sendo influenciado pela formação e pelas experiên-

cias vividas pelas pessoas, ao longo de suas vidas. Em função desta afirmativa, Testa sugere que formas democráticas e participativas podem ser compreendidas como “práticas que afetam a concepção de mundo de seus sujeitos e *podem contribuir* para a transformação dessas concepções de mundo, e impulsionar novas práticas, pela elaboração crítica dos conteúdos das práticas realizadas” (TESTA, 1987a). Para ele, a construção de uma sociedade democrática guarda estreita relação com a transformação alcançada pelos sujeitos sociais no estabelecimento de novas relações, e pela sua participação em práticas sociais diferenciadas (GIOVANELLA, 1990; TESTA, 1986).

Desta forma, a proposta de Testa apresenta um conteúdo transformador para o planejamento em saúde. Como descrito por Giovanella, a proposta de Testa busca a compreensão dos conteúdos de Poder nas ações em saúde, enfrentando as bases reais da dominação, sendo transparente nos deslocamentos de Poder que objetiva.

Carlos Matus desenvolveu sua trajetória engajado em instituições de pesquisa social. Atuou como ministro do planejamento no Chile, onde buscou construir um governo de bases socialistas, mas, não obteve sucesso. Assim como Testa, propõe mudanças no processo de planejamento, com base na formulação de estratégias com coerência entre a eficácia econômica e política (GIOVANELLA, 1991).

A proposta de Matus é uma estratégia à crise do planejamento nas macroorganizações, na qual percebe a existência de baixa responsabilidade, como uma característica da administração pública latino-americana. O autor sugere uma transformação administrativa, com a inserção de subsistemas interligados de gestão (GIOVANELLA, 1991). Os conceitos que alicerçam esta mudança são:

- 1) A priorização do planejamento criativo, junto a descentralização dos sistemas de condução.
- 2) A gestão com base em objetivos ou operações;
- 3) A ênfase na responsabilização da gestão nos processos de monitoramento, cobrança e prestação de contas (GIOVANELLA, 1991).

Para desenvolver um modelo de planejamento o autor se fundamenta nas teorias da situação, da produção social e da ação interativa, assim como, no método de processamento de problemas. A proposta de Matus visa a utilização da própria realidade, com seus componentes e conflitos, como referência e centralidade no processo (RIVERA, 2009).

Enquanto estratégia operacional, o objetivo é que o método seja flexível, e funcione de forma coerente com a própria realidade: certa e incerta, previsível e imprevisível, em atos relacionais com consensos e dis-

sensos, na busca de respostas a simulações e perturbações. E, que permita a dedução de uma política viável e se aproxime dos objetivos perseguidos (GIOVANELLA, 1991; MATUS, 1989).

Sendo assim, o modelo de planejamento de Matus baseia-se em quatro momentos: Explicativo; Normativo; Estratégico; Tático-Operacional (GIOVANELLA, 1991; MATUS, 1989). Os quatro momentos, não são sequenciais, mas simultâneos e em constante processo, assim como a realidade. A autora conceitua-os como (GIOVANELLA, 1991; MATUS, 1982).

- 1) **Momento explicativo:** equivalente ao diagnóstico onde são selecionados problemas e discutidas suas causas ao nível dos fenômenos (fenoeestrutura) e das estruturas sociais básicas (genoestrutura).
- 2) **Momento normativo:** o desenho do “deve ser”;
- 3) **Momento estratégico** de análise e construção da viabilidade política: a discussão do poder;
- 4) **Momento tático-operacional** de tomadas de decisão e de realização da ação concreta” (GIOVANELLA, 1991).

Visando o desenvolvimento e clareza do mesmo, o autor delimitou as diferenças entre Norma e Estratégia e Procedimentos Normativos e Procedimentos Estratégicos. Segundo Matus (1989)

[...] a norma, fundamento do procedimento normativo, é uma categoria do necessário e a estratégia é uma categoria do possível em função do necessário. Na estratégia a condução do processo não está dissociada da sua orientação. A estratégia é uma análise e um propósito para o futuro, onde se integram o econômico e o político social. O necessário é conflitivo e a consideração do conflito, contradições, oposições, acordos — a análise de viabilidade política — diferenciam entre o procedimento estratégico e o normativo.

Para o autor o procedimento normativo refere-se “[...] a um conjunto de ações necessárias para cumprir um objetivo fixado a priori, impondo-se sobre a realidade uma norma de conduta coerente com tais objetivos”. Enquanto o procedimento estratégico refere-se “[...] a uma trajetória é flexível, sujeita a revisões de acordo com as circunstâncias, e a busca da modificação do sistema baseia-se no conhecimento da realidade e não numa imposição sobre a realidade” (GIOVANELLA, 1991; TESTA, 1987a).

No planejamento normativo, o planejador não faz parte da realidade. Ao contrário, coloca-se fora desta pretendendo controlá-la como se fosse seu objeto (GIOVANELLA, 1991). Matus, defende a ideia de o planejador conhecer a fundo a realidade, sendo o próprio, alguém que vive e integra a mesma. Além disso, o autor considera fundamental que,

no ato de planejar, os sujeitos se envolvam com o trabalho e o problema, participem e contribuam ativamente (TESTA, 1987; RIVERA, 2009).

O método de planejamento proposto por Matus se caracteriza pelo aspecto Situacional. O autor compreende situação como a expressão da realidade em um determinado local, num dado momento histórico, onde diferentes pessoas se relacionam com identidades e conflitos, na presença de jogos de poder, tendo que se posicionar frente aos problemas ali existentes. Deste modo, situação é o lugar onde se encontram os atores e suas ações (TESTA, 1987; RIVERA, 2009).

O processo de planejamento situacional incorpora diversos aspectos da realidade tais como, os vários atores em ação, os jogos de interesse, o contexto e os recursos disponíveis. Desta forma, o desenho das ações para o enfrentamento dos problemas e o alcance das metas decorre do cálculo sistemático e cuidadoso da situação diante da qual se encontram os planejadores, em um determinado local e num dado momento. Entretanto, sendo a situação dinâmica, o plano, enquanto um cálculo, não deve ser nem unicamente técnico, nem apenas político e muito menos único. É preciso que o plano, que muda com as alterações da realidade, leve em conta as propostas de todos os diferentes atores sociais envolvidos no processo de planejamento instituído (MATUS, 1989).

Nos aspectos situacionais, as contradições e conflitos vividos entre atores devem ser assumidas e enfrentadas. Nesse caso, a ação de planejamento é necessariamente política e guarda em si uma disputa de poder. Segundo Matus (1982), os recursos de poder dificultam o desenvolvimento de ações transformadoras. Contemplando tal enfrentamento, o processo de planejamento do autor, caracteriza-se, também, pelo seu aspecto Estratégico (TESTA, 1987; RIVERA, 2009).

O conceito de estratégia está relacionado com a capacidade de aglutinar pessoas, ideias e recursos ao seu projeto, no intuito de viabilizar o plano e alcançar o objetivo. Diz respeito ao necessário enfrentamento ao poder instituído e ao poder oculto nas posições ocupadas por gestores e outros atores sociais presentes. Refere-se à arte de convencimento junto a pessoas com que se precisa trabalhar ou, a pessoas que detêm o domínio para a liberação, ou não, dos recursos necessários a uma ação. É o movimento que visa conferir viabilidade a um projeto (TESTA, 1987; RIVERA, 2009; MATUS, 1989; 1982).

O modelo de Planejamento Estratégico Situacional (PES) se apresenta como um meio de atribuir maior governabilidade a um sistema político (MATUS, 1982). Segundo Toni, o PES “diz respeito à gestão de governo, à arte de governar”. É uma ciência, com um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo, que podem

ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo e persegue uma mudança situacional futura (TONI, 2004).

Frete a finalidade de ampliar a governabilidade, ressalta-se dois significados cardeais no qual todo processo de governo deve estar ancorado. “O Governar (maiúsculo) tem o significado de estar no poder de Estado, no exercício de algum cargo no aparelho do Estado; O governar (minúsculo) tem o significado de que todas as forças sociais governam, ou seja, podem e devem planejar intervenções inteligentes sobre os fatos sociais” (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

Em relação aos fundamentos teóricos do PES, Matus chama atenção para três aspectos complementares, fundamentais e interdependentes. São eles: projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

1) Projeto de governo - refere ao plano que uma equipe se propõe a realizar para alcançar seus objetivos;

2) Governabilidade - diz respeito às variáveis ou recursos que a equipe controla ou não e que são necessários para implementar seu plano;

3) Capacidade de governo - diz respeito à experiência e à acumulação de conhecimentos que uma equipe domina e que são necessários para a implementação de seu plano”¹⁵.

A Figura1, apresenta os aspectos que foram denominados por Matus como “Triângulo de Governo” (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010). Análise destes três aspectos permite compreender a relação entre os recursos da gestão e a implantação de ações necessárias, previstas no processo de planejamento. Segundo Campos, Farias e Santos,

O Triângulo de Governo procura refletir como essa relação é dinâmica e interdependente. Desse modo, por exemplo, podem acontecer situações em que: uma equipe tem baixa governabilidade para realizar seu projeto, porém, conta com uma alta capacidade de governo, o que pode permitir-lhe acumular recursos que aumentem sua governabilidade em níveis suficientes para que seu projeto se realize; ou, uma equipe, apesar de possuir uma alta governabilidade, pode ficar isolada e impotente para realizar o seu projeto, por contar com pouca ou quase nenhuma capacidade de governo ou não possuir um projeto adequado aos problemas que devem ser enfrentados, ou ambos.

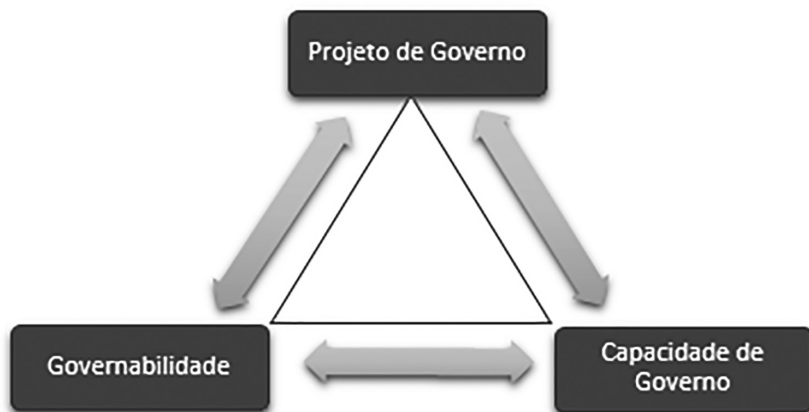


Figura 1. Triângulo de governo de Matus.

Gastão Wagner de Souza Campos também é um importante autor que trabalha questões relativas ao processo de planejamento em saúde. Engajado em uma trajetória de participação popular no SUS, desenvolveu o Método Paidéia.

Paidéia é uma noção de origem grega que pressupõe a formação e o desenvolvimento integral do ser humano. Neste conceito, o homem é um ser capaz de produzir em sua vida atos, de forma, dialética e contraditória. Baseado nisso, Campos propõe uma nova abordagem de intervenção nas práticas de saúde, o método Paideia (CAMPOS, 2003).

O método Paideia tem como objetivo a inclusão dos sujeitos no trabalho em saúde. Sua proposta consiste no pensar e no fazer compartilhados, em situações onde se busca compreender e vivenciar a experiência de planejar em grupo. O método conta com a disponibilidade de um espaço que permita, de maneira dialética e, por meio dos fazeres refletidos, a busca do desenvolvimento integral do homem. É essencial também potencializar a capacidade de compreensão e de decisão nos vários setores envolvidos em um projeto. De modo a desenvolver saúde coletiva com as pessoas, e não apenas, para elas (CAMPOS, 2003; 2016).

O desafio central do método Paidéia, é a organização de espaços e a difusão de métodos que possibilitem o processo reflexivo do indivíduo sobre sua atuação, e que os levem a corrigir procedimentos, rumos e valores. Ademais, é preciso garantir que todos os setores e sujeitos envolvidos es-

tenham aptos a compreender e a tomar decisões (TESTA, 1987; CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

Diante disso, o método propõe uma sugestão metodológica por meio das ações de apoio matricial e institucional. Cujos principais momentos apresentam-se:

- 1) A construção de vínculo e de um contrato de trabalho entre equipe técnica, grupos de usuários e organizações;
- 2) A emergência dos temas;
- 3) Construção de um projeto de intervenção com o envolvimento da equipe técnica, dos grupos vulneráveis e de organizações;
- 4) Considerações sobre o papel da equipe e da comunidade, sobre a intersetorialidade e a educação em saúde (CAMPOS, 2003; 2016).

Ressalte-se que o planejamento, em seus aspectos teóricos, seus momentos e seus métodos, é parte de um processo inerente à gestão dos serviços de saúde. Por gestão entende-se a “ação e o efeito de gerir ou de administrar. Gerir consiste em realizar diligências que conduzem à realização de um negócio ou de um desejo qualquer. Administrar, por outro lado, consiste em governar, dirigir, ordenar ou organizar” (CAMPOS, 2006).

No planejamento, a avaliação é um de seus elementos mais importantes. Por um lado, deve acontecer permanentemente, com a finalidade de produzir informações capazes de subsidiar a gestão na tomada de decisões. Por outro lado, deve produzir julgamentos fundamentais à consciência dos atores sociais quanto intencionalidade dos projetos, programas e instituições nos momentos de implantação de práticas e nos processos avaliativos que as envolvem.

Avaliação - estudo de avaliabilidade

O conceito de avaliação presente na literatura dos últimos 40 anos, aborda tanto questões de cunho normativo/administrativo, quanto as de natureza formativa e participativa. Fazendo uma abordagem mais administrativa e normativa, Patton (1997, p. 220), afirma que a avaliação é uma “... coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e produtos dos programas para fazer julgamentos sobre o programa, melhorar a efetividade do mesmo e ou informar decisões sobre futuras programações”. Abordando os processos avaliativos diante de uma dada intervenção ou sobre as práticas sociais, Contandriopoulos *et.al.*, (2000) afirmam a avaliação como “o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões”. Objetivando colaborar com a gestão, os processos

avaliativos dos serviços de saúde podem ser formativos ou somativos. Os processos formativos são aqueles “voltados para o aperfeiçoamento dos programas e que buscam a inclusão/participação dos sujeitos envolvidos”. Já os somativos são aqueles “frequentemente realizados ao fim do programa e que servem para prestar contas à audiências externas” (SCRIVEN, 1991). De acordo com Cohem & Franco (2006), avaliar é fixar um valor de uma coisa, mediante o qual se compara aquilo que deve ser avaliado com um determinado critério ou padrão. A avaliação é um processo de reflexão e valoração crítica, contínua e sistemática, que se refere a momentos e fatores que intervêm no desenvolvimento de um programa, com fim de determinar quais podem ser, estão sendo ou tem sido seus efeitos, resultados ou conquistas.

O processo de avaliação dos programas, serviços e tecnologias em saúde é um processo relativamente novo, em grande expansão e diversificação conceitual e metodológica, e que passa a se constituir em importante elemento de apoio à gestão dos serviços, em especial pelo aporte aos processos de tomada de decisão e de implantação das políticas de saúde. Neste sentido, ao se aproximar de um programa ou serviço e buscar conhecê-lo para compreender seus objetivos, conhecer os sujeitos nele inseridos, reconhecer suas práticas, os recursos de que dispõe e as tecnologias que utiliza, a avaliação se insere como um campo de saberes e práticas, com potência para entender e intervir positivamente na realidade. Em função dos objetivos e finalidades propostas, o processo de avaliação poderá se constituir como pesquisa de avaliação, avaliação para a decisão ou avaliação para a gestão (GOES; FIGUEIREDO, 2012).

A avaliação no campo dos serviços públicos de saúde bucal ainda é incipiente, embora venha se desenvolvendo nos últimos dez anos. A inserção das equipes de saúde bucal na estratégia de Saúde da Família em 2000/2001 (BRASIL, 2000) e, a aprovação das Diretrizes para Política Nacional de Saúde Bucal em 2004 (BRASIL, 2004), introduziram uma proposta de modificação no modelo de atenção com impacto na organização e prestação dos serviços em todo o País. O resultado foi, em um espaço de 13 anos, uma expressiva expansão da rede física de unidades de saúde, com a implantação de ações e serviços de Saúde Bucal nos três níveis de atenção, os quais passaram a se responsabilizar por novos procedimentos clínicos básicos e especializados, além de novas ações de proteção, prevenção e promoção da saúde, com intervenção sobre o processo saúde doença, para parcelas da população jamais atendidas. Inseriu também, novas formas de organização do cuidado só possíveis por meio do trabalho multiprofissional, de ações intersetoriais e de proximidade com a população (suas formas de vida, de trabalho, de organização social, valores, hábitos

e costumes) residente nos territórios sob a responsabilidade sanitária da unidade de saúde em que as equipes de saúde bucal trabalham. A criação de programas e projetos atreladas a esta proposta, ensejaram a ampliação do escopo de trabalho destas equipes abrindo uma nova dimensão para o processo de trabalho dos profissionais, em ações capazes de produzir conhecimentos sobre a vida das pessoas e sua relação com as questões de saúde em uma sociedade. Ademais, estudos abordando as condições de saúde bucal da população brasileira (SB 2003 e 2010) (BRASIL 2004; 2012), e avaliando a qualidade dos serviços de saúde bucal do SUS (PMAQ AB e PMAQ CEO) (BRASIL, 2012), associados a propostas de intervenção para a saúde dos escolares, dos adultos e idosos, além do cuidado às condições crônicas, foram introduzindo a necessidade de se repensar as práticas e as formas como gestores, profissionais da saúde bucal e a população estavam as organizando, realizando e avaliando.

Essas práticas podem apresentar problemas em sua operacionalização e, não raro, ao ignorar os determinantes sociais da saúde bucal, acabam por produzir poucas melhorias epidemiológicas cumulativas para faixas etárias maiores. O enfrentamento dessa situação requer maior integração com o setor da saúde, seja com a adoção de ações de gestão de clínica ampliada, de prevenção de riscos e doenças utilizando protocolos de evidências, ou ainda propiciando a formulação de políticas intersetoriais robustas e sustentáveis, capazes de impactar positivamente sobre os indicadores epidemiológicos e os determinantes sociais da saúde (KUSMA; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

A avaliação assume importante papel na identificação e no diagnóstico de problemas que para serem enfrentados requerem, em geral, um esforço da parte dos gestores e dos profissionais. Por isso, devem ser priorizadas as condições que estimulem processos avaliativos participativos e objetivos. De acordo com Contandriopoulos (2006), em um processo avaliativo, a valoração que acompanha as tomadas de decisão e o julgamento sobre os resultados alcançados guardam relação direta com a credibilidade, a fundamentação teórica e a pertinência da avaliação (DE SALAZAR, 2004; WESTPHAL; WALLERSTEIN, 2007).

Para verificar a efetividade das ações de saúde, é importante que os processos avaliativos estejam focados nas formas de participação, nas peculiaridades locais, de forma a permitir que se avaliem os resultados e o impacto das intervenções, além dos contextos político e social em função do alcance dos objetivos de forma sustentável ((DE SALAZAR, 2004; WESTPHAL; WALLERSTEIN, 2007).

A avaliação de serviços e programas de saúde se constitui em uma modalidade de intervenção social e necessita de método científico para se

aproximar de diagnósticos e produção de informação confiável, capazes de realizar as mudanças necessárias, introduzir novas práticas e criar o hábito de avaliar, pontual e/ou permanentemente, os processos pensados e vividos no trabalho. A avaliação para tomada de decisão por meio do método científico, permite identificar, obter e proporcionar informação confiável e realizar o julgamento do mérito e do valor de alguma ação, serviço ou programa. Porém, será o emprego dos instrumentos da pesquisa social que irá caracterizar e revestir de cientificidade a avaliação que busque conhecer os objetos de análise (ações, processos, influências internas ou externas à organização dos serviços, comportamentos, programas, manifestações da população, etc.) sob um prisma mais amplo revelando, por meio da pesquisa qualitativa, a possibilidade de novos achados e significados que possam impactar os serviços (CONTANDRIOPOULOS, 2000; GOES; FIGUEIREDO, 2012).

Para Contandriopoulos e colaboradores (2000), há uma relação ainda tênue entre as áreas de avaliação e de pesquisa. Os autores afirmam que o julgamento de valor resulta da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou pode decorrer de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). A **avaliação normativa** é uma “atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas”. Já a **pesquisa avaliativa** é um “procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos” (CONTANDRIOPOULOS, 2000; GOES; FIGUEIREDO, 2012).

Com muita frequência, os estudos de avaliação que se realizam com base na proposta de Donabedian (UCHIMURA; BOSI, 2002), abordando estrutura, processos e resultados, com foco na qualidade dos serviços de saúde, são os mais encontrados na literatura. Alguns autores criticam este modelo de avaliação em função de seu caráter normativo (WHOLEY 1989), o que prejudica seu enquadramento no campo científico, uma vez que, seria necessária a abordagem de análise da pertinência, dos fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção e a correlação destes fatores com o meio em que esta intervenção ocorre. No entanto, os autores consideram que tanto no método proposto por Donabedian, quanto a pesquisa avaliativa necessitam do emprego rigoroso do método científico, o que acaba por lhes conferir credibilidade²².

Por fim, cabe ressaltar que toda avaliação faz parte de um processo gerencial, influenciado pelo contexto organizacional e político em que ocorre. Visa a transformação de uma dada situação e não se restringe a um mero processo de natureza acadêmica. O processo de avaliação é um ato

político, ligado a um referencial político e marcado pela postura política dos sujeitos que a realizam (GOES; FIGUEIREDO, 2012).

Estudo de avaliabilidade: um método para orientar e dar agilidade aos processos avaliativos

A avaliação em saúde é um tema de reconhecida relevância, mas, ainda pouco explorado na realidade prática do serviço e dos seus profissionais. Apresentamos aqui, um método avaliativo clássico, desenvolvido nos anos 60 e de grande contribuição para o cenário atual, o Estudo de Avaliabilidade. O marco teórico utilizado será uma mescla entre o clássico e o contemporâneo, respectivamente, com Wholey (1979) e Patton (1989), Thurston e Ramaliu (2005) e Zulmira Hartz (2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma proposta ousada e complexa. Está fundamentado em diretrizes descentralizadoras, equânimes, abrangentes e integrais. Seu objetivo, consiste, na oferta de um serviço de atenção à saúde, completo e efetivo, para toda população brasileira. Diante das dimensões continentais do Brasil, e sua enorme diversidade cultural, o Sistema depende de uma organização precisa e estruturada. É neste cenário que a avaliação de serviços, assume importância primordial como estratégia, para o alcance de um serviço de qualidade, embasado, nas doutrinas da promoção da saúde e adequado às diferentes realidades das regiões brasileiras.

O processo de avaliação, seja ele normativo ou uma pesquisa avaliativa, não é simples, e está sujeito a diversos percalços. A avaliação de um serviço, nem sempre, conduz a resultados úteis e relevantes. Ao contrário, pode levar a resultados restritos, limitados e de pouca utilidade.

Um grande número de fatores pode impedir, ou interferir, no desenvolvimento e nos produtos de uma avaliação. Para os gestores, tal situação, é indesejável e se caracteriza como um investimento pouco rentável.

De acordo com Kaufman-Levy e Poulin (2003), são fatores limitantes a um processo avaliativo:

- 1) *Ausência de um desenho ou modelo formal do programa;*
- 2) *Ausência de problemas, metas, objetivos e ações específicas, mensuráveis e realísticas;*
- 3) *Presença de ações e atividades desvinculadas das metas e da teoria do programa;*
- 4) *Ausência ou insuficiência dos recursos descrito como necessários;*
- 5) *E ausência de documentos substanciais para avaliação.*

Estas situações impõem ao pesquisador a responsabilidade de realizar processos avaliativos capazes de alcançar resultados meritórios. Cabe ao pesquisador desenvolver avaliações com potencial, para a obtenção de resultados, consistentes e resolutivos, que respondam aos anseios e necessidades dos diferentes recursos humanos, alcancem o objetivo proposto pelo serviço e direcionem a tomadas de decisões assertivas (STROMBER; WHOLEY, 1983). É também fundamental que este processo contemple a percepção e o desejo dos vários atores inseridos no serviço, levando à construção de uma proposta avaliativa compartilhada pelos diversos profissionais, membros e gestores do objeto avaliado.

Diante do exposto, é natural que o pesquisador se veja envolvido por algumas questões fundamentais, como: Como apresentar mais do que resultados? Como encontrar resultados úteis? Como saber quais são os resultados significativos para o objeto avaliado? Como gerar informações de uso prático? Como contribuir com as dúvidas e anseios dos profissionais? Em meio a esta rede de dúvidas, será indicado um possível caminho, o qual poderá contribuir na resolução das mesmas.

Nos últimos anos, o campo da avaliação vem apresentando um expressivo crescimento. A avaliação contemporânea é resultado de um processo contínuo, de construção e reconstrução, de inúmeros critérios, imersos em grandes transformações contextuais de avanços teóricos, metodológicos, sociais, tecnológicos e políticos (GUBA, LINCOLN, 2011). O campo da avaliação, assim como os demais campos de pesquisa, apresenta diferentes métodos e técnicas desenvolvidos para atingir um maior êxito e aproveitamento no seu emprego. Entre tais métodos, se encontra o Estudo de Avaliabilidade (EA).

O EA consiste em um processo e um método usado para determinar se um programa/ intervenção/ação deve ou não ser avaliado (TREVISAN; HUANG, 2003). Conceitua-se também, como um processo sistemático que ajuda a identificar se a avaliação do programa se justifica, se é factível, se irá gerar informações de uso prático e se tais informações irão contribuir para a melhoria da performance ou gestão do programa (KAUFMAN-LEVY; POULIN, 2003).

Dessa forma, o EA visa prever a efetividade da realização de uma avaliação. Atuando, portanto, como um passo inicial, como uma pré-avaliação, cujo o produto irá amparar o processo avaliativo, aumentando a probabilidade de que este forneça, em tempo hábil, resultados relevantes e significativos para os tomadores de decisão. Ao mesmo tempo, o EA atua como estratégia para o planejamento da avaliação e para a revisão da operacionalização do serviço.

Objetivos do Estudo de Avaliabilidade

- 1) Identificar se os objetivos do programa estão claramente formulados;
 - 2) Analisar as relações entre problemas, objetivos e atividades;
 - a) Verificar a plausibilidade de as atividades serem pertinentes para resolver os problemas tendo em vista os seus determinantes;
 - 3) Identificar se há concordância entre os diversos profissionais acerca dos objetivos, metas e população-alvo do programa;
 - 4) Verificar se há dados disponíveis para a avaliação;
 - 5) Averiguar se os formuladores de políticas ou gestores estão aptos ou dispostos a usar as informações da avaliação para mudar o programa.
- (VIEIRA-DA-SILVA, 2014)

O Estudo de Avaliabilidade possibilita o empoderamento do avaliador sobre o objeto avaliado. Mediante um momento de imersão em busca de todas as informações referentes à teoria e à prática do serviço. O avaliador se torna apto para enxergar o programa como um todo, e/ou, por meio de suas diferentes partes. Este processo potencializa o uso da informação na construção e condução do processo avaliativo⁴³. O EA contribui na construção do pensamento estratégico no planejamento para a avaliação. Ele esclarece a teoria do programa, assim como, suas ligações de causas e efeitos entre os recursos, as atividades e os resultados pretendidos (TREVISAN; HUANG, 2003).

Após utilizarem a avaliabilidade para análise de um serviço, Vanderheyden *et al.* (2006) apontaram algumas das contribuições do método: clareza sobre a teoria do programa; aumento da efetividade e eficácia dos recursos humanos; implementação imediata de ações de melhoria; melhora nas habilidades de desenvolvimento do serviço, pelos recursos humanos; tempo disponível para os sujeitos refletirem sobre o programa, conferindo maior visibilidade e responsabilidade aos recursos humanos.

O EA também permite a contextualização do serviço. Ademais, amplia a compreensão do significado de suas práticas. Este processo ocorre por meio da inclusão dos atores sociais (integrantes-chaves) no desenvolvimento do estudo. Os atores, podem contribuir com o processo de identificação de problemas, assim como, na modificação da intervenção (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Para Wholey (1989), são benefícios do Estudo de Avaliabilidade:

- 1) Capacidade de distinguir entre falha do programa e falha na avaliação;
- 2) Estimativa precisa dos resultados a longo prazo;
- 3) Aumento do investimento no programa por partes interessadas,

- 4) Melhoria do desempenho do programa;
- 5) Melhoria do desenvolvimento de programas e habilidades de avaliação do pessoal;
- 6) Maior visibilidade e responsabilidade do programa;
- 7) Compreensão administrativa mais clara do programa.

Para melhor compreensão de um estudo de avaliabilidade é essencial uma breve apresentação dos principais momentos de sua metodologia. Inicialmente, apresenta-se o sistema de sete elementos proposto por Truston e Ramaliu (2005), como uma breve descrição dos processos inerentes a um estudo de avaliabilidade:

- 1) Identificação e revisão dos documentos disponíveis sobre o programa;
- 2) Descrição do programa identificando seus objetivos, metas e atividades
- 3) Modelagem dos recursos disponíveis, programa de atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas;
- 4) Supervisão do programa, ou obtenção de um entendimento preliminar de como o programa opera;
- 5) Desenvolvimento de um modelo teórico da avaliação;
- 6) Identificação de usuários da avaliação e outros interessados envolvidos;
- 7) Obtenção de um acordo quanto ao procedimento de uma avaliação.

A análise documental é a primeira etapa do EA. A pesquisa documental é um procedimento metodológico de verificação de dados. Tem como o objetivo o acesso às fontes pertinentes, por meio da qual se realiza a busca e extração de informações inerentes ao serviço estudado. As fontes consistem em documentos que não necessariamente receberam algum tratamento científico- como relatórios, gravações, escritos, filmes, vídeos, slides, fotografias e pôsteres (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUIDANI, 2009).

A análise documental é também em um método criterioso para observação e relato de fatos históricos. Bem como, para a compreensão da origem e progresso do serviço. Para isso se avalia o contexto onde se produziu os documentos de interesse, sua credibilidade e sua representatividade ((SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUIDANI, 2009).

Ao final da análise dos documentos, é importante que o pesquisador tenha adquirido um conhecimento profundo a respeito da teoria do objeto de estudo. É importante que o mesmo conheça aspectos como: contexto, problema que levou ao desenvolvimento da intervenção, objetivos, metas, serviços ofertados, recursos humanos, estruturais, financeiros, pú-

blico alvo (THURSTON; RAMALIU, 2005). A partir de tais informações o pesquisador se encontra alinhado com a descrição teórica do seu objeto.

Entrevista com os integrantes-chaves

Uma vez obtida a compreensão teórica do programa, busca-se o entendimento prático e real do mesmo. Em qualquer estudo de avaliabilidade, é imprescindível a condução do processo por meio de um “trabalho em equipe”. Com esse objetivo, o EA é desenvolvido em parceria com integrantes-chaves, os quais são profissionais inseridos no serviço estudado, em áreas diversas de atuação. Estes irão contribuir com os avaliadores, por meio, da descrição e elucidação do funcionamento prático do serviço (STROMBER; WHOLEY, 1983).

A escolha dos integrantes-chaves deve ser criteriosa. Deste modo, tal seleção se fundamenta no conhecimento obtido por meio da análise documental e da construção da teoria do programa (objetivos, metas, atividades e resultados). Esta eleição é essencial para se obter informações úteis e relevantes. É indispensável que a seleção dos profissionais envolva os diferentes níveis, cargos e processos do serviço (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Para coleta das informações, podem ser realizadas entrevistas com os integrantes-chaves selecionados (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). Nos EA, é comum o uso da observação sistemática (pesquisa observacional) do serviço. Este processo, visa contribuir com a compreensão sobre do serviço e seu funcionamento. Também permite comparar se a estrutura, as atividades e os recursos previstos pela teoria, são coerentes, estão presentes e de que forma se realizam na prática (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Os dados provenientes da entrevista, junto a observação do avaliador, são essenciais para uma visão real do serviço. A articulação entre as perspectivas interna (entrevistas e observação) e externa (análise de documentos) é de extrema relevância, uma vez que ambas perspectivas são essenciais para se identificar os problemas, esclarecer relações de causa e efeito e identificar possíveis soluções, visando o aperfeiçoamento do programa (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Modelo lógico e teórico

O modelo lógico-teórico é uma ferramenta que permite a apresentação, visual e sistemática, do objeto de estudo. Assim como, das relações entre recursos, intervenções (atividades planejadas) e efeitos esperados (produtos, resultados e impactos). O modelo busca explicitar a teoria de

um programa e descreve, de forma resumida, o desenho do seu funcionamento, com seus principais componentes (HARTZ, 2011).

O desenho do modelo não é rígido. Sua estrutura e construção se realizam de acordo com formato do programa avaliado, baseando-se no conteúdo mesmo. Autores como Rowan *et al.* (2000) e Hartz (2011) apontam vários formatos de modelos lógicos, os quais variam segundo o programa estudado.

É possível identificar diversas vantagens na utilização do modelo lógico-teórico:

- 1) Possibilita a comunicação do propósito fundamental do programa, evidenciando seus produtos e efeitos esperados (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).
- 2) Ilustra a consistência lógica interna do programa, contribuindo para identificação das lacunas e efeitos não realísticos (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).
- 3) Direciona as atividades de avaliação do programa por meio da identificação de questões avaliativas apropriadas e dados relevantes (HARTZ, 2011; CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

O modelo expressa, e sistematiza, com clareza, os pressupostos que norteiam o programa. Os seus componentes irão tornar nítida a racionalidade subjacente ao serviço, incluindo especificações sobre o problema, a população alvo, as condições do contexto, o conteúdo do programa, os atributos necessários e suficientes para produção isolada ou integrada, os efeitos esperados e as associações estabelecidas (ROCHA; UCHÔA, 2013). Ademais, permite que se defina, exatamente, o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados. A construção do modelo se apoia no acúmulo produzido pelas experiências e conhecimentos prévios, no processo de investigação orientado pela teoria (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). O processo de modelagem tem, como produto final, um diagrama e um plano de medidas (matriz) com a essência do objeto de estudo.

Matriz de medidas/indicadores

No campo da avaliação em saúde, as matrizes são apresentadas como forma de expressar a lógica causal de uma intervenção, em parte e no todo, traduzindo como os seus componentes contribuem na produção dos efeitos (ALVES, *et al.*, 2010). O desenvolvimento de uma matriz auxilia significativamente a implementação da avaliação do serviço. A

construção da matriz se fundamenta na compreensão obtida por meio das etapas anteriores. Para sua elaboração são definidos critérios e parâmetros, coerentes com os objetivos, metas e resultados do objeto de estudo. **Critério** pode ser descrito como, componente, ou aspecto, referente a estrutura, ao processo ou ao resultado de um serviço, o qual confere qualidade ao mesmo. **Parâmetro** indica uma especificação, quantitativa e precisa, do nível de um critério, de tal modo, quantifica a qualidade em um grau determinado (ROCHA; UCHÔA, 2013). Posteriormente, os critérios e parâmetros elegidos são utilizados no processo de avaliação.

É expressiva a contribuição do EA para os processos de avaliação do SUS, uma vez que este apresenta princípios e diretrizes constitucionais bem definidos. A busca de um serviço de qualidade, implica a necessidade de um processo avaliativo comprometido com esses princípios e diretrizes, capaz de superar interpretações superficiais ou que tendam a ignorá-los. Assim se deve tomá-los como referência e investigar os posicionamentos ideológicos inerentes à condução das ações e processos de cada serviço avaliado, desde suas características organizacionais, até cuidado ofertado aos usuários. Para isso, é imperativo que o avaliador, corroborando com Matus e Testa, não se limite a olhar “o serviço de fora”, mas sim, “de dentro”, como quem nele vive e trabalha. Neste contexto, o EA pode oferecer suporte por meio da análise documental, conduzindo o avaliador a uma imersão na teoria que sustenta o Sistema Único de Saúde, na direcionalidade dada pela política por meio das leis, portarias, relatórios, cartilhas, manuais, filmes, dados epidemiológicos, estatísticos, administrativos, enfim, todo o arsenal de documentos que revelam o que se propõe e o que faz no SUS.

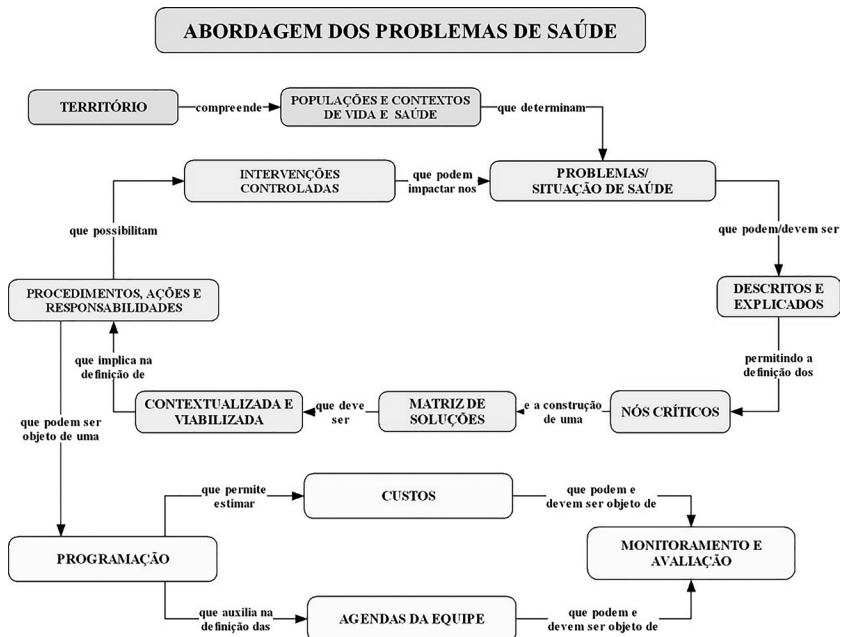
O SUS é uma política de saúde nacional concebida para se desenvolver abrangendo diferentes realidades nos diversos territórios, culturas e contextos. Desta forma, é inerente ao serviço o enfrentamento de diferentes realidades e diferentes sujeitos, necessidades e problemas. Diante disso, é imperativo ao processo de avaliação, considerar o objeto a ser avaliado a partir de cada realidade local. O complemento ao conhecimento teórico sobre o SUS pode ser desenvolvido no EA por meio das entrevistas com os integrantes-chaves e pelo roteiro de observação. Mediante conversas, explicações e contribuições de diferentes profissionais e usuários, juntamente à observação sistemática do serviço e do processo de trabalho, o avaliador pode construir uma percepção clara e específica, mais próxima da realidade do objeto de estudo.

Num processo avaliativo, a escolha do objeto dá a direcionalidade à busca de resultados e é fundamental para a definição de critérios,

indicadores ou parâmetros. Para que uma avaliação seja satisfatória, os critérios devem ser claros, devem contemplar a necessidade dos sujeitos envolvidos, se apresentar úteis e viáveis para o serviço. O EA contempla este aspecto por meio do desenvolvimento do modelo-lógico e da matriz. A partir da descrição sistemática e detalhada do serviço de saúde, o avaliador tem em mãos um material concreto e fundamentado para a seleção de critérios relevantes, que irão conduzi-lo a resultados úteis e de interesse para os gestores e demais profissionais.

Limites para a realização de um estudo de avaliabilidade

A Avaliabilidade pode apresentar limitações. Neste sentido, é fundamental que sejam observados dois aspectos muito importantes à boa condução do processo avaliativo. Em primeiro lugar, está o fato do EA ser conduzido por uma equipe, composta por avaliadores e integrantes-chaves (executores, implementadores e administradores do serviço). Tal característica, é positiva, pois, garante a representação de uma parte significativa dos profissionais, e assim, uma visão abrangente do programa. Quando a equipe não é entrosada e comprometida, costuma não funcionar bem e, nestes casos, a integridade do EA é afetada e seu exercício pode ser dispendioso. Sendo assim, uma coesão ruim do grupo de trabalho gera um EA pouco eficiente e produtivo. Em segundo lugar vem o fato de que o período de desenvolvimento de um EA não pode ser previsto com exatidão. O EA lida com recursos dinâmicos, o que limita sua previsibilidade. Quando o tempo é prolongado devido a problemas com o agendamento das atividades, à dificuldade de contar com a contribuição dos integrantes-chaves, ou mesmo, diante da desorganização de documentos referentes ao programa, estas situações poderão impedir o processo avaliativo que se dá a partir do EA (TREVISAN; HUANG, 2003; VANDERHEYDEN *et al.*, 2006).



Fonte: Elaborado pelos autores, 2017

Planejamento, gestão e modelos de avaliação dos programas e serviços de saúde bucal

uma análise crítica

Cindy Avani Silva Ceissler

Gabriela Gaspar

Nilcema Figueiredo

Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz

Raquel Santos

Sônia Cristina Lima Chaves

Introdução

A área de Planejamento, Gestão e Avaliação em saúde é um espaço social¹ caracterizado pela confluência entre agentes e instituições tanto do campo burocrático² (BOURDIEU, 1996), que levam para essa área as questões urgentes da gestão pública que precisam ser prontamente solucionadas, quanto pelo campo científico, que se interessa pelos objetos dos serviços de saúde, para a produção de evidências que respondem a lacunas da ciência ainda não respondidas, não necessariamente importante para a gestão. Por outro lado, há evidências das dificuldades de que recomendações das pesquisas cien-

1 Espaço social se refere, segundo Bourdieu (2003), a um microcosmo de relações entre agentes que ocupam posições distintas relacionadas aos capitais acumulados do tipo cultural, político, econômico, social, entre outros

2 O campo é um tipo específico de espaço social com autonomia relativa em relação aos demais campos, com leis próprias e onde os agentes compartilham interesses e disposições comuns. O campo burocrático é o espaço onde os funcionários dos governos decidem sobre a seleção de alternativas, formulação e implementação das políticas públicas, incluindo a saúde bucal (BOURDIEU, 1996).

tíficas não tem sido incorporadas de forma facilitada pela gestão. Ou seja, essa dupla abordagem exige daqueles que se ocupam desse tema uma necessidade de situar o seu ponto de partida, sua posição, às vezes de dupla inserção e trajetória.

Além disso, essa área envolve três dimensões distintas que são o planejamento, muito próximo da ciência política, a gestão e a avaliação em saúde. Logo, mesmo no campo científico, há diferentes agentes, grupos e instituições que se debruçam mais profundamente em uma dessas competências. Outra questão se refere à influência das três disciplinas das ciências sociais – ciência política, sociologia e antropologia – para configuração desse espaço. A expansão da área do Planejamento e Gestão tem exigido (PAIM; TEIXEIRA, 2006), portanto, uma reflexão sobre as distintas possibilidades e questões em disputa dessa dupla relação entre os interesses do campo burocrático e do campo científico. Nesse sentido, análises crítica compartilhadas em reuniões de pesquisa permitem situar os objetos em outras perspectivas e o avanço para nortear novos olhares e objetos de interesse tanto dos agentes que militam nos serviços de saúde como aqueles que o fazem ao interior das instituições de ensino e pesquisa.

Desenvolvimento

Método

O presente capítulo propôs sistematizar a discussão dos temas emergentes no Grupo de Trabalho (GT) intitulado “Planejamento, Gestão e Modelos de Avaliação dos Programas e Serviços de Saúde Bucal” da VI Reunião de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva. O GT reuniu-se no turno da tarde entre os dias 7 e 9 de dezembro de 2017 e foi composto pelos participantes do evento que optaram por essa linha de trabalho.

O primeiro dia da reunião do GT foi iniciada por exposição do tema-chave pelo Prof. Dr. Marcos Werneck (UFMG) seguida por momento de discussão norteador por perguntas condutoras elaboradas pela coordenadora do GT Profa. Dra. Sônia Chaves (UFBA). No segundo dia, houve relato e exposição de experiência de pesquisa ou de serviço sobre a temática. O terceiro dia deu continuidade ao debate, além da elaboração pela equipe de relatoria de propostas de pesquisa e recomendações para a próxima Reunião de Pesquisa de Saúde Bucal Coletiva. Nesse sentido, esse texto consiste em uma narrativa dessa experiência para o qual tomou-se como referência as anotações e registros em áudio da equipe de relatoria do GT durante as reuniões.

A conferência apresentada pelo Prof. Dr. Marcos Werneck (UFMG) abordou elementos desde a conjuntura política, enquanto a estrutura social em movimento (TEIXEIRA; SILVEIRA, 2016). Em seguida, incursionou sobre o planejamento em saúde e suas várias correntes teóricas de influência na América Latina e no Brasil e por fim trouxe o elemento da gestão e da avaliação. Nesse sentido, foram elaboradas três perguntas condutoras da discussão do grupo: a) a distopia, o oposto da utopia poderia destruir as políticas públicas? b) em que momento a formação profissional inclui a formação básica em política, especialmente os elementos do poder, da estrutura e papel do Estado a partir do enfoque das ciências sociais? A formação básica em política não seria fundamental para gestores e coordenadores? e por fim c) a ampliação do conceito de saúde-doença (que nos primórdios do nosso movimento de Saúde Bucal Coletiva, veio como a incorporação dos determinantes sociais da saúde no interior da saúde bucal), é possível para produzir conhecimentos que incorporem os determinantes sociais da saúde no planejamento e execução de intervenções na saúde bucal? Ou seja, o uso das ferramentas de planejamento e avaliação tem incluído a perspectiva dos determinantes sociais da saúde ou mesmo na prática clínica odontológica?

Resultados

Análise da atual conjuntura brasileira

Segundo Werneck (2017), o impeachment da Presidenta Dilma em 2016 institucionalizou um profundo processo de retrocesso da democratização no Brasil, refletindo nacionalmente e internacionalmente. Nacionalmente, há um momento de transição política, marcado pela suspensão do tempo político, pela incerteza das regras básicas do seu jogo institucional. Assim, o Brasil revive o histórico enredo latino-americano de golpes contra a democracia no século XX.

Essa realidade pós-democrática nos apresenta um futuro distópico³ com o crescimento de um fundamentalismo ou totalitarismo neoliberal, caracterizado pela privatização radical da vida face a desconstituição também radical do público. As alternativas de resistências são muito residuais, quando não, cooptáveis. Tal futuro distópico apresenta os seguintes significados: rejeição ao multiculturalismo, à integração regional e à to-

³ Distopia é aqui compreendida como a anti-utopia, sua antítese, como visão pessimista do futuro, podendo apresentar-se como pensamento opressivo e negação de uma ideia de civilização ideal com melhorias, na busca do inalcançável.

lerância com os outros e a existência de um projeto político que autoriza racionalmente a entrada da irracionalidade para a eliminação do outro no jogo político, observável nas ruas e no cotidiano. Assim, observa-se a emergência de discursos fascistas nas brechas dos discursos neoliberais.

Nesse contexto, a aversão discursiva à corrupção tem se transformado em aversão à política e a própria democracia. Quando combinado ao discurso de ódio, o discurso anticorrupção sinaliza que é capaz de suportar o sacrifício da democracia e apoiar a eliminação de outro corrupto da vida política, em uma clara distorção do objetivo básico do combate à corrupção. Portanto, os regimes liberais que precisavam da democracia para sua instauração e funcionamento podem não mais defendê-lo.

Outro ponto abordado refere-se ao discurso da dominação e o papel da ciência (BOURDIEU, 2005), visto que quem controla a produção das ideias dominantes, controla o mundo, a dominação de fato carece de uma legitimação científica. Assim, não podemos nos iludir com a centralidade da ciência. A ciência é ideológica e toma posição quando deseja atuar na construção dos direitos e a favor da humanidade.

Planejamento, gestão e avaliação em saúde

Diante disso, a área de Planejamento & Gestão está situada como espaço de produção de saberes e práticas. Cabe conceituar que **Gestão** foi aqui compreendida como a condução político-administrativa de um sistema ou organização. Já o **Planejamento**, segundo Giovanella (1991), é uma ação sobre algo que busca-se intervir, sendo este ato carregado dos interesses, desejos e possibilidades dos agentes do Estado. Para evitar o imprevisto, deve-se buscar o pensamento prévio, a elaboração antes da ação (MATUS, 1996). Todavia, ao início da ação o pensamento deve continuar. Entende-se o planejamento como algo inerente à vida humana.

A implantação do SUS trouxe nos seus princípios a descentralização, que abriu a possibilidade de aproximação com os programas em nível local, com o envolvimento dos responsáveis naqueles locais. Contudo, ainda persistem, principalmente na esfera municipal, diversas dificuldades para o desenvolvimento do processo de planejamento. As principais razões para essas dificuldades podem estar relacionadas à não incorporação ou mera incorporação teórica dos conteúdos do planejamento em saúde na graduação da Odontologia. Isso reflete nos gestores, que assumem posições de gestão sem o preparo adequado, resultando na mimetização de decisões de outros locais sem o aproveitamento do planejamento em nível local.

Além disso, o conceito de saúde-doença ainda é marcado pelo predomínio do conceito de doença de ordem biológica, doença como manifestação que deve ser enfrentada por tarefas e procedimentos clínicos. É necessário considerar a fragilidade desse modelo para o enfrentamento do processo saúde-doença, retomando os pressupostos da politização do agente etiológico nas origens do movimento da saúde bucal coletiva no Brasil. Nesse sentido, coloca-se para o SUS algumas questões como repensar o processo de planejamento e de trabalho, no sentido de entender as desigualdades em saúde no território, bem como apontar as potencialidades de mecanismos de avaliação para a melhoria da qualidade como foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), onde este foi um impulsionador importante do planejamento local, especialmente através do instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), que é importante momento de reflexão da prática e interna dos serviços, que expõe que a estrutura, a organização, a participação do usuário. Neste sentido, apesar do momento político preocupante, essa indução mostra-se como momento positivo para fomentar a discussão interna necessária para estimular processo de planejamento e avaliação nos serviços, além da possibilidade para formação acadêmica e produção das pesquisas.

O planejamento em saúde no Brasil é fortemente influenciado pelo pensamento estratégico situacional, corrente crítica da América Latina ao planejamento normativo, tendo como Mario Testa, Carlos Matus como os maiores influências na região (TESTA, 1992; 1995; MATUS, 1996). Além disso, o pensamento de Gastão Wagner de Souza Campos tem sido incorporado.

Compreender o processo de trabalho das organizações de saúde é tarefa fundamental da pesquisa e da gestão para entender o que acontece no nível local, na equipe, ou seja no município (WERNECK *et al.*, 2009). Este aspecto revela informações sobre acesso, impacto, participação, que são alguns dos itens avaliados no PMAQ. É no processo de trabalho que está a possibilidade de avaliar o serviço de uma forma mais direta.

Discussão

A atual conjuntura político-econômica do país pode apresentar reflexos graves nas políticas sociais, dentre elas, a política de saúde bucal. O entendimento é que o contexto afeta as condições de vida das pessoas visto que diante de uma recessão econômica há o aumento do desemprego e das condições de vulnerabilidade da população. Tal panorama associa-

do com a restrição de direitos sociais favorece um cenário de demanda por cuidados em saúde além do retorno de doenças, situações de fome e miséria, aumento de doenças crônicas. No campo da saúde bucal, as desigualdades regionais podem se acentuar, mesmo com a melhoria nos indicadores para os grupos populacionais mais jovens observada nos último inquérito epidemiológicos nacionais.

Nesse contexto, citam-se os possíveis efeitos da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para a política de saúde bucal. A nova PNAB torna flexível a composição e a carga horária das Equipes de Saúde da Família, transferindo para o nível local essa decisão. Portanto, a expansão da cobertura de Saúde Bucal por Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família encontra-se em grande risco com essas possibilidades. Observa-se um estremecimento nos rumos da Política de Saúde Bucal, a qual nos governos Lula I e Lula II, Dilma I, entrou na agenda de governo e permaneceu como uma das prioritárias nesse período, nos quais houve aumento da oferta de serviços pelo maior financiamento federal. Cabe destacar o processo histórico da construção social da problemática do “país dos banguelas”, onde a intervenção brasileira através das ações do Estado foi uma das mais robustas na constituição de uma atenção especializada pioneira no mundo. Nesse sentido, a expansão da Odontologia pública para os brasileiros possibilita a discussão sobre questões que não existiriam sem a mesma.

Atualmente, vive-se um momento de vácuo político, uma certa apatia, com forte movimento para desconstrução da política, dos políticos, dos serviços públicos e do funcionalismo público. Entretanto, cabe relembrar que a política é resultado de lutas, onde os agentes sociais tem papel histórico nesse processo. Portanto, faz-se necessário a organização da sociedade, tendo importante papel da participação social e política.

Quanto à gestão, os poucos temas levantados foram explícitos na necessidade de construção de evidências e que, ao contrário do planejamento e da avaliação, pouco se tem avançado na pesquisa na área de gestão dos serviços de saúde bucal. Nesse sentido, há a necessidade de criação das bases teóricas para o campo da gestão em saúde bucal, além do desenvolvimento de métodos e técnicas de pesquisa específicas. Entretanto, esse conhecimento deve encontrar o caminho até os profissionais e gestores dos serviços, que relatam uma distância entre o que se propões na academia e o que a realidade permite desenvolver, tema já problematizado por outros autores (VIEIRA-DA-SILVA, 2014; FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014)

Ou seja, a gestão é uma caixa preta que precisa ser melhor investigada enquanto um produto de uma posição social construída na relação de

poder do gestor dentro da política. Assim, fomenta-se a criação de espaços para o debate dos instrumentos de gestão, minimizando seus aspectos prescritivos, visando a construção compartilhada de ferramentas baseadas nas reais necessidades dos serviços e do diagnóstico local.

Outro ponto de interesse no tema da gestão foi a judicialização na saúde, na qual há a reorientação de recursos coletivos da saúde para o atendimento de demandas individuais por meio de decisões judiciais. A intervenção judicial procura garantir por meio da interpretação da legislação o direito à saúde dos indivíduos, orientando a execução de procedimentos ou o fornecimento de medicamentos, sem considerar a realidade e a infraestrutura do municípios, bem como a relação entre o direito individual, os direitos coletivos e a capacidade do Estado. Assim, nessa tentativa de garantia do direito à saúde, não há a reflexão que os prejuízos da realocação desses amplos recursos para o SUS.

Quanto à avaliação em saúde, questionou-se os meios para institucionalizar a prática da avaliação como parte do cotidiano dos serviços e práticas de saúde, dificuldade apresentada por diversos municípios. Para tanto, a aproximação entre gestores e pesquisadores interessados no tema como indutores dessa prática é fundamental. Em acréscimo, citou-se o momento da autoavaliação (AMAQ) do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) como potencializador dessa institucionalização ao induzir a discussão dos problemas, priorização, planejamento de ações e reflexão sobre resultados alcançados. Apesar de potente ferramenta, a autoavaliação corresponde apenas à 10% da nota final atribuída pelo PMAQ, ao passo que a etapa de Avaliação Externa corresponde a 60%. Assim, o programa aponta pouca valorização de uma etapa com bastante potencial de transformação da realidade local.

Diversas pesquisas envolvendo o componente da avaliação em saúde foram relatadas, sendo a área que tem acumulado as maiores evidências. Em Pernambuco, tem sido desenvolvido o Observatório de Saúde Bucal de Pernambuco, uma iniciativa do Grupo de Pesquisa GestBucal da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) (FERNANDES *et al.*, 2018). Tal observatório propõe trabalhar dois grandes eixos da saúde bucal, com foco em Pernambuco: Vigilância em Saúde e Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde. Os eixos se subdividem em diversos projetos de pesquisa, extensão e formação, entre eles, projetos nas áreas de gestão de pessoas, tecnologias em saúde com uso do Portal CEO, planejamento e avaliação em saúde bucal. Participam do observatório alunos de graduação e Pós-Graduação (Residência, Mestrando e Doutorado), professores e profissionais dos serviços. Na linha de tecnologias e saúde, o observatório desenvolve pesquisas com o PortalCEO, que é uma ferramenta eletrônica

para avaliação e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológica (CEO). Recentemente, houve o acréscimo de uma funcionalidade, que é a emissão de uma carta de recomendação com base nas respostas fornecidas pelos usuários. Esta carta é baseada na normativa legal dos CEO e pode funcionar como instrumento de autoavaliação, auxiliando o processo de tomada de decisão. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2017)

Ainda no Nordeste, desenvolveu-se estudo avaliativo em Juazeiro do Norte (CE) sobre a implantação da Política de Saúde Bucal. Realizou-se avaliação normativa, por meio da construção de modelo lógico e uso de parâmetros e critérios. Para avaliar estrutura e processo, recorreu-se a Donabedian e, ao final da pesquisa, constatou-se que o grau de implantação foi classificado como suficiente ou satisfatório. Entretanto, no componente do processo de trabalho, a Política de Saúde Bucal no município foi classificada como insatisfatória, uma vez que os profissionais reproduziam o modelo assistencial-curativo. A estrutura foi satisfatória, porém as unidades de saúde que tinham maiores fragilidades neste componente eram as que tinham maior rotatividade de profissionais. A rotatividade também foi observada quando os edifícios não eram próprios do município, ou quando havia a frequente falha de equipamentos odontológicos, ou ausência de manutenção preventiva e corretiva. No final, os resultados foram apresentados ao gestor municipal que ampliou seu olhar para as questões da área.

Na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) estão sendo conduzidos alguns estudos para maior aprofundamento no tema da avaliação. Optou-se por realizar estudos de avaliabilidade nos CEO, para o qual já foi realizado a modelagem teórica e agora está sendo encaminhado para a construção da matriz de avaliação. Em paralelo, está sendo conduzida uma revisão integrativa sobre avaliação de CEO, contemplando todos os estudos já realizados e publicados sobre a temática até 2017. Está sendo possível criar um panorama de tudo que está sendo produzido na literatura nacional e internacional de avaliação da atenção secundária no Brasil, apesar da pouca evidência encontrada. (REIS *et al.*, 2017; ANDRAUS *et al.*, 2017)

A construção com os diversos atores do processo de avaliação é importante, nesse sentido, em conjunto com os profissionais da Secretaria de Saúde de Florianópolis foi realizado um projeto de Institucionalização da Avaliação de Satisfação do Usuário. Foi construída uma matriz de avaliação comum para os serviços e cada um teve seu instrumento de coleta de dados. Foram feitas oficinas e naquelas realizadas com usuários no Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), percebeu-se que eles não estavam preocupados com a estrutura do serviço, para eles importava mais

o acolhimento, a forma como eram recebidos pelos profissionais, como se sentiam ao ser atendidos e acolhidos nas suas necessidades naquele momento (COLUSSI, 2017).

Na área da Economia da Saúde, em virtude de um MBA em Economia e Avaliação de Tecnologias em saúde, foi desenvolvido um estudo sobre a custo-efetividade da prótese dentária total versus a prótese implanto-suportada. Diante do cenário de ter essas duas tecnologias financiadas pelo SUS, foram realizadas simulações e uma coorte hipotética de 10 mil pacientes. O resultado preliminar indicou que apesar de mais oneroso inicialmente, o implante apresentou melhor custo-efetividade. Há poucos trabalhos publicados na área de economia da saúde na Odontologia, os parâmetros utilizados foram de estudos internacionais. Assim, é necessário mais investimento em pesquisas nacionais nesta área, principalmente diante das particularidades do nosso sistema de saúde. Propostas como essa visam fornecer evidências para subsidiar a tomada de decisão de gestores.

De forma mais ampla, no Observatório de Análise de Políticas de Saúde⁴, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), coordenado pelo Prof. Dr. Jairnilson Paim, tem se desenvolvido o monitoramento de políticas nacionais com 12 eixos, sendo que um deles é sobre a Política de Saúde Bucal. Neste eixo, a análise é feita a partir de quatro componentes: implantação, resultados, financiamento e participação social. Na implantação e resultados monitora-se dados nacionais e regionais de atenção básica e especializada: implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e Equipes de Saúde Bucal. No financiamento tem sido um dos componentes mais desafiadores de analisar, e são desenvolvidos estudos a partir do deflacionamento. Com relação à participação social, tem sido feito um monitoramento das principais entidades de interesse relacionados à política de saúde bucal, entidades de classe tais como: CFO, ABO, sindicatos, FIO, FNO, Abrasbuco e a própria Abrasco. Realiza-se o monitoramento semanal em sites e redes sociais dessas instituições, onde são coletados os materiais e analisados a partir de algumas categorias: posicionamento dessas entidades sobre a política, quem são os agentes dessas entidades que mais estão se posicionando ao conteúdo, o relacionamento entre essas entidades, como elas se encontram e o que debatem, além dos desdobramentos desses encontros. (CHAVES *et al.*, 2017)

O planejamento teve seu potencial reconhecido como elemento de mudança da realidade, mas foram apresentadas diversas dificuldades para sua efetivação. Houve consenso no grupo de que as ferramentas são co-

⁴ Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/>

nhedidas, que o conhecimento sobre o tema está relativamente disseminado, ao contrário do seu uso. Uma das fragilidades apontadas no processo de planejamento está na dificuldade de escolha do mesmo problema pelos diversos envolvidos, principalmente quando o processo de planejamento é participativo e ascendente. Outro ponto abordado reflete o modelo de atenção à saúde bucal vigente, no qual às pressões para o atendimento clínico não permitem o desenvolvimento das atividades de planejamento. Essa dificuldade se reproduz nas instâncias gestoras, em que as demandas do dia-a-dia impedem que os gestores desenvolvam atividades de planejamento, conforme já apontava Carlos Matus na proposta do triângulo de ferro da gestão (MATUS, 1996).

Foi relatada a experiência de aplicação de planejamento na Atenção Básica, no Centro de Saúde Comunitária, vinculado ao Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre (RS). No início, esse planejamento era feito sem formalidades, mas em 2005, após trabalhar junto às capacitações de gestores de CEO, elaborou-se um manual com um passo a passo. Assim, de dois em dois anos é realizado um planejamento mais global em que a equipe segue o método e constrói o plano de ação, estabelecendo prazos, responsáveis e a maneira como avaliar. Após essa construção, esse planejamento norteia o desenvolvimento das ações, evitando o imprevisto. Anualmente é realizado um “mini-planejamento” mais relacionado avaliação do processo de trabalho, através de indicadores e metas. A saúde bucal não tem indicadores separados e sim transversais a todas as ações programáticas, sempre baseando-se em indicadores nacionais ou municipais.

Entre as pesquisas na área de Planejamento em Saúde Bucal, relatou-se um estudo que objetivou fazer o planejamento, monitoramento e avaliação local na atenção básica, no litoral e sertão pernambucanos. Foram conduzidos levantamentos epidemiológicos em 10 municípios. Destes, selecionaram dois de realidades bem distintas para aprofundamento em estudo de caso. Coletaram-se dados primários e secundários dos municípios. Em seguida, foram montadas oficinas de planejamento estratégico com diversos atores do município, ao mesmo tempo em que se realizava capacitação dos grupos. Nas oficinas foram traçados o plano local. Ao final desse plano de intervenção e monitoramento, uma variável de destaque a qualificação do gestor. Naquele município em que o gestor tinha formação sensível à saúde coletiva, o planejamento andou tranquilamente e as ações foram quase todas cumpridas, criando inclusive um comitê local para dar andamento a o planejamento. No município em que o gestor tinha um perfil mais tradicional, mais distante do profissional e que não tinha a formação voltada para a saúde coletiva, o planejamento não avançou tanto.

A partir desse primeiro contato, essa intervenção será reproduzida na Atenção Secundária nos CEO de Recife, sendo parte de uma dissertação de mestrado. Para além das metas estabelecidas em portaria, o estudo objetiva alcançar mais, juntando profissionais, gestores e população. Assim, busca identificar qual seria o planejamento único para aquele serviço, considerando que, apesar de estarem no mesmo município, cada CEO possui suas particularidades. Paralela a essa pesquisa, para os participantes envolvidos será desenvolvido um curso de formação em Planejamento, Gestão e Avaliação.

Nesse contexto, ressalta-se que o tema da formação e qualificação emergiu não apenas para a área de Planejamento mas também nas discussões envolvendo Gestão e Avaliação em Saúde. Discutiu-se a formação não apenas na graduação, mas principalmente a formação em serviço.

Para a graduação o avanço é notado principalmente na atualização dos temas trabalhados com os alunos. Planejamento e avaliação em saúde já fazem parte dos currículos atualizados da Odontologia, facilitando a aproximação dos alunos com os temas que ultrapassam a clínica odontológica. É importante, nessa aproximação, o entendimento de que, após a graduação desses alunos, os profissionais da clínica são os mesmos profissionais da coletiva, eles são uma mesma unidade. Assim, não há a necessidade de acabar com a clínica para incorporar as noções de Saúde Coletiva, nem a área da Saúde Coletiva se distanciar da clínica. Citou-se a Declaração de Cascadia que afirma que bons especialistas podem responder a demandas específicas de uma parcela da população, não respondendo às necessidades de saúde das pessoas.

A integração ensino-serviço vem dentro da normativa constitucional de que o SUS também possui papel formador. Por vezes os profissionais do serviço enxergam o aluno como algo externo, mas este, apesar de estar em aprendizado, possui um papel dentro do serviço de compreender a realidade, evitando a fragmentação das especialidades e o distanciamento da saúde coletiva. Por outro lado, outra dificuldade apontada foi a aproximação da universidade com gestões não democráticas.

O curso de graduação em Saúde Coletiva do Campus Vitória da UFPE está com Laboratório no SUS. Desde o primeiro período o aluno é inserido em estágios que ocorrem em parceria com pelo menos dez municípios. A intenção não é transformar Vitória de Santo Antão em um polo de sanitaristas e sim fazer o aluno se inserir no seu próprio município.

Outra experiência foi um treinamento para dentistas do CEO em Planejamento Estratégico Situacional iniciado no Ceará e juntou três estados do Nordeste: Ceará, Piauí e Maranhão. Para esse momento, foi utilizado um manual produzido pelo Nescon em Belo Horizonte, além

de planilhas utilizadas pela prefeitura de Belo Horizonte. Durante uma semana foi construído o PES.

Todavia, a formação não deve ficar restrita à graduação, incorporando também estratégias para incorporar os profissionais dos serviços de saúde. Em estudo de Doutorado da UFPE desenvolveu- pesquisa de Educação Permanente em municípios com características contextuais semelhantes, que realizaram planejamentos semelhantes, mas com diferença na formação de gestores e profissionais. Foi realizada uma investigação no município de Recife, onde os cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde da Família foram classificados em dois grupos. O primeiro grupo com perfil mais voltado para clínica e o outro grupo mais voltado pra saúde coletiva. Partindo dessa divisão, realizou-se entrevista e análise qualitativa. Observou-se que eles estavam incluídos na mesma política de educação permanente do município, e chamou a atenção que o salário não foi citado como fator importante para a resposta apresentada no trabalho, relacionando-se mais ao compromisso ou visões de mundo diferentes desses dois grupos. Estudo conduzido com dados do PMAQ-AB evidenciam que o profissional da Atenção Básica de Recife é quase todo qualificado. Assim, a garantia de qualificação aos profissionais não é suficiente se não houver o compromisso de transformar a realidade.

Além do setor público, os egressos saem da faculdade despreparados para o mercado predatório da odontologia privada, sem preparo para lidar com convênios de baixa remuneração e clínicas populares. É vendida a imagem da clínica especializada odontológica de sucesso que está cada vez mais distante para os egressos da Odontologia. Portanto, observa-se uma lacuna de estudos na Saúde Bucal Coletiva: a discussão do subsistema privado em Odontologia. Não são desenvolvidas muitas pesquisas acerca desse mercado agressivo e invasor que ocupa 70% da utilização dos serviços odontológicos no Brasil.

Outro aspecto relevante é a inserção do cirurgião-dentista na rede pública. Em estudo de PIBIC conduzido em capital do Nordeste houve aumento considerável de profissionais com vínculo precário no intervalo de 2016 a 2017. Assim, o cenário futuro apresenta uma perspectiva de precarização do trabalho. Além disso, discute-se os baixos salários e as péssimas condições de trabalho. O aumento das faculdades de Odontologia resultam em um exército de trabalhadores, de odontólogos, que vão encontrar um setor público sucateado, resultando de um cenário de subfinanciamento e de desmonte de político, a um setor privado inchado com planos de saúde odontológicos de baixa remuneração. Esse contexto torna frágil a discussão com os profissionais sobre o modelo de atenção

que devemos lutar para construir. Deve-se lutar para a garantia do Plano de Cargos e Carreiras dos trabalhadores do SUS compartilhado pelos três níveis de gestão, visto que os municípios não conseguem ofertar melhores salários aos profissionais. Tal realidade não se restringe à Odontologia.

Outro reflexo deste cenário é a dupla inserção dos profissionais no público e no privado, fato este fortalecido com a aprovação da nova PNAB, que flexibiliza a carga horária da atenção básica. Nesse contexto, questiona-se a atuação dos movimentos sindicais para os profissionais do setor privado, visto que, atualmente, o sindicato apresenta maior organização para os dentistas vinculados ao setor público. Ainda assim, no setor público essa representação se restringe aos vínculos efetivos, sendo este outro reflexo da precarização, o risco ou medo de perder o emprego faz com que não haja a organização da categoria quando há a inserção por vínculos precários.

Diante do exposto, a pesquisa em saúde bucal coletiva ainda apresenta algumas lacunas na área de Planejamento, Gestão e Avaliação. Faz-se necessário o desenvolvimento de estudos que auxiliem a tomada de decisão, além da construção de evidências para a atuação profissional. Também são necessárias pesquisas de intervenção articuladas com a avaliação da intervenção. Entretanto, a dificuldade para publicar artigos da área foi um consenso entre os participantes do GT, sendo pensar na criação de uma revista específica da área seria uma forma de disseminar o conhecimento que se produz. No geral, a reunião propôs alguns encaminhamentos para a próxima reunião e sugeriu tópicos de pesquisa.

Considerações finais e encaminhamentos

Atualmente, 70% das faculdades de Odontologia do Brasil são instituições privadas de ensino. Estas instituições foram minoria na VI Reunião de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva, sendo necessário uma aproximação para fortalecer o diálogo e a construção de evidências. Deve-se realizar movimento para que haja o estímulo do desenvolvimento de pesquisas nestas instituições. Além disso, considerou-se importantes as seguintes recomendações:

- 1) Propor e discutir o trabalho da pesquisa articulado com os serviços de saúde;
- 2) Ampliar estudos com foco na gestão dos serviços de saúde bucal;
- 3) Desenvolver evidências sobre a prática de planejamento em saúde bucal e sua articulação com determinantes sociais em saúde bucal;

- 4) Investigar práticas intersetoriais que utilizem a ferramenta do Planejamento para intervenção em saúde bucal;
- 5) Integrar o olhar da clínica odontológica com o da saúde coletiva;
- 6) Estimular a formação político-dialética dos gestores dos serviços de saúde bucal;
- 7) Compartilhar experiências exitosas de estágios curriculares no SUS;
- 8) Desenvolver e disseminar novas ferramentas para uso em nível local;
- 9) Expandir o desenvolvimento de pesquisas de intervenções em saúde bucal;
- 10) Financiar a publicação de trabalhos em revistas de política, planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal para garantir a publicação do conhecimento já acumulado em estudos de intervenção;
- 11) Convidar instituições privadas de ensino para as discussões da saúde bucal coletiva nas próximas reuniões de pesquisa da área;
- 12) Discutir a formação em saúde bucal em instituições privadas de ensino, visando melhorar a articulação com os serviços de saúde;
- 13) Defender a uniformidade dos planos de cargo, carreiras e salários em todas as esferas de governo;
- 14) Recomendar a não-abertura de novas Faculdades de Odontologia no Brasil;
- 15) Defender politicamente os indicadores de saúde bucal;
- 16) Desenvolver melhores indicadores de saúde bucal (com fácil entendimento e utilização).

Como principais perguntas a serem respondidas pelas novas pesquisas na área de saúde bucal coletiva

- 1) Modelos de gestão na saúde bucal;
- 2) Por que não se institucionaliza a avaliação em saúde bucal nos serviços? Quais os fatores para diminuir essas dificuldades?
- 3) Por que não há o uso das ferramentas de gestão, mesmo que elas já estejam disponíveis? Como aplicar essas ferramentas e teorias no nível local?
- 4) Impacto da nova PNAB na saúde bucal (aspectos político, econômico, científico e na integralidade do cuidado) Em que medida os novos cenários podem impactar na política de saúde bucal? Cenário futuro com a aprovação da terceirização

- 5) Entender porquê não fazemos controle social?
- 6) Estudos sobre gestão da clínica;
- 7) Gestão da informação e Gestão da força de trabalho em saúde - formação da equipe de saúde bucal, vínculo, desproporção EqSF e ESB, dupla inserção dos profissionais;
- 8) Estudos com aprofundamento no subsistema privado na saúde bucal - exploração, inserção, precarização e a influência ou ausência do movimento sindical na área odontológica;
- 9) Estudos de Telessaúde em Odontologia;
- 10) Aplicação da Epidemiologia em serviços de saúde e estudos sobre novos indicadores de saúde bucal.

Avaliação de serviços de saúde bucal na atenção básica

Claudia Flemming Colussi

Manoela de Leon Nobrega Reses

Maria Cristina Marino Calvo

Introdução

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada em 2004, apresentou as diretrizes do Ministério da Saúde (MS) para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal para propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado (BRASIL, 2004).

Este documento fundamenta questões importantes sobre a necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde bucal nos serviços públicos, historicamente voltado exclusivamente para o atendimento clínico, individualizado, centrado na doença, com rol de procedimentos limitado, e tratamentos baseados no modelo cirúrgico-restaurador. Esta forma de conduzir a atenção odontológica mostrou-se ineficiente e ineficaz, e dentre seus piores resultados, observa-se no Brasil que mais da metade (53,7%) de sua população idosa é edêntula (PERES *et al.*, 2013).

Dentre os pressupostos desta reorientação no modelo de atenção, o documento aponta (BRASIL, 2004):

Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização; garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a

rede de serviços e como parte indissociável dessa; assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência. [...]

Em outras palavras, o que se compreende é que o campo da Saúde Bucal na Atenção Básica deve garantir o acesso universal, ter qualidade, ser resolutivo, propiciar a integralidade (individual e coletiva, considerando promoção, prevenção e recuperação da saúde) e ser articulado à rede de serviços de saúde.

Para se alcançar esta “imagem-objetivo”, são necessários, além de recursos estruturais e financeiros, adequações no processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal, que fundamentalmente deve ser multiprofissional, interdisciplinar, com base em um planejamento local que considere os aspectos sociais, territoriais e epidemiológicos da população que vive na área de abrangência.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no país como uma das possíveis formas de se operacionalizar a Atenção Básica e tem se mostrado eficaz na transformação do modelo de atenção, através do resgate e fortalecimento tanto de princípios e diretrizes doutrinários do SUS (acesso universal, integralidade, equidade, participação social), quanto de conceitos e valores ligados à Atenção Primária à Saúde (APS), como vínculo, acolhimento, responsabilização, humanização, longitudinalidade e coordenação do cuidado.

Embora o campo conceitual e político tenha trazido grandes avanços para a reflexão sobre como reorganizar a atenção à saúde bucal no SUS, colocar em prática estas mudanças tem sido um grande desafio. Esforços são necessários para que se efetive a ampliação do acesso, o aperfeiçoamento no processo de cuidado, e o planejamento local com base em indicadores sociais e epidemiológicos (CALVO *et al.*, 2012).

O campo da Avaliação dos Serviços de Saúde, neste sentido, pode trazer contribuições importantes, visto que permite identificar acertos e dificuldades, potencialidades e fragilidades, de forma que estas informações subsidiem tomadas de decisões para melhorias, mudanças e correções, de modo a garantir maior acesso e qualidade aos serviços de saúde bucal.

Este capítulo tem como objetivos discutir a importância do processo sistemático de avaliação no campo da saúde bucal como ferramenta para a tomada de decisão e melhoria da qualidade dos serviços prestados; apresentar modelos institucionalizados de avaliação de serviços de saúde bucal na Atenção Básica; e apresentar as etapas do processo avaliativo em saúde bucal.

Desenvolvimento

Avaliação da atenção em saúde bucal

A palavra aVALIAção deriva de *VALIA*, que significa valor. Portanto, avaliar corresponde ao ato de determinar o valor de alguma coisa. Há vários conceitos de avaliação, sendo um dos principais o de Champagne, Contandriopoulos, Brousselle, Hartz e Denis (CHAMPAGNE *et al.*, 2011), que resumidamente coloca que avaliar é emitir um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, que se traduzirá em ações por parte dos diferentes atores envolvidos.

A avaliação faz parte de nossas atividades cotidianas, apesar de se constituir num processo mais subjetivo e não sistematizado. A avaliação a que nos referimos aqui trata-se de uma avaliação com indicadores, critérios e parâmetros objetivamente definidos, de maneira que seus resultados possibilitem o redirecionamento das ações e um melhor desempenho dos serviços de saúde bucal.

Como exemplo, vamos pegar uma situação de uma escola localizada na área de atuação de uma equipe de saúde bucal, na qual foi detectada uma alta prevalência de cárie. Nesse caso, o principal objetivo dessa equipe seria reduzir a prevalência da doença. A partir do planejamento estratégico, seriam definidos os objetivos específicos, e a programação das ações a serem realizadas para atingir esses objetivos. Após a realização das ações planejadas, ou após um tempo de implementação das ações, caso tenham caráter contínuo, é necessário realizar uma avaliação dessa programação, para verificar sua eficácia na redução da prevalência da doença. A avaliação trará informações essenciais para a tomada de decisão quanto a continuidade ou não das medidas adotadas, retroalimentando o planejamento das equipes até que o problema em questão seja solucionado, ou que os objetivos sejam atingidos (figura 1).

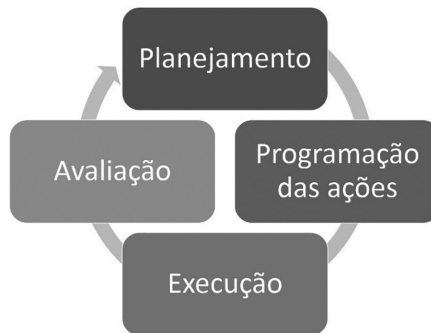


Figura 1 – A avaliação no ciclo do planejamento em saúde Fonte: Elaborado pelas autoras

Diversas avaliações vem sendo realizadas no âmbito da saúde bucal no Brasil, especialmente na atenção básica. Muitas se referem à implantação, inserção, ou incorporação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, algumas destas sob a ótica do usuário, com enfoque na qualidade da atenção à saúde bucal e no acesso (ou acessibilidade) aos serviços (COLUSSI; CALVO, 2012). Profissionais (cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal), coordenadores de saúde bucal, gestores, agentes comunitários de saúde e usuários são os envolvidos nesses processos de avaliação, dependendo do que está sendo avaliado. A figura 2 ilustra alguns dos enfoques da avaliação da atenção em saúde bucal.



Figura 2 – Alguns enfoques da avaliação da atenção em saúde bucal Fonte: Elaborado pelas autoras

Segundo Colussi e Calvo (2012), os estudos que já avaliaram aspectos da atenção em saúde bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família apontam problemas, mesmo nas avaliações de satisfação dos usuários, que costumam ser muito positivas. Os municípios avaliados, em sua maioria, apresentam dificuldades na estruturação da saúde bucal à luz da Estratégia de Saúde da Família, sendo que seus princípios ficam perdidos pela grande demanda reprimida e dificuldades administrativas, distanciando o serviço da proposta de melhoria da qualidade de vida da população. Desse modo, não são detectados avanços no modelo assistencial em saúde bucal após a sua incorporação na ESF. Os usuários, por sua vez, desconhecem a Estratégia Saúde da Família e a inclusão da odontologia, de forma que seus anseios ainda remetem às mesmas questões do sistema tradicional de atenção em saúde bucal. Talvez devido à sua recente inclusão nas equipes de Saúde da Família, as equipes de saúde bucal ainda não contemplem todas as atividades propostas para esse novo modelo de atenção.

Outros problemas detectados foram:

- 1) Falta de capacitação das equipes de saúde bucal;
- 2) Demanda excessiva;
- 3) Precarização das relações de trabalho (baixos salários e vínculos frágeis);
- 4) Baixa qualificação dos profissionais de saúde bucal na área de saúde coletiva;
- 5) Dificuldade dos profissionais de trabalharem em equipe, não havendo integração entre as Equipes de Saúde Bucal com as Equipes de Saúde da Família;
- 6) Dificuldade de mudança do processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas;
- 7) Baixo comprometimento dos profissionais, impedindo a criação de vínculo com a população;
- 8) Inadequação do sistema de referência e contra-referência;
- 9) Não realização ou não utilização de diagnósticos epidemiológicos como instrumentos de trabalho dos profissionais;
- 10) Problemas de infraestrutura dos serviços, comprometendo a qualidade dos mesmos; e
- 11) Baixa qualidade de registros da produção odontológica.

O principal objetivo da avaliação não é apontar problemas, nem identificar responsáveis por aqueles detectados, muito menos punir os envolvidos no que se refere ao programa, serviço, ou ação que estejam sendo avaliados. A partir dos resultados da avaliação observa-se em que aspectos há uma situação favorável ou desejável, e em que aspectos há necessida-

de de redirecionamento das ações (ou dos investimentos) para que haja melhorias, seja na qualidade, ou na implantação, ou no uso dos recursos, dependendo do enfoque da avaliação.

Esse potencial da avaliação de indicar as modificações necessárias tem promovido um aumento na sua utilização nos últimos anos. Desde a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal e da inclusão das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, há uma proposta de reorganização das ações em saúde bucal diferente do que vinha sendo feito até então. Nesse contexto, será que está havendo mudança na prática das equipes de saúde bucal? As equipes de saúde bucal estão atuando na lógica desse modelo de atenção proposto? Os usuários estão satisfeitos com esse modelo? Há impactos promovidos por esse novo modelo de atenção? Os recursos disponíveis são suficientes? Para cada pergunta dessas podemos estruturar uma proposta de avaliação, cujos resultados sustentarão as decisões a serem tomadas a partir de então.

No tópico a seguir encontram-se alguns dos principais estudos de avaliação da saúde bucal na atenção básica com informações resumidas sobre os resultados encontrados. Para saber mais detalhes sobre esses estudos, como os indicadores utilizados, acesse as publicações na íntegra.

Alguns estudos de avaliação da saúde bucal na atenção básica

Mendes (2006), realizou um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência odontológica nas unidades municipais básicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro, buscando informações sobre a prática odontológica e a identificação de fatores explicativos do tempo entre início e conclusão do tratamento odontológico nas referidas unidades. Os dados foram coletados a partir de entrevistas com as chefias de odontologia, com os cirurgiões-dentistas que trabalhavam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e através de análise de prontuários. A autora concluiu que há dois grandes desafios a serem superados: a ampliação da cobertura a todas as faixas etárias e a melhoria da qualidade do registro dos prontuários. Concluiu também que, para melhor conhecimento sobre a qualidade da assistência odontológica, é necessário o uso de diferentes instrumentos de coleta de dados, tendo em vista a complexidade do tema.

O estudo de Mialhe, Oliveira e Silva (2006) teve como objetivo avaliar o acesso e os serviços de saúde bucal segundo a visão dos moradores da Vila Rural Serra dos Dourados (Umuarama/PR). Foi aplicado um questionário abordando há quanto tempo tinha sido a última consulta ao dentista, o local, o motivo, a avaliação do atendimento, educação sobre

saúde e satisfação com as informações recebidas. Os autores concluíram que apesar de a maioria ter avaliado como bom o atendimento recebido, nem todos receberam informações sobre como evitar problemas de saúde bucal, sendo que alguns demonstraram insatisfação quanto às informações recebidas.

Andrade e Ferreira (2006), avaliaram a inserção da odontologia no Programa Saúde da Família (PSF) do município de Pompéu, Minas Gerais, pela percepção do usuário. As principais queixas dos usuários foram relacionadas à presteza no atendimento e à resolutividade do serviço. Como fatores positivos, foram apontados a presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a proximidade da unidade de saúde das suas residências. Como fatores negativos, as desigualdades no acesso, ausência de integralidade, insuficiência de pessoal, insuficiência de recursos financeiros.

Souza e Roncalli (2007) avaliaram a incorporação da saúde bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte, com base na análise de fatores capazes de interferir no processo de mudança dos modelos assistenciais em saúde bucal. Esta avaliação tomou como referência três dimensões: o acesso, a organização do trabalho e as estratégias de programação. Na dimensão do acesso, foram abordados aspectos relacionados às estratégias de territorialização, à cobertura e ao sistema de referência e contra-referência. Na dimensão da organização do trabalho, foi abordada a questão do trabalho em equipe e a intersetorialidade. Na dimensão das estratégias de programação, foi abordada a realização de diagnósticos epidemiológicos, de avaliações das ações individuais e coletivas. Os instrumentos de coleta foram a entrevista estruturada aplicada a gestores e dentistas, a observação estruturada e a pesquisa documental. A maioria dos municípios apresentou pouco ou nenhum avanço no modelo assistencial em saúde bucal. Os autores concluíram que políticas públicas que contemplam aspectos além dos pertinentes ao setor saúde são decisivas para uma real mudança nos modelos assistenciais.

Chaves e Vieira-da-Silva (2007) analisaram em que medida a descentralização da gestão da atenção à saúde tem influenciado a (re)organização dos serviços odontológicos em dois municípios da Bahia, estimando o grau de implantação dos componentes relacionados à organização da atenção à saúde bucal, e formulando uma imagem-objetivo da atenção à saúde bucal. Foi elaborado um modelo lógico com dois níveis de análise: (i) gestão da atenção à saúde bucal (organização do serviço); (ii) práticas desenvolvidas pelos profissionais na atenção básica. Para avaliar a “gestão da atenção à saúde bucal”, foram selecionadas as seguintes dimensões: (a) planejamento e programação; (b) suporte da gestão aos profissionais e às práticas na atenção básica; (c) oferta da assistência odontológica; (d) utili-

zação de serviços; (e) integralidade da atenção em saúde bucal. O grau de implantação da atenção à saúde bucal foi classificado em: incipiente, intermediário, ou avançado, conforme a pontuação alcançada. As autoras concluíram que a descentralização não tem sido acompanhada de melhorias na capacidade de gestão dos serviços odontológicos, apesar do aumento no repasse de recursos financeiros para esta área.

Castro (2007) avaliou a acessibilidade aos serviços de saúde bucal do município de Santa Cruz (RN), enfocando o aspecto organizacional. A partir de entrevistas com os usuários, o autor verificou que 63.3% relataram encontrar algum tipo de dificuldade, principalmente relativas ao agendamento, filas de espera, e atendimento de urgência. O autor conclui que a acessibilidade aos serviços de saúde bucal do município avaliado apresenta-se prejudicada por fatores ligados ao modo de organização dos recursos destinados à assistência à saúde.

Com o objetivo de caracterizar o modelo assistencial de saúde bucal a partir da avaliação e satisfação do usuário, Soares (2007) realizou um estudo no município de Macaíba (RN). A autora encontrou que a satisfação dos usuários foi influenciada pelos seguintes fatores: forma de acesso ao tratamento, atendimento prestado pelo dentista e sua equipe, número de dentistas suficientes para a comunidade e classe social do usuário.

Martelli *et al.* (2008) avaliaram o modelo de atenção à saúde bucal em nove municípios do estado de Pernambuco, a partir do relato dos seus coordenadores de saúde bucal. Foram obtidas informações sobre o modelo de saúde bucal adotado pelo município, suas atividades como coordenador, formação e práticas desenvolvidas pelo cirurgião-dentista inserido na Equipe de Saúde da Família, procedimentos de atenção básica e rede de referência e contra-referência. Os resultados mostraram que dos nove municípios analisados, três enquadram-se na categoria “estruturado”, cinco na categoria “semi-estruturado” e apenas um como “não-estruturado”. Os autores concluíram que a maioria dos municípios apresentava dificuldades na estruturação da saúde bucal, principalmente nas questões relacionadas à incorporação de novas práticas assistenciais e à qualificação profissional dos cirurgiões-dentistas e dos coordenadores de saúde bucal.

Abreu (2008) avaliou a implantação do programa de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina, na zona leste do município de São Paulo, considerando três eixos principais: a verificação do conhecimento dos profissionais sobre as leis, normas e diretrizes de saúde bucal na Atenção Básica; a adequação dos processos de trabalho à legislação; e a adequação da estrutura nos consultórios odontológicos para operacionalização do trabalho de acordo com a legislação. O primeiro eixo teve um percentual de implantação de 87,7%, o segundo de

82%, e o terceiro de 80,5%. A partir desses valores, o autor conclui que o programa de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família está satisfatoriamente implantado.

Colussi (2010) aplicou um modelo de avaliação da qualidade da atenção básica em saúde bucal nos municípios catarinenses, desenvolvido a partir da parceria técnica entre a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e a Universidade Federal de Santa Catarina para a Avaliação da Atenção Básica no estado. A qualidade da gestão municipal na atenção básica foi avaliada sob duas dimensões: Gestão da Saúde Bucal e Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal. Na primeira, estão dispostas quatro subdimensões: atuação intersetorial, participação popular, recursos humanos e infra-estrutura. Na segunda, considerando os princípios de universalidade e integralidade, tem-se duas subdimensões: 'Promoção e Prevenção' e 'Diagnóstico e Tratamento', dentro das quais se encontram categorias segundo os ciclos de vida (criança, adolescente, adulto e idoso). Houve participação de 207 municípios que responderam o formulário (70,6%). Dos 19 municípios sem equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, 16 apresentaram juízo de valor insatisfatório, 2 regular e apenas um satisfatório. Os municípios de maior porte tiveram melhor desempenho do que os de menor porte, fato este atribuído a fatores como melhor registro de informações pelo município, maior cobrança para que haja mudança do modelo assistencial, maior disponibilidade de atenção secundária em saúde bucal, elevada demanda, fazendo com que haja maior necessidade de organização dos serviços, maior presença da intersetorialidade.

Aquilante e Aciole (2005) avaliaram o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) nos municípios do Departamento Regional de Saúde de Araraquara, em São Paulo. Foi aplicado um questionário estruturado aos coordenadores municipais de saúde bucal, entrevistas com gestores e profissionais de saúde bucal, observação dos serviços e sistematização de estatísticas oficiais do Ministério da Saúde, no sentido de avaliar as dimensões da PNSB: (i) Ampliação e qualificação das ações; (ii) Condições de trabalho; (iii) Cuidado; (iv) Acesso; (v) Planejamento e Gestão. Os resultados apontaram que nenhum município alcançou classificação "satisfatória", a maioria (52,6%) obteve classificação "boa"; 42,1% "ruim"; e 5,3% em condição "insatisfatória" de implementação da PNSB. Os autores concluíram que mesmo depois de dez anos do lançamento da política, embora tenham sido identificados avanços no cuidado em saúde bucal e no acesso aos serviços dos diferentes níveis de atenção, os municípios ainda encontram dificuldades para implementar seus pressupostos.

Institucionalização da avaliação da saúde bucal na atenção básica

Na última década, a Atenção Básica (AB) no Brasil passou por inovações importantes, como a adoção da Estratégia Saúde da Família como modelo assistencial e o aumento no investimento para expansão da rede e dos recursos humanos vinculados a esse nível de atenção. Nesse cenário, torna-se imperativo avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações. Sendo assim, a utilização da avaliação passou a se constituir numa ferramenta importante para a qualificação das ações e do cuidado à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade (COLUSSI; CALVO, 2011).

Ao se compreender a avaliação como uma das mais importantes ferramentas de gestão do sistema de saúde, é justo afirmar que esta deva assumir um caráter institucional, ou seja, ela deve estar integrada ao sistema organizacional (FELISBERTO *et al.*, 2012). A institucionalização da avaliação consiste na sua incorporação à rotina dos serviços, como subsidiária ou intrínseca ao planejamento, dando suporte ao direcionamento das ações de saúde num nível mais técnico-operacional e dando suporte à formulação de políticas e aos processos decisórios, num nível mais político-organizacional. Espera-se que os próprios atores que atuam nesses níveis do sistema de saúde sejam os avaliadores, num processo chamado de avaliação interna, ou autoavaliação.

A institucionalização da avaliação dentro do sistema de saúde brasileiro vem sendo alvo de investimentos do Ministério da Saúde há mais de uma década. Uma das primeiras iniciativas de institucionalização da avaliação na atenção básica ocorreu em 2005 com a proposta de **“Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ)**, num cenário pós-implantação da Estratégia, em que a preocupação era a consolidação do modelo pautado em ações que promovessem a atenção com qualidade. Desta forma, o Ministério da Saúde (MS) estruturou a AMQ com o objetivo de estabelecer parâmetros de qualidade para a ESF, utilizando a avaliação como instrumento de gestão e tomada de decisão. Sua metodologia propunha que os próprios atores envolvidos com a estratégia em seus diferentes âmbitos pudessem avaliá-la (BRASIL, 2005). Esta proposta de avaliação consistia em cinco instrumentos de autoavaliação, baseados em padrões de qualidade e dirigidos a atores específicos (gestor municipal da saúde, coordenação da SF, unidade de SF, equipes de SF, e profissionais de nível superior da SF). Esses instrumentos possibilitavam a identificação dos estágios de implantação, desenvolvimento

e qualidade da estratégia em seus diferentes pontos, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população. Os padrões indicando o estágio de qualidade eram ordenados de A a E, de modo que “A” significa qualidade avançada, “B” qualidade boa, “C” qualidade consolidada, “D” qualidade em desenvolvimento e “E” qualidade elementar. A partir desse conhecimento, os gestores, coordenadores e profissionais poderiam elaborar planos de intervenção e propor ações para melhoria da qualidade (BRASIL, 2005; COLUSSI, 2010).

Sem incentivos financeiros, e sem a compreensão dos envolvidos dessa proposta como um instrumento de melhoria da Estratégia, a adesão à AMQ foi muito baixa no país todo. Seguindo na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de atenção básica (AB) e de estimular a ampliação do acesso e da qualidade, o Ministério da Saúde (MS) implantou em 2011 o **Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)**, que atualmente é o maior programa de avaliação da atenção básica institucionalizado no país (BRASIL, 2017).

As equipes de atenção básica, incluindo os NASF-AB, e as equipes dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) de todo o país podem aderir ao programa, e a adesão e participação é voluntária. Após a homologação da adesão, realizada pelo MS, o município passa a receber, mensalmente, mediante transferência fundo a fundo, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), por equipe participante.

Após a contratualização, as equipes e gestores nos três níveis passam a desenvolver um conjunto de ações, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Trata-se do eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ, que possui cinco dimensões: 1 – Autoavaliação; 2 – Monitoramento; 3 – Educação Permanente; 4 – Apoio Institucional e 5 – Cooperação Horizontal.

Desenvolvidas as ações, as equipes passam pelo processo de certificação do PMAQ, que deve ser entendido como um momento de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal/estadual para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. A certificação leva em consideração o desempenho da equipe considerando: 1) a Avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados por um entrevistador in loco; 2) verificação da realização de momento autoavaliativo pelos profissionais das

equipes de atenção básica; 3) avaliação de desempenho do conjunto de indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização.

Até 2017 foram realizados 3 ciclos do PMAQ, que sofreram algumas modificações no processo de certificação das equipes, de modo a aperfeiçoar e melhorar o programa.

O programa possui dois instrumentos de avaliação: o de autoavaliação das equipes (AMAQ), e o de avaliação externa. Ambos conferem às equipes um juízo de valor quanto ao seu desempenho (Figura 3).



Figura 3 – Avaliação no Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) Fonte: Elaborado pelas autoras

O instrumento da AMAQ é composto de duas partes, sendo que a parte II é específica para a equipe de saúde bucal. O instrumento é dividido em duas unidades de análise: gestão, relativa a questões direcionadas à gestão municipal e coordenação de saúde bucal; e equipe de saúde bucal, relativa a questões sobre unidades básica de saúde/consultório odontológico e educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde bucal. (Quadro 1)

Unidade de análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão Municipal	A – Implantação e implementação da Saúde Bucal na Atenção Básica do Município
		B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal
		C – Gestão do Trabalho
		D – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
	Coordenação de Saúde Bucal	E – Apoio Institucional
		F – Educação Permanente
		G – Gestão do Monitoramento e Avaliação
Gestão e equipe de SB	Unidades Básicas de Saúde/ Consultório Odontológico	H – Infraestrutura e Equipamentos
		I – Insumos, instrumentais e medicamentos
Equipe de SB	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal	J – Educação permanente e qualificação das Equipes de Saúde Bucal
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde bucal
		M – Participação, controle social e satisfação do usuário

Quadro 1: Estrutura do instrumento AMAQ – AB: Parte II- Equipe de Saúde Bucal (SB) Fonte: Manual Instrutivo do PMAQ (BRASIL, 2017)

São quatro dimensões que se desdobram em 13 subdimensões, e estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a saúde bucal na atenção básica. Para cada padrão de qualidade a equipe de saúde bucal (ESB) deverá atribuir uma nota de 0 a 10 considerando o seu desempenho em relação ao mesmo. Na AMAQ, qualidade em saúde é definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos

atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores.

O instrumento da AMAQ permite que ao final do processo de autoavaliação a ESB tenha uma planilha com as notas dadas a todos aos padrões de qualidade. Conforme o somatório das notas, as subdimensões e dimensões serão classificadas em Muito Insatisfatório, Insatisfatório, Regular, Satisfatório e Muito Satisfatório. Desta forma a ESB pode definir as áreas que precisam ser melhoradas através de uma matriz de intervenção, que nada mais é do que um plano de ações para melhoria da qualidade dos seus serviços.

O instrumento de avaliação externa das equipes de saúde bucal na AB é composto por três módulos, sendo que o módulo I refere-se a questões estruturais, como horário de atendimento da unidade, ambiência, equipamentos, instrumentais odontológicos, insumos e material impresso; o módulo II refere-se a questões do processo de trabalho em SB, como formação e capacitação dos profissionais, vínculo empregatício, educação permanente, planejamento das ações, reunião de equipe, organização dos prontuários e da agenda, atenção domiciliar e atenção ao câncer de boca, pré-natal, crianças até cinco anos, assim como referência ao serviço especializado; já o módulo III é relativo à caracterização e satisfação do usuário em relação ao serviço de saúde bucal.

No momento de adesão ao programa, entre os compromissos a serem contratualizados pelas equipes de atenção básica e pelas gestões municipais, encontra-se um conjunto de **indicadores** que foi eleito a partir da possibilidade de acesso a informações das equipes, através de coleta de dados nos Sistemas de Informação. Nos dois primeiros ciclos do programa, havia duas categorias de indicadores: os de **desempenho**, vinculados ao processo de certificação e classificação das equipes, e os de **monitoramento**, a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços, sem influenciar na pontuação atribuída às equipes. No terceiro ciclo todos passaram a ser considerados indicadores de monitoramento. Veja abaixo a característica desses indicadores, e no parênteses o ciclo do PMAQ em que foi utilizado:

Indicadores de desempenho

- 1) **Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada:** O indicador permite avaliar ações de prevenção da cárie dental pela adoção de hábitos saudáveis, a partir do estímulo a escovação com cremes dentais com flúor (ciclos 1 e 2).

2) Cobertura de primeira consulta odontológica programática: Este indicador reflete a proporção de pessoas que tiveram acesso ao tratamento odontológico do programa de saúde bucal desenvolvido pela equipe. Por meio dessa consulta odontológica programática o indivíduo ingressa no programa, a partir de uma avaliação / exame clínico odontológico realizado com a finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico - PPT (ciclos 1,2 e 3).

3) Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante: proporção de gestantes cadastradas pela equipe que tiveram acesso a atendimento odontológico. Este indicador expressa a cobertura de gestantes com acompanhamento odontológico em realizada pelo cirurgião-dentista às gestantes cadastradas, visando, principalmente, prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem estar da gestante (ciclos 1 e 2).

4) Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas: Este indicador mede a relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. Permite avaliar se a equipe mantém uma boa relação entre acesso tratamentos concluídos), ou seja, em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados. Considerando a fórmula de cálculo desse indicador, temos duas possibilidades: a) Resultado menor que 1 (um): indica que o número de tratamentos concluídos foi menor do que os tratamentos iniciados. Porém, quando esse resultado é muito menor do que 1, isso pode apontar dificuldade de conclusão dos tratamentos iniciados. b) Resultado maior que 1 (um): indica que tratamentos estão sendo concluídos sem que novos tratamentos sejam iniciados. Essa situação aponta para uma possível falha na capacidade de promover acesso a novos pacientes (ciclos 1,2 e 3).

Indicadores de monitoramento

1) Média de instalações de próteses dentárias: Permite visualizar quanto da demanda de reabilitação de prótese dentária está sendo atendida (ciclos 1 e 2).

2) Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante: A equipe de Saúde Bucal precisa estar apta a oferecer o primeiro atendimento aos casos de urgência odontológica. Para

tanto, deve desenvolver estratégias de acolhimento e planejamento de acordo a demanda para as ações de odontologia (ciclos 1 e 2).

3) Taxa de incidência de alterações da mucosa oral: expressa os casos novos de alterações da mucosa oral diagnosticados pela equipe de saúde bucal na população cadastrada, avaliando, em alguma medida, a integralidade do atendimento em saúde bucal na Atenção Básica, isto é, o quanto a equipe está mobilizada para a avaliação e diagnóstico precoce de alterações da mucosa oral (ciclos 1 e 2).

4) Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal: mede o quantitativo de serviços ofertados em Saúde Bucal para a população em relação ao total de serviços de saúde bucal que se espera realizar (ciclo 3).

Uma vez que a equipe seja certificada, o gestor municipal passa a receber valores diferenciados do Componente de Qualidade do PAB Variável, conforme o seu desempenho. Quanto melhor o desempenho, maior o recurso financeiro repassado ao município.

O PMAQ trouxe uma nova perspectiva para os serviços de saúde bucal na atenção básica, impulsionando a mudança do modelo assistencial, e incentivando o uso da avaliação e da autoavaliação como ferramentas para o reconhecimento das potencialidade e dificuldades, e como subsidiárias ao planejamento das ações das equipes. Tudo isso atrelado a um aumento dos investimentos na atenção básica, que também favorece a melhoria da qualidade dos serviços.

Para saber maiores detalhes sobre o PMAQ, acesse o link:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php

Lá você terá acesso a todos os manuais, notas metodológicas, instrumentos de avaliação, listas de certificação das equipes e bancos de dados do programa.

Etapas do processo avaliativo

Ao iniciar um processo de avaliação, há diversos aspectos a serem considerados que nortearão a forma como este processo será conduzido, incluindo as técnicas e instrumentos que serão utilizados, conforme o objetivo dessa avaliação. A seguir, esses aspectos estão sistematizados em etapas (Figura 4) que podem auxiliar aqueles que se dispõem a conduzir um processo avaliativo tendo como objeto a saúde bucal na atenção básica.

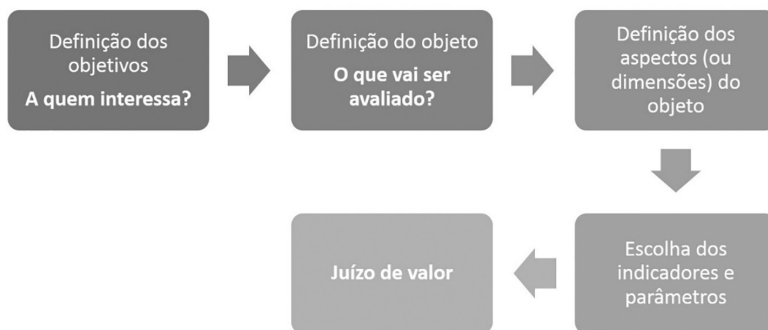


Figura 4 – Principais etapas do processo avaliativo Fonte: Elaborado pelas autoras

A primeira etapa da avaliação consiste em identificar **quem são os interessados na avaliação**. Trata-se de uma avaliação para a gestão? Para os profissionais? Ou para os usuários do serviço? Uma avaliação solicitada pelo gestor terá como objetivos a investigação de aspectos como a qualidade dos serviços, a cobertura, os custos, o acesso e a satisfação da população, o alcance de metas pactuadas, a relação entre oferta e demanda, a satisfação do trabalhador, entre outros. O Coordenador de Saúde Bucal poderá estar preocupado com questões técnicas relativas ao processo de trabalho, como rendimento, produtividade, atendimento de protocolos e alcance de metas. O Cirurgião Dentista da equipe de saúde bucal estará voltado para as condições de trabalho, cumprimento de agenda, capacidade técnica e operacional para realização das ações, efetividade ou eficácia de programas implantados, condições de saúde da população, dentre outras questões ligadas diretamente à execução das ações. E para a população, o interesse estará na qualidade, acessibilidade, resolubilidade, acolhimento.

Na segunda etapa define-se **o que vai ser avaliado**. Considerando-se como objeto de avaliação a saúde bucal na atenção básica, há que se definir **o que** da saúde bucal na atenção básica será abordado nessa avaliação. Pode-se avaliar desde a efetividade de uma ação preventiva – como a redução de placa bacteriana em crianças que fazem escovação supervisionada em determinada escola– até o impacto das ações das Equipes de Saúde Bucal na saúde bucal da população. A definição do objeto de avaliação em saúde bucal deve contemplar os objetivos do interessado na avaliação, sempre considerando os princípios do SUS e os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS).

No quadro 2 estão sistematizados alguns possíveis objetivos da avaliação dos serviços de saúde bucal, com exemplos de perguntas que podem ser respondidas a partir dessa avaliação.

Objetivo	Pergunta
Avaliação da cobertura	Os recursos disponíveis são suficientes para atender às necessidades dos usuários do serviço?
Avaliação da acessibilidade	Os usuários tem facilidade na utilização do serviço?
Avaliação da eficácia	Os objetivos e metas do serviço estão sendo atingidos?
Avaliação da eficiência	O serviço está produzindo bons resultados com o menor custo possível?
Avaliação de impacto	O serviço modificou o estado de saúde bucal dos usuários atendidos?
Avaliação de implantação	O serviço está sendo operacionalizado conforme foi concebido?
Avaliação da percepção dos usuários	Os usuários estão satisfeitos com o serviço?

Quadro 2 – Objetivos da avaliação e possibilidade de pergunta avaliativa relacionada ao objetivo
Fonte: Elaborado pelas autoras

Se o objetivo for avaliar a qualidade do serviço, o referencial de Donabedian (1980) torna-se bastante útil na identificação dos aspectos que serão avaliados. O autor estabeleceu a tríade estrutura-processo-resultado, na qual a **estrutura** refere-se aos elementos estáveis da instituição, ou seja, avalia-se a área física, recursos humanos, materiais e financeiros; os **processos** referem-se aos elementos constitutivos das práticas propriamente ditas, relacionados com tudo que medeia a relação profissional-usuário; os **resultados** referem-se às mudanças relacionadas com conhecimento e comportamento, ou com o estado de saúde do paciente e as consequências e efeitos obtidos no cuidado da população, bem como a satisfação do usuário e do profissional envolvidos na assistência. Na figura 5 são ilustrados alguns exemplos de aspectos da estrutura, processo e resultado que podem ser avaliados nos serviços de saúde bucal na atenção básica. Não é necessário avaliar todos esses aspectos; dependendo do objeto e principalmente do objetivo da avaliação, apenas um deles pode ser abordado. Os estudos avaliativos em saúde bucal têm abordado, em sua maioria, aspectos da estrutura e processo, dada a maior complexidade de avaliação dos resultados.

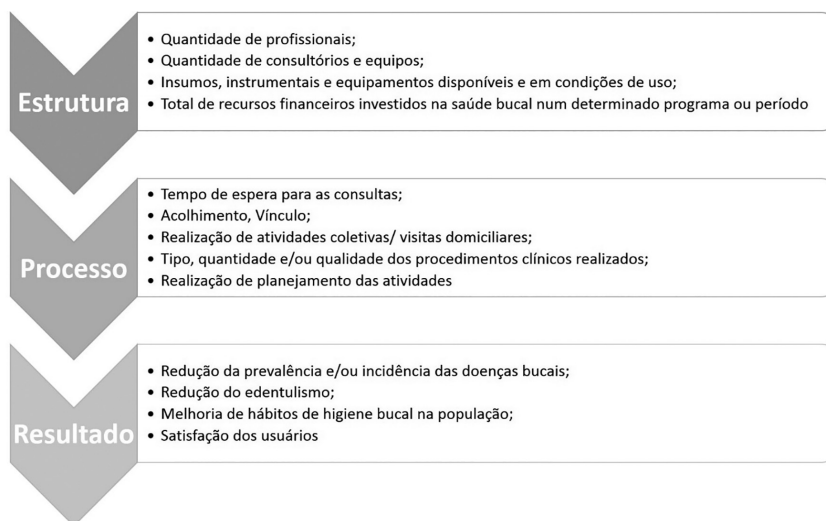


Figura 5 – Aspectos da tríade de Donabedian (Estrutura, Processo e Resultado) que podem ser avaliados nos serviços de saúde bucal na atenção básica Fonte: Elaborado pelas autoras

Ainda na etapa de definição do objeto a ser avaliado, inicia-se a construção de uma matriz de avaliação, que consiste na sistematização dos aspectos (ou dimensões do objeto) que serão avaliados de acordo com a escolha dos critérios que orientarão o processo de avaliação (eficácia, efetividade, eficiência, qualidade, etc.). No quadro 3 encontra-se alguns exemplos de objetos de avaliação e suas respectivas dimensões de análise. As dimensões ainda podem ser divididas em subdimensões, que facilitam a compreensão do objeto e a estruturação do processo avaliativo. Observa-se que as dimensões estrutura/processo/resultado foram estabelecidas para avaliar a **qualidade do serviço de saúde bucal** em uma Unidade Básica de Saúde. Se o critério fosse a **eficácia**, ao invés da qualidade, outras dimensões que permitissem a avaliação do cumprimento das metas do serviço deveriam ser estabelecidas.

Objeto	Dimensões	Subdimensões
Qualidade do serviço de saúde bucal em uma Unidade Básica de Saúde	Estrutura Processo Resultado	-
Satisfação dos usuários com o serviço de Saúde Bucal de uma Unidade Básica de Saúde	Estrutura	-
	Acesso	Geográfico
		Marcação de consultas
	Acolhimento/Vínculo	-
Eficácia de um programa de Saúde Bucal em escolares	Atividades coletivas	Realização das atividades
		Percepção escolares
	Atividades ambulatoriais	Realização das atividades
		Percepção escolares

Quadro 3 – Exemplos de possíveis aspectos a serem avaliados no contexto da Saúde Bucal na Atenção Básica, com propostas de dimensões e subdimensões de análise. Fonte: Elaborado pelas autoras

A próxima etapa consiste na escolha dos indicadores de avaliação. Esses indicadores podem ser de diferentes naturezas, como binários (sim/não) ou numéricos (razões, taxas, coeficientes), e podem ter como fonte de informação dados primários ou secundários. Dados primários são aqueles que serão coletados especificamente para a avaliação, por meio de questionários, entrevistas, observação, busca em prontuários, etc. Dados secundários são aqueles que se encontram disponíveis para consulta em bancos de dados oficiais do Ministério da Saúde (DATASUS), ou outro sistema de informação local. O avaliador pode escolher indicadores já existentes e conhecidos, ou pode elaborar seus próprios indicadores, conforme o objeto que está sendo avaliado e o objetivo da avaliação. A partir dos exemplos ilustrados no quadro 3, observe alguns possíveis indicadores que poderiam ser utilizados nas avaliações propostas (quadro 4).

Objeto		Qualidade do serviço de saúde bucal em uma Unidade Básica de Saúde
Dimensões		Indicadores
Estrutura		1) Cobertura populacional (relação ESB/habitante) 2) Paralisação no atendimento por mais de 2 dias consecutivos por problemas de manutenção dos equipamentos no último semestre/ano 3) Falta de luvas descartáveis no último semestre/ano 4) Existência de sistema informatizado para registro das informações em prontuário eletrônico
Processo		1) Tempo de espera para acesso à consulta odontológica 2) Tempo de espera na unidade para o atendimento 3) Realização de reuniões semanais de planejamento das ações pela equipe de Saúde Bucal 4) Realização de Tratamento Completado (TC)
Resultado		1) Redução do índice CPOD/CPI em adultos (20-59 anos) no último biênio/triênio 2) Redução do número de exodontias em dentes permanentes realizadas no último biênio/triênio 3) Redução do IHOS nos pacientes adultos que realizaram TC no último semestre/ano
Objeto		Satisfação dos usuários com o serviço de Saúde Bucal de uma Unidade Básica de Saúde
Dimensões		Indicadores
Estrutura		1) Condições de ventilação ou climatização do consultório odontológico (PMAQ) 2) Condições de limpeza do consultório odontológico PMAQ
Acolhimento/Vínculo		1) Acesso a atendimento sem consulta marcada 2) Equipe de referência (é sempre atendido pelo mesmo profissional?)
Acesso	Geográfico	1) Tempo de deslocamento até a unidade de saúde
	Consultas	1) Tempo de espera para acesso à consulta odontológica/Tempo de espera na unidade para o atendimento 2) Forma de agendamento (telefone, internet, presencial, fila)
Objeto		Eficácia de um programa de Saúde Bucal em escolares
Dimensões		Indicadores
Atividades coletivas		
Realização das atividades		1) Percentual de crianças do programa que realizaram escovação supervisionada 2) Percentual de crianças do programa que participaram de atividades educativas 3) Total de atividades realizadas/Total de atividades programadas
Resultados		1) Número de crianças que recusaram participar de atividades coletivas 2) Redução do IHOS

>>

Atividades ambulatoriais	
Realização das atividades	1) Número de crianças examinadas para classificação de risco 2) Percentual de crianças encaminhadas para atendimento ambulatorial que tiveram TC
Resultados	1) Número de crianças que recusaram participar de atividades ambulatoriais 2) Redução da proporção de escolares classificados como alto risco

Quadro 4 – Objeto de avaliação, dimensões/subdimensões de análise, e indicadores Fonte: Elaborado pelas autoras

No exemplo acima, procure identificar a natureza dos indicadores propostos. São indicadores com fontes de dados primários ou secundários? No primeiro objeto (Avaliação da qualidade do serviço de saúde bucal em uma Unidade Básica de Saúde), o indicador “Paralisação no atendimento por mais de 2 dias consecutivos por problemas de manutenção dos equipamentos no último semestre/ano” geralmente não está disponível em bancos de dados para consulta, portanto, essa informação terá que ser coletada através de entrevista com a coordenação do serviço ou com os profissionais que trabalham no local, por exemplo. Já o indicador “Redução do número de exodontias em dentes permanentes realizadas no último biênio” pode ser obtido através de consulta no Sistema de Informações Ambulatoriais do DATASUS, ou no sistema informatizado do município (se existente), tratando-se de um dado secundário.

A quantidade de indicadores a ser utilizada no processo avaliativo será determinada pelo avaliador, lembrando que o indicador trata-se de uma medida-síntese, sendo representativo de uma dimensão de análise, e a utilização de um número excessivo de indicadores faz com que, no conjunto, eles percam sua sensibilidade na avaliação. Portanto, deve-se utilizar o bom senso na escolha do tipo e quantidade de indicadores, selecionando aspectos mais importantes de cada dimensão. Por exemplo, ao avaliar a estrutura de um serviço de saúde bucal, não é necessário verificar a disponibilidade de todos os insumos e equipamentos que se espera encontrar nos consultórios; o avaliador deve eleger um ou dois que sejam representativos dos demais, entendendo que se estes não estão presentes, a estrutura para o atendimento fica comprometida.

Definidos os indicadores, é necessário estabelecer os parâmetros que orientam o julgamento em cada indicador. Para os indicadores binários (sim/não) é estabelecida a situação esperada: sim=bom; não=ruim; ou o inverso, como no caso do indicador “Falta de luvas descartáveis no último semestre/ano” (sim=ruim; não=bom). No entanto, a definição dos parâmetros nem sempre é tarefa fácil, principalmente para indicadores numéricos, pois há poucos parâmetros já estabelecidos e conhecidos/

publicados. Por exemplo: Qual percentual de cobertura populacional é adequado? Qual é a média de consultas por ano esperada? Qual o tempo de espera para marcação de consultas aceitável? Quantas crianças devem participar de ações coletivas em saúde bucal? Quando existem metas pactuadas ou legislação orientando a ação, elas podem orientar a definição do parâmetro (como a cobertura populacional das equipes de saúde bucal). Outras formas de definir os parâmetros são a partir de tendências ou séries históricas do indicador, opiniões de experts, ou achados de investigações anteriores. Mas, em muitos casos, o parâmetro será definido pelo próprio avaliador. O importante é haver explicação e justificativa consistentes para a seleção do indicador e para definição do seu parâmetro. No quadro 5 foram utilizados alguns dos indicadores propostos no quadro 4 para ilustrar possibilidades de parâmetros que podem ser utilizados, de acordo com a natureza do indicador (binário ou numérico). Para o indicador de “Cobertura populacional”, foi utilizado o parâmetro do Ministério da Saúde para as Equipes de Saúde da Família de uma equipe para cada 3 mil habitantes. Já para o indicador “Tempo de espera para acesso à consulta odontológica”, não há parâmetros já definidos ou estabelecidos, e portanto foi definido pelo avaliador. Este parâmetro pode ser inadequado para serviços com alta demanda e baixa cobertura de atendimento odontológico, e portanto precisa ser adaptado de acordo com as diferentes realidades e localidades.

Indicadores binários	Parâmetros
Paralisação no atendimento por mais de 2 dias consecutivos por problemas de manutenção dos equipamentos no último semestre/ano	Sim = Ruim Não=Bom
Falta de luvas descartáveis no último semestre/ano	Sim = Ruim Não=Bom
Existência de sistema informatizado para registro das informações em prontuário eletrônico	Sim = Bom Não= Ruim
Realização de reuniões semanais de planejamento das ações pela equipe de Saúde Bucal	Sim = Bom Não= Ruim
Realização de Tratamento Completado (TC)	Sim = Bom Não= Ruim
Indicadores numéricos	Parâmetros
Tempo de espera para acesso à consulta odontológica	0-14 dias=Bom 15-30 dias=Regular Mais de 30 dias=Ruim
Tempo de espera na unidade para o atendimento	0-30 min=Bom 31-50 min=Regular Mais de 50 min=Ruim

>>

Cobertura populacional (relação ESB/habitante)	3.000 hab ou menos por equipe= Bom Mais de 3.000 a 4.500 hab por equipe = Regular Mais que 4.500 hab por equipe = Ruim
Percentual de crianças do programa que realizaram escovação supervisionada Percentual de crianças do programa que participaram de atividades educativas	75-100% = Bom 50-74% = Regular Menos de 50% = Ruim
Total de atividades realizadas /Total de atividades programadas (x100)	Mais de 85%=Bom 70-85%=Regular Menos de 70% = Ruim

Quadro 5 – Exemplos de parâmetros que podem ser estabelecidos para indicadores binários e numéricos Fonte: Elaborado pelas autoras

Finalizada a matriz com suas dimensões, subdimensões e seus respectivos indicadores e parâmetros, procede-se a coleta dos dados e posterior cálculo e análise dos indicadores.

A última etapa do processo avaliativo é a emissão do juízo de valor, que é um julgamento fundado nos conhecimentos necessários sobre o objeto avaliado, ou “uma afirmação qualitativa, sobre um dado objeto, a partir de critérios preestabelecidos”. Desse modo, o juízo de valor está sujeito à especificidade ao que se destina o processo avaliativo e seu objeto (CALVO *et al.*, 2012).

Quando são estabelecidos os parâmetros de cada indicador, de certa forma está sendo atribuído um juízo de valor para o indicador. Porém, o juízo de valor a ser estabelecido refere-se ao objeto avaliado e não ao indicador utilizado para esse fim. Por exemplo, ao avaliar a “Qualidade do serviço de saúde bucal em uma Unidade Básica de Saúde”, pode-se concluir que a mesma é “boa/regular/ruim”, ou “satisfatória/insatisfatória”. Mas como chegar nesse juízo de valor do objeto, que nesse caso era a qualidade do serviço? Há muitas maneiras de fazê-lo. Veja na figura 6 o esquema da proposta de avaliação da “Qualidade do serviço de saúde bucal em uma Unidade Básica de Saúde” apresentada no quadro 4. Há três dimensões: estrutura (4 indicadores), processo (4 indicadores) e resultado (3 indicadores), com um total de 11 indicadores.

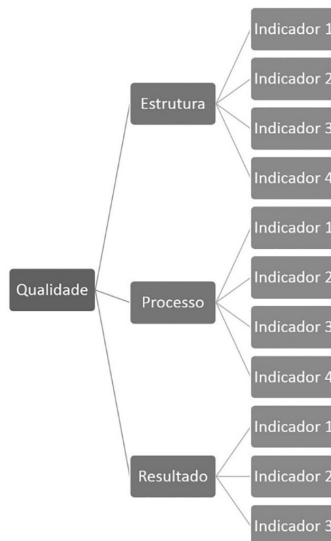


Figura 6 – Esquema da proposta de avaliação da “Qualidade do serviço de saúde bucal em uma Unidade Básica de Saúde” Fonte: Elaborado pelas autoras

O ideal é que seja estabelecido um juízo de valor para cada dimensão, e um juízo de valor final, conforme esquematizado na figura 7.

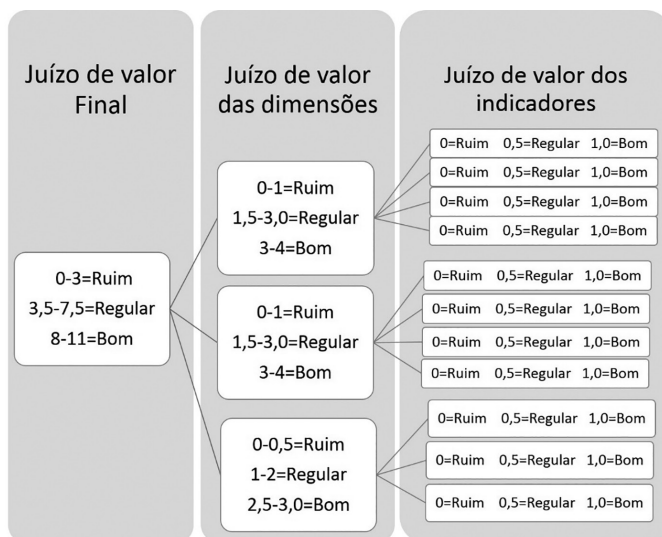


Figura 7 - Juízo de valor dos indicadores, subdimensões e dimensões da avaliação da qualidade proposta Fonte: Elaborado pelas autoras

Na figura 7, o processo de pontuação para emissão do juízo de valor ocorre da direita para a esquerda, ou seja, dos indicadores para as dimensões. Nesse caso, primeiramente foi estabelecida uma pontuação para os indicadores conforme o juízo de valor atribuído ao mesmo quando foram estabelecidos os parâmetros:

Ruim=0 (zero)

Regular=0,5

Bom=1,0(um)

Os indicadores binários ficam com valores zero ou um, já que não tem o juízo de valor intermediário. Para cada dimensão, soma-se esses valores atribuídos aos indicadores. Nas dimensões “estrutura” e “processo”, a soma dos valores pode variar de zero a quatro, já que tem 4 indicadores, e na dimensão “resultado” pode variar de zero a três. A partir disso, estabeleceu-se o juízo de valor para as dimensões. Com um juízo de valor para cada dimensão, o serviço avaliado pode ter uma boa estrutura, um processo regular e resultados ruins, por exemplo. A soma dos valores das três dimensões resultará num valor que varia de zero a 11, e a partir desse intervalo de valores, foi estipulado o juízo de valor final.

Há muitas outras maneiras de fazer essa quantificação para estabelecer o juízo de valor, não há fórmulas ou regras. É importante destacar que aqui nesse exemplo todos os indicadores tiveram o mesmo peso, ou seja, foram considerados igualmente importantes para a avaliação da qualidade. Também as dimensões ficaram com os valores equivalentes à soma de seus indicadores. É possível estabelecer pesos diferenciados para os valores dos indicadores, dimensões ou subdimensões que se considere mais importantes.

Conheça outras formas de montar uma matriz de julgamento para emissão do juízo de valor, acessando as publicações:

Scalco, Lacerda e Calvo (2010) <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n3/17.pdf>

Henrique e Calvo (2008) <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/11.pdf>

A avaliação terá seus resultados influenciados pelas concepções e práticas de saúde, pelos parâmetros e critérios adotados, pelos valores e motivações dos envolvidos e pelo aspecto do objeto que está sendo avaliado. Isso porque a avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, mas principalmente um processo de **negociação entre atores sociais**, mediado por relações de poder. Por isso é fundamental que se estabeleçam mecanismos

que assegurem a participação democrática dos envolvidos, de modo que se torne um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades (CALVO; HENRIQUE, 2006).

Perspectivas e desafios

A institucionalização de processos avaliativos na atenção em saúde bucal, tendo como objeto os programas, serviços, ou ações, é um importante passo a ser dado pelos profissionais, coordenadores e gestores que atuam na área.

Um dos principais obstáculos à implementação de processos avaliativos em saúde bucal é a baixa qualidade das informações disponíveis nos bancos de dados, uma vez que os indicadores de avaliação invariavelmente envolvem a utilização desses dados.

De acordo com Narvai (1996), os gestores do SUS em todos os níveis de governo são os principais responsáveis pelas informações geradas nos sistemas de informação, que são imprescindíveis à avaliação e à tomada de decisões. Bons sistemas de informação são necessários, porém, não garantem dados confiáveis para a avaliação, se não estiverem vinculados a um contexto organizacional de acompanhamento e controle legitimados e voltados à melhoria do desempenho institucional e profissional.

Scocchi (1994) coloca que “às vezes a qualidade da informação é proporcional à qualidade da assistência, mas na ausência do registro da informação é difícil fazer inferências sobre a qualidade”. Não que a informação seja a solução dos problemas vividos pela rede de assistência, mas as informações existentes precisam ser conhecidas e analisadas, para aprimorar a qualidade da assistência.

Os dados gerados pelas ações em saúde bucal precisam ser mais valorizados e devidamente registrados, a despeito do que é solicitado nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde.

Outro desafio é o envolvimento dos profissionais com os processos avaliativos, que exige tempo para a sua estruturação e discussão, o que os afasta das suas atividades rotineiras em alguns momentos, num cenário de alta demanda pelos serviços odontológicos.

A avaliação retroalimenta o planejamento em saúde, fornecendo informações preciosas para o redirecionamento de ações que efetivamente tenham impacto na melhoria da situação de saúde bucal da população, e portanto, deve ser vista pela gestão e pelos profissionais como um investimento e não como um gasto de recursos e tempo.

Conclusão

Embora avanços significativos na efetivação da atenção primária à saúde no Brasil tenham ocorrido nas últimas décadas, os estudos de avaliação em saúde bucal apresentados neste capítulo demonstram que ainda há muito por ser feito em termos de qualificação da atenção e ampliação do acesso.

Neste contexto, a prática institucionalizada da avaliação dos serviços de saúde pode contribuir para a melhoria do processo de trabalho das equipes, e como instrumento de gestão para tomada de decisões.

A grande variedade de possibilidades em termos de perguntas avaliativas, de métodos de coleta e análise de dados, de seleção e indicadores e de definição de parâmetros de julgamento permite que a avaliação possa ser realizada das formas mais simples às mais complexas, a depender do objeto, dos objetivos e dos interessados.

Garantir que os processos sistemáticos de planejamento e avaliação dos serviços sejam realizados no âmbito da saúde bucal coletiva é condição indispensável para o alcance da mudança no modelo de atenção e para a garantia de serviços qualificados, resolutivos, e acessíveis à população.

<i>Título</i>	Formação de pessoas e produção do conhecimento em saúde bucal coletiva: frente aos caminhos do SUS
<i>Organizadores</i>	Paulo Sávio Angeiras de Goes Nilcema Figueiredo Petrônio José Martelli Edson Hilan de Lucena Gabriela Silveira Gaspar Raquel Santos Carolina Dantas R.X. de Lucena
<i>Projeto Gráfico/Capa</i>	Regianne Andrade
<i>Formato</i>	15,5 x 22,0 cm
<i>Fontes</i>	Montserrat, Crimson Text
<i>Papel</i>	Offset 75g/m ² (miolo) Triplex 250 g/m ² (capa)
<i>Tiragem</i>	200 exemplares - 2019
<i>Impressão e Acabamento</i>	Editora UFPE