BRUNA CRISTINA SCAPIM DA SILVA

A particularidade da atenção à saúde bucal nos ambulatórios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo sob a ótica do Serviço Social

São Paulo

2018

BRUNA CRISTINA SCAPIM DA SILVA

A particularidade da atenção à saúde bucal nos ambulatorios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo sob a ótica do Serviço Social

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Botazzo

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Silva, Bruna Cristina Scapim da.

A particularidade da atenção à saúde bucal nos ambulatorios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo sob a ótica do Serviço Social / Bruna Cristina Scapim da Silva; orientador Carlos Botazzo -- São Paulo, 2018.
101 p. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Pós-Graduação Interunidades em Formação Interdisciplinar em Ciências da Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original

1. Saúde bucal. 2. Acesso. 3. Integralidade em saúde. 4. Odontologia. 5. Serviço social. 6. Interdisciplinaridade. I. Botazzo, Carlos. II. Título.

Silva BCS. A particularidade da atenção à saúde bucal nos ambulatorios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo sob a ótica do Serviço Social. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Interunidades, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: / /

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof.(a). Dr.(a) _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

*Dedico este trabalho à minha família,
meu alicerce e meu bem maior!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir vivenciar todo esse processo que foi o Mestrado, conhecer pessoas incríveis e compartilhar momentos inesquecíveis.

Agradeço a minha família por estar sempre ao meu lado, por apoiar-me e incentivar-me na busca por novos conhecimentos. Em especial, ao meu marido, Flávio, meu parceiro de vida, pelo companheirismo, paciência e incentivo para que eu concluísse essa jornada. Obrigada por cuidar tão bem de mim!

Agradeço aos meus amigos, particularmente Ari e Zé, Dri e Elton e Paola e Gui, por cada palavra de incentivo e pelo carinho e paciência nos dias mais difíceis. Ari, obrigada pelas várias noites de conversas, mensagens, incentivos, trocas e conselhos, todas foram essenciais para que eu chegasse até aqui. Dri, obrigada pela força e companheirismo em todos esses anos de convívio diário e principalmente por todo apoio e ajuda nessa reta final. Paola, obrigada pelas nossas sessões de “terapia”, por acreditar em mim e por dizer-me todos os dias que eu conseguiria. Vocês são anjos na minha vida.

Agradeço às profissionais que prontamente se dispuseram a participar e enriquecer essa pesquisa com o relato de suas vivências e trabalho nas universidades. Muito obrigada pela colaboração, carinho e acolhimento.

Agradeço à Banca por aceitar o convite e se disponibilizar a contribuir com esse trabalho.

Concluo meus agradecimentos destacando minha gratidão especial ao meu orientador, meu querido Botazzo, por ser tão presente e ao mesmo tempo me deixar voar com as minhas próprias asas. Sou grata por todo conhecimento compartilhado e pelos ensinamentos de vida que você me proporcionou. Foi uma honra tê-lo comigo nessa caminhada.

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um *ato*; é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff

RESUMO

Silva BCS. A particularidade da atenção à saúde bucal nos ambulatorios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo sob a ótica do Serviço Social [dissertação de mestrado profissional]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Versão Original.

O objetivo deste trabalho é discutir o acesso e a integralidade do cuidado em saúde bucal nos ambulatorios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo sob a ótica dos assistentes sociais inseridos nesses espaços. Para isso, optou-se pela pesquisa qualitativa, com a utilização de três instrumentos de coleta: entrevista semiestruturada, observação participante e diário de campo. Os participantes da pesquisa foram quatro assistentes sociais e uma supervisora técnica de seção das faculdades de odontologia implicadas. Como método de análise das falas foi utilizada a hermenêutica-dialética e observou-se que o usuário ainda encontra dificuldades para acessar os serviços disponibilizados pelos ambulatorios dessas faculdades, seja pela forma como está organizada a prática clínica, seja pela capacidade de absorção reduzida quando comparada à grande demanda ou pelos valores cobrados por alguns tratamentos *versus* a escassez de recursos vivenciada pela maioria dos usuários desses serviços. Outro problema constatado foi a falta de fluidez entre os serviços oferecidos, pautados apenas nas necessidades das disciplinas curriculares, o que impossibilita ao usuário ter todas as suas necessidades de saúde bucal atendidas, ficando à mercê de um atendimento fragmentado, ainda muito focalizado em práticas odontológicas individualizadas e tecnicistas, que não permitem enxergar o usuário em sua totalidade. Neste contexto, destaca-se a importância do trabalho do assistente social, sobretudo quando somado ao trabalho de outros profissionais em uma equipe interdisciplinar, para romper com essa realidade e contribuir com a formação de cirurgiões-dentistas comprometidos com as demandas sociais e de saúde bucal, com enfoque na integralidade do cuidado. O que se almeja é uma saúde bucal que seja, de fato, pública, gratuita e de qualidade.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Acesso. Integralidade do cuidado. Odontologia. Serviço Social. Interdisciplinaridade.

ABSTRACT

Silva BCS. The particularity of oral health care in the outpatient clinics of public dental schools in the state of São Paulo from the perspective of the Social Work. [professional dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Versão Original.

The aim of this study is to discuss the access and integrality of oral health care in the outpatient clinics of public dental schools in the state of São Paulo, Brazil, under the perspective of social workers inserted in these spaces. That is the reason why the qualitative research was chosen, with the use of three collection tools: semi-structured interview, participant observation and field diary. The participants of the study were four social workers and a technical supervisor from the participating dental schools. As a method of speech analysis, dialectic hermeneutics was applied, and it was observed that the population still has difficulties to access the services offered by the outpatient clinics of those school, either by the reduced absorption capacity when compared to the great demand, or by the price charged by some treatments *versus* the lack of resources experienced by the majority of users of the services. Another identified problem was the lack of fluency in the offered services, based only on the needs of the curricular subjects, which makes it impossible for the user to have all his/her oral health needs met, being at the mercy of a fragmented care, very focused on individualized and technical Dentistry, that do not allow to observe the user in its totality. In this context, the importance of the work of the social worker is highlighted, especially when added to the work of other professionals in an interdisciplinary team, to break with this reality and contribute to the training of dental surgeons committed to the social and oral health demands, with emphasis on integral care. What is desired is an oral health that is effectively public, provided free of charge and of quality.

Keywords: Oral Health. Access. Integrality of care. Dentistry. Social Work. Interdisciplinarity.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
ATM	Articulação Temporomandibular
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DTM	Disfunção Temporomandibular
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENESSO	Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
LOS	Lei Orgânica da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Terapia Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICAMP	Universidade de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	SAÚDE, REFORMA SANITÁRIA E SAÚDE BUCAL: AVANÇOS E DESAFIOS FRENTE À ATUAL CONJUNTURA	15
2.2	A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA E O ENSINO DA “PRÁTICA”	22
2.3	O SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO COLETIVO: BUSCANDO A INTEGRALIDADE NA SAÚDE	25
3	OBJETIVOS	34
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS AMBULATÓRIOS E DOS SERVIÇOS OFERECIDOS À POPULAÇÃO	40
5.2	ENTRE IDAS E VINDAS: O PERCURSO DOS USUÁRIOS NOS AMBULATÓRIOS	42
5.2.1	Quem são os usuários atendidos nos ambulatorios?	42
5.2.2	O acesso dos usuários aos serviços e a espera pelo início do tratamento	43
5.2.2.1	Setor de Urgência Odontológica	47
5.2.2.2	Clínica de Estomatologia	50
5.2.3	Os fluxos de atendimento e a integralidade do cuidado	51
5.2.3.1	Os custos dos tratamentos	57
5.3	O TRABALHO INTERDISCIPLINAR	62
5.4	O SERVIÇO SOCIAL NAS FACULDADES DE ODONTOLOGIA	66
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICE	87
	ANEXOS	90

1 INTRODUÇÃO

“A situação de Saúde Bucal, da população brasileira, é Caótica” (Brasil, 1986, p. 4). Esse registro foi retirado do “Tema 2 - Diagnóstico de Saúde Bucal no Brasil” do relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal de 1986, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, mas, passados 32 anos, ainda se mostra atual e reflete a realidade da atenção à saúde bucal no Brasil.

O cenário atual, então, é de um setor privado abalado por crises econômicas do país e pelo achatamento da classe média e um setor público subdimensionado e que mal resolve os casos emergenciais. É importante lembrar, também, o expressivo crescimento do setor suplementar em saúde, que traz uma nova perspectiva de mercado de trabalho assalariado e implica importantes consequências para a prática privada da Odontologia (Mattos, 2008, p. 63).

Porém, não se pode ignorar os avanços que a saúde bucal logrou ao longo desse tempo, especialmente a partir dos anos 2000, com a inserção da Odontologia na Estratégia Saúde da Família (ESF)¹, a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de odontologia e a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), popularmente conhecida como “Brasil Sorridente”.

Lançada em 2004 pelo Ministério da Saúde, a PNSB tinha como objetivo principal reorganizar a prática e qualificar as ações e os serviços oferecidos, ampliando o acesso ao tratamento odontológico gratuito à população por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2016). Nesse sentido, a PNSB foi um marco na história das políticas públicas, pois incorporou os princípios do SUS e as ideias defendidas pela Reforma Sanitária em seus pressupostos operacionais, além de evidenciar em suas diretrizes a necessidade de reestruturar os três níveis de atenção, com foco na ampliação e qualificação da atenção à saúde bucal (Brasil, 2012).

As diretrizes aqui apresentadas apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes,

¹ A Estratégia Saúde da Família é um modelo assistencial que visa reordenar a Atenção Básica com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde através de um trabalho interdisciplinar que garanta a integralidade e a centralidade na família.

mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais (Brasil, 2004).

Aliada a essas mudanças, a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em odontologia, em 2002, sinalizava a necessidade de um ensino crítico que refletisse uma formação alinhada aos princípios do SUS, com enfoque no conceito de integralidade do cuidado. Isto é, pretendia-se reorientar a formação do cirurgião-dentista a partir da superação das práticas de ensino centradas no modelo biomédico e abrangendo a integralidade como princípio medular desse processo.

Isso indica uma odontologia voltada para as necessidades de saúde da população e atenta aos fatores socioeconômicos apresentados por cada indivíduo, pois tanto a saúde como a doença deve ser pensada a partir dos seus determinantes sociais, culturais e ambientais e entendidas com base nas condições de vida e de trabalho da pessoa atendida.

No entanto, a assistência odontológica se distancia dessa tentativa de enxergar o outro na sua totalidade e integralidade, ao corroborar práticas curativas, individualizadas e fragmentadas pelas especialidades odontológicas. Isso favorece os interesses do mercado, empenhados em formar dentistas cada vez mais especializados, dedicados ao setor privado e adeptos do uso excessivo de tecnologia, oferecendo um serviço que claramente é destinado às elites abastadas do país, deixando à margem a população mais empobrecida.

Por isso, apesar dos progressos na política de saúde bucal, a odontologia no Brasil mantém-se inacessível para milhares de pessoas de baixa renda que, muitas vezes, não conseguem ter suas necessidades básicas em saúde bucal atendidas, quem dirá os procedimentos especializados, que se apresentam de forma bem mais restrita no sistema público de saúde.

Nesse contexto, as faculdades públicas de odontologia despontam como alternativa e, muitas vezes, como último recurso para essa população excluída no seu direito à atenção em saúde bucal.

Essa população vem em busca de um atendimento gratuito, de qualidade e digno, mas, por vezes, não é isso que encontra ao tentar acessar os serviços oferecidos pelos ambulatórios das faculdades. E acabam se transformando em demanda para o profissional de Serviço Social, que atua nesses espaços

ocupacionais em diferentes frentes, mas tendo sempre como norte do seu trabalho a garantia do acesso e a efetivação de direitos.

Como já tantas vezes afirmamos, é inserido nesse contexto, desafiado pelas mudanças em andamento, convivendo cotidianamente com a violência da pobreza e com as incontáveis faces da exclusão social que o assistente social brasileiro trava o embate a que se propõe: o de *avançar em seu projeto ético-político* na direção de uma sociabilidade mais justa, mais igualitária e em que direitos sociais sejam observados (Yazbek, 2009, p. 119, grifos do autor).

Nesse âmbito, o assistente social se destaca como profissional com grande potencial para compor, junto aos dentistas e demais profissionais, uma equipe interdisciplinar, considerando seu olhar diferenciado para a interpretação das condições de saúde do usuário e também sua formação voltada para o entendimento e transformação da realidade social e econômica e para a defesa dos direitos das classes trabalhadoras. Além disso, o projeto ético-político hegemônico na profissão está em consonância com o projeto da Reforma Sanitária na defesa da democracia e dos direitos sociais.

O trabalho interdisciplinar é primordial quando se almeja realizar um atendimento integral, pois possibilita um alargamento do conhecimento, ultrapassando a ação fragmentária e individual em saúde e favorecendo a apreensão e compreensão das necessidades de saúde da população atendida.

A interlocução de saberes e fazeres, sem desconsiderar a especificidade de cada profissão, permite a oferta de um atendimento mais humanizado, acolhedor e de qualidade, reconhecendo o usuário como sujeito de direitos e colaborando com o ensino em odontologia, à medida que aproxima o aluno das bases de uma prática pautada pelo conceito de integralidade e contribui para a formação de profissionais comprometidos com as demandas do usuário e que compreendem a importância de uma escuta atenta sobre as condições de vida daquele usuário, pois elas serão determinantes para a resolução ou não da sua demanda.

A partir do que foi exposto e considerando o interesse da pesquisadora pelo tema, nascente a partir da experiência como assistente social há seis anos na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – FOU SP, esse estudo teve como intenção explorar o acesso do usuário aos serviços e a integralidade do cuidado em saúde bucal nos ambulatorios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo sob a ótica do Serviço Social. Desde o início de minha

atuação, a forma como está estruturado e organizado o atendimento aos usuários no ambulatório da faculdade foi objeto de muitos questionamentos. Ao longo desse tempo, muitos conflitos e embates foram identificados nesse ambiente voltado para a formação de novos cirurgiões-dentistas, mas também foram vislumbradas novas possibilidades de garantias de direitos e por ser o assistente social um profissional que trabalha diretamente com a realidade e necessidades sociais desses usuários, entendeu-se oportuno e relevante conhecer essa realidade através do seu olhar, especialmente no que diz respeito ao acesso e à integralidade do cuidado em saúde bucal nesses espaços.

Como produto deste estudo, propôs-se a criação de um Fórum de assistentes sociais das faculdades públicas de odontologia com o objetivo de gerar um espaço de discussão, intercâmbio de ideias e experiências sobre o trabalho desenvolvido nos ambulatórios e os serviços ofertados, que promova novos conhecimentos, possibilite o compartilhamento de projetos e experiências exitosas que possam ser repetidas nos demais espaços e a construção de novas práticas que aproximem os serviços do conceito de atenção integral em saúde bucal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A odontologia brasileira vem carregando há vários anos uma contradição insustentável: ao mesmo tempo em que é considerada uma das mais avançadas do mundo sob o ponto de vista técnico, constata-se na população do país um dos índices mais elevados de doenças bucais entre a comunidade de mais de 180 nações do planeta. Trata-se, portanto, de uma odontologia tecnicamente elogiável (pelo nível de qualidade e sofisticação inegavelmente alcançados nas diversas especialidades), cientificamente discutível (uma vez que não tem demonstrado competência em expandir esta *qualidade* para a maioria da população) e socialmente caótica (pela inexistência de impacto social frente as iniciativas e programas públicos e coletivos implementados) (Garrafa, 1993, p.54, grifos do autor).

2.1 SAÚDE, REFORMA SANITÁRIA E SAÚDE BUCAL: AVANÇOS E DESAFIOS FRENTE À ATUAL CONJUNTURA

Ao longo dos anos, a saúde, no Brasil, passou por numerosas transformações em seu modelo de atenção e a sua evolução histórica está diretamente relacionada ao desenvolvimento econômico, político e social da sociedade brasileira.

São duas as divisões temporais dessa trajetória da saúde no Brasil, conforme ressalta Bravo ([2000-]): os momentos antecedentes e posteriores à intervenção estatal no desenvolvimento da política de saúde. Especificamente o período que antecede a ação estatal, foi marcado, segundo a autora, pela interferência do Estado apenas no sentido de manter a ordem social capitalista. Na prática, buscava-se apenas mediar as relações entre as classes sociais, impondo-lhes um controle para retenção de possíveis movimentos em desfavor do Estado.

Dedicando-se a avaliar com maior profundidade a década de 1930, período em que houve no Brasil uma intervenção estatal consistente, Bravo ([2000-]) explora o recorte temporal do século XX para demonstrar que, já no seu início, começaram a surgir algumas ações, mesmo que limitadas, no campo da saúde pública, como campanhas sanitárias e vigilância do exercício profissional. No entanto, essas ações foram marcadas pelo contraponto entre a saúde pública, assinalada nas campanhas sanitárias, e a assistência médico-hospitalar, constituída pela filantropia, pela medicina liberal, pela medicina previdenciária e depois, por empresas médicas.

Pode-se considerar que os direitos sociais sequer eram reconhecidos anteriormente à Era Vargas² (Paim, 2008a).

Ainda de acordo com Paim (2008a), a Era Vargas, marcada pelo processo de industrialização, apresentou uma política de saúde em que a assistência médica era limitada e acessível apenas aos trabalhadores urbanos que possuísem carteira de trabalho assinada, retirando os trabalhadores rurais desse contexto. O grande problema é que, especialmente até a década de 1970, grande parte da população ainda morava no campo e/ou trabalhava no mercado informal, ficando alheia à legislação trabalhista e desatendida dessa modalidade estatal de intervenção no campo da saúde. Contudo, a industrialização acelerou o êxodo rural e aumentou a classe trabalhadora, que viveu esse processo submetida às péssimas condições de saúde, higiene, trabalho e habitação.

No que tange propriamente ao sistema público de saúde, o país vivia sob a duplicidade de um sistema cindido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo (Paiva; Teixeira, 2014, p. 17).

Dessa forma, “o direito à saúde, além de excludente, definia-se pelo acesso ao mercado de trabalho e não pela noção de cidadania”, que só seria colocada em discussão “no fim da década de 1980, a partir da intensificação das lutas pela redemocratização da sociedade brasileira e, nesse momento, o direito à saúde torna-se um dos temas centrais” (Zioni et al., 2013, p. 118).

O golpe militar de 1964 instalou no país um regime ditatorial que, sob a alegação de que reinstauraria a ordem, fortaleceria a economia e, posteriormente, restabeleceria a democracia, perdurou por mais de vinte anos (1964-1985), e apesar do crescimento econômico que marcou o período, a grande concentração de riquezas, o aumento dos preços e a crise no setor público de transporte e saúde, geraram descontentamento e tensões sociais (Paiva; Teixeira, 2014).

² Período do governo de Getúlio Vargas ocorrido de 1930 a 1945.

A insatisfação e a revolta da população devido à propagação de doenças e à baixa cobertura assistencial, desencadearam os primeiros movimentos pela Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária brasileira iniciou-se no final da década de 1970 no âmbito da perspectiva de luta contra a ditadura militar e foi marcada por mobilizações sociais que reivindicavam mudanças na área da saúde e ampliação do seu conceito, visando à melhoria das condições de vida da população.

Portanto, a Reforma Sanitária enquanto proposta foi resultante de longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8ª CNS e desenvolveu-se como processo desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo (Paim, 2008b, p.173).

Duas importantes instituições foram criadas durante o movimento sanitarista, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), que difundiam o ideário do movimento e fortaleciam a luta pela democratização e direitos de todos à saúde.

O movimento de Reforma Sanitária permitiu uma reorientação do modelo de saúde no país, ampliando a consciência do direito à saúde entre a população, tendo como grande marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que colocou em pauta e aprovou as principais demandas do movimento, a saber: o fortalecimento do setor público de saúde, o direito de todo cidadão a ter acesso à saúde e a criação de um sistema unificado entre saúde pública e medicina previdenciária.

No entanto, foi o advento da Constituição Federal de 1988 que modificou sobremaneira a política de saúde no país, sedimentando as bases jurídicas necessárias à criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A principal contribuição da Constituição de 1988, nesse cenário, foi estabelecer que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, art. 196), e, com amparo na positivação desse amplo direito à saúde, o SUS foi então criado e regulamentado pela Lei

Orgânica da Saúde cerca de dois anos depois (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990).

O SUS configura o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil e estabeleceu como norte alguns princípios e diretrizes, como: a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, a integralidade da assistência, a igualdade na assistência à saúde, a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa (Brasil, 1990, art. 7). Os serviços e ações de saúde dispensados pelo SUS são divididos por níveis de atenção (de básica, média e alta complexidade), buscando atender de modo articulado e ordenado, as diferentes necessidades de saúde da população.

Apesar do inegável avanço e conquista que o SUS representa, podendo ser considerado um dos mais amplos sistemas públicos de saúde do mundo, os desafios para a sua real consolidação ainda são muitos, principalmente quando consideradas as profundas desigualdades sociais, econômicas e culturais que assolam o nosso país e que impactam diretamente a saúde da população.

A ofensiva neoliberal no Brasil tem gerado graves retrocessos com a redução dos direitos sociais e trabalhistas, privatizações, aumento do desemprego, precarização e flexibilização das relações e condições de trabalho, desmonte da previdência social e sucateamento da educação e da saúde.

Os anos 1990 até os dias de hoje têm sido de contra-reforma do Estado e de obstaculização e/ou redirecionamento das conquistas de 1988, num contexto em que foram derruídas até mesmo aquelas condições políticas por meio da expansão do desemprego e da violência (Behring; Boschetti, 2009, p. 147).

Seguindo esse raciocínio, dentro do setor Saúde, as condições de saúde bucal do brasileiro são um retrato da enorme desigualdade econômica e social que perdura no país. Os problemas de saúde localizados na boca refletem o difícil, e por vezes inexistente, acesso aos serviços assistenciais e as péssimas condições de vida de grande parte da população em todo o país, que sofre com a falta de trabalho, a baixa renda e a pouca escolaridade (Narvai; Frazão, 2008).

Entretanto, durante muitos anos, a saúde bucal não foi considerada prioridade pelo Estado brasileiro, ficando à margem das políticas públicas de saúde. Isso impactou sobremaneira - e de forma negativa - a saúde bucal de milhões de pessoas em todo país, dificultando o acesso da população aos escassos serviços

odontológicos que eram oferecidos na rede pública, e que em sua maioria priorizavam a extração dentária como tratamento prevalecente.

[...] a atenção odontológica no Brasil seguiu diretrizes que determinavam a prestação da assistência a grupos populacionais restritos, como os escolares, e programas voltados para a doença cárie e periodontal, os demais ficavam excluídos e dependentes de ações de urgência e de caráter particular [...] (Vieira et al., 2008, p. 24).

A inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no Sistema Único de Saúde (SUS) não se deu em consonância com o processo de organização dos demais serviços de saúde. Somente a partir dos anos 2000 é que diversas ações foram tomadas no sentido de alterar a conjuntura da saúde bucal como uma política pública, dentro das perspectivas de ação do Estado brasileiro. A inclusão da saúde bucal na equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi um dos principais expoentes dessa mudança, além da publicação da Portaria nº 1.444, em 28 de dezembro de 2000, que previa o “incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família” (Brasil, 2000).

Tais medidas foram adotadas considerando a necessidade de se ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal da população e incentivar a reorganização da saúde bucal na atenção básica, por meio da implantação de suas ações no Programa de Saúde da Família.

A criação do Sistema Único de Saúde e as diretrizes da universalidade – equidade e integralidade – exigem que a atenção à saúde bucal da população não se limite à atenção de apenas um grupo populacional representado pelos escolares de 1º grau como predominava antes da promulgação da Constituição de 1988, e colocam o desafio de universalizar as ações para todos os grupos etários (crianças, adultos e idosos) e de integrá-los aos demais programas, serviços e redes de atenção à saúde (Narvai; Frazão, 2017, p. 186).

Em 2003, com um novo contexto político que se estabeleceu com a posse do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, iniciou-se a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal que propunha ações governamentais para resgatar o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, em uma tentativa de superar o histórico de abandono e a falta de compromisso do Estado com a saúde bucal da população. Foi então que o Ministério da Saúde lançou o Brasil Sorridente, um

programa do governo federal que reúne várias ações para ampliar o acesso da população ao tratamento odontológico gratuito por meio do SUS (Brasil, 2006).

As principais linhas de ação ressaltadas pelo programa são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, sobretudo com a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e a ampliação e qualificação da Atenção Especializada, em especial com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. (Brasil, 2016).

O cuidado em saúde bucal, a partir do programa, passa a exigir que as equipes de trabalho se relacionem com os usuários e participem da gestão dos serviços para conhecer as necessidades da população e dar respostas às suas demandas, visando à garantia de uma rede de serviços articulada que promova a integralidade das ações em saúde bucal e amplie o acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, com medidas de caráter coletivo e individual e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (Brasil, 2006).

Entretanto, concomitante à inclusão da saúde bucal na agenda de prioridades do governo federal, houve um considerável aumento das operadoras de planos odontológicos, que passaram a ver a saúde bucal como um rentável mercado financeiro (Brasil, 2009).

Estima-se que cerca de 70% a 80% dos gastos em saúde bucal continuam sendo financiados em âmbito privado para atender 20% a 30% da população. Os demais, ou seja, de 20% a 30% dos gastos que provêm de impostos e contribuições, são empregados para financiar ações e serviços vinculados ao SUS utilizados por cerca de 70% a 80% da população brasileira, que dependem desses serviços (Narvai; Frazão, 2008, p. 127).

Apesar dos avanços advindos com o Programa Brasil Sorridente, ainda hoje, o acesso às práticas odontológicas configura-se como um “privilégio” das classes sociais mais ricas que podem pagar por esses serviços, resultado da reprodução de um modelo assistencial odontológico excludente e individual, que mantém a população de baixa renda à margem da assistência odontológica. Embora haja oferta de tratamento odontológico nos serviços públicos, esse ainda se mostra insuficiente e ineficiente diante dos problemas de saúde bucal apresentados pela população.

Para Narvai e Frazão (2008), isso é reflexo do modelo de atenção à saúde bucal hegemônico no Brasil, denominado 'odontologia de mercado'³. A ruptura com esse modelo pressupõe uma oposição à mercantilização dos serviços, como forma de possibilitar o seu acesso a todas as classes sociais e em todas as suas necessidades odontológicas, para que esse cuidado realmente se efetive como um direito.

A saúde bucal deve ser vista e entendida como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, delineando um modelo de atenção que compreenda a saúde bucal não apenas em sua dimensão biológica, mas que considere, fundamentalmente, seus determinantes econômicos, sociais e políticos. Nessa perspectiva, Botazzo (2013) destaca que

Aqui, justamente, está a essência da questão: a *assistência odontológica* (ou médica etc.) às pessoas compreende ações clínicas e cirúrgicas restritas, limitadas ao atendimento individual. Esta é a prática odontológica. A *atenção à saúde bucal* compreende, por outro lado, as atividades de assistência individual mas implica, além disso, também em ação sobre as causas das doenças, sejam estas de que natureza for (biológicas, sociais, econômicas ou políticas). Estas ações, situando-se num campo *extra-clínica*, são englobadas por práticas de saúde não mais no campo da assistência odontológica, mas num campo que poderíamos chamar *saúde bucal coletiva*. (p. 38-39, grifos do autor).

O cuidado em saúde bucal deve ser repensado sob a ótica da integralidade, buscando romper com a prática puramente tecnicista, segmentada e engessada, dando lugar a um atendimento mais humanizado, digno e acolhedor, no qual o usuário é visto como sujeito integral, ainda que com suas particularidades. O que se busca em um atendimento odontológico é qualidade de vida (expressão aqui empregada no sentido ampliado de saúde), por isso a formação profissional em odontologia deve receber atenção especial, pois é dela que depende uma prática alicerçada nos princípios e diretrizes do SUS e que rompa com a fragmentação do cuidado.

³ “[...] Em linhas gerais, sua concepção de prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, e realizada com exclusividade por um sujeito individual no restrito ambiente clínico-cirúrgico, não apenas predomina no setor privado, como segue exercendo poderosa influência sobre os serviços públicos. A essência da *odontologia de mercado* está na base biológica e individual sobre a qual constrói seu fazer clínico, e em sua organicidade ao modo de produção capitalista, com a transformação dos cuidados de saúde em mercadorias, solapando a saúde como bem comum sem valor de troca, e impondo-lhes as deformações mercantilistas e éticas sobejamente conhecidas” (Narvai, 2006, p. 143, grifos do autor).

2.2 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA E O ENSINO DA “PRÁTICA”

O ensino em odontologia no Brasil surgiu como um curso anexo às faculdades de medicina e somente ao final da segunda metade do século XX foram aprovados regimentos e criadas diretrizes específicas para as faculdades de odontologia, selando sua autonomia em relação à medicina (Warmling et al., 2012). As escolas médicas influenciaram a formação em odontologia, transmitindo a esta última um ensino centrado no biológico, na fragmentação do conhecimento por especialidades e no desenvolvimento técnico, desvinculado do contexto social e da noção de bem-estar e de qualidade de vida.

Isso gerou intensos debates e, segundo Fonsêca (2015), há muito se discute a necessidade de mudanças no ensino da odontologia no Brasil, pois se entende que o ensino com ênfase em práticas curativas, elitistas e individualizadas não atende às necessidades da população e aos princípios do SUS.

[...] Compreende-se a necessidade do eixo estruturante da formação em saúde em se pautar sobre as práticas e condutas clínicas, com o desejável desfecho de um atendimento assistencial ‘técnico’ de qualidade. Entretanto, tendo em vista que essa é apenas uma dimensão da atenção em saúde e que, sozinha, não responde aos anseios e necessidades de saúde da população, há que se repensar a formação em saúde com o olhar voltado para o cotidiano do “trabalho vivo” em saúde (Fonsêca et al., 2016, p. 1040).

Após um período de grande preocupação com a elaboração de projetos pedagógicos e tendo como objetivo orientar a formação do cirurgião-dentista, em 2002, elaborou-se as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação em odontologia, indicando um processo de transformação no ensino em odontologia.

As DCNs definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação do cirurgião-dentista com perfil generalista, crítico e humanista, e com rigor técnico e científico para atuar em todos os níveis de atenção à saúde. As DCNs pressupõem, ainda, um profissional capacitado para atender às demandas em saúde bucal, pautado por princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica vivenciada pela população (Brasil, 2002).

Contudo, a formação para essa prática generalista ainda é um grande desafio para a odontologia, considerando uma tendência à especialização cada vez mais precoce por parte dos estudantes, estimulados e “cobrados” pelo mercado de trabalho como “pré-requisito” para uma carreira de sucesso. Há aqui uma dicotomia entre a formação geral e a formação especializada, pois muitos estudantes enxergam na especialização uma chance de se sobressair na disputa por uma vaga de emprego e de conseguir um salário mais alto, enquanto a formação generalista é vista como pouco rentável e não confere o tão sonhado *status quo*.

Em contrapartida, o sistema público de saúde ainda absorve um número significativo dos egressos da graduação, mas muitos se sentem despreparados para atuar no SUS, pois durante toda a sua formação foram “treinados” para serem profissionais liberais, especialistas, contratados pela iniciativa privada e com a incorporação de tecnologias sofisticadas e caras, ao passo que o SUS requer um profissional crítico, comprometido com as necessidades de saúde da população e que priorize uma abordagem integralizadora.

No SUS, a rotina clínica permanece centrada, em geral, no tratamento efetuado mecanicamente como linha de produção: o cirurgião-dentista recebe usuários, em sua maioria jovens, com cavitações e raízes residuais, e os libera com restaurações e suturas. Na lógica das ações programáticas, curetam-se cavidades e restauram-se dentes conferindo um tratamento completado. E os usuários entram mudos e saem calados. Indagamos se seria essa prática tradicional suficiente para a realização de uma clínica comprometida com a promoção da saúde e a afirmação da vida, seus aspectos, significados e representações, ou seria necessário buscar uma outra posição para o cuidado em saúde bucal que priorizasse a produção de subjetividade através da escuta do *outro* e no diagnóstico realizados em encontros na clínica que conferissem sentido à intervenção restauradora e/ou cirúrgica (Barros; Botazzo, 2011).

De acordo com Botazzo (2013), o predomínio de um modelo de ensino tecnicista em odontologia pode resultar na ausência de certa “sensibilidade social” ao cirurgião-dentista, o que conduz a uma prática profissional enrijecida e que não possibilita enxergar o ser em sua concretude. A forma como se organizam as atividades clínicas nas faculdades de odontologia decorre desse modelo tecnicista de ensino e repercute sobremaneira na formação do profissional, como bem exemplifica Fonsêca (2015),

[...] observa-se no interior das faculdades uma clínica fragmentada que analisa e trata a lesão de cárie, frequentemente desarticulada da clínica de periodontia que, por sua vez não encontra ligação com a clínica das lesões de tecidos moles, etc. Além disso, percebe-se uma deficiência na articulação dos achados clínicos bucais com as condições sistêmicas (biológicas) dos pacientes e a negação dos fatores sociais no entendimento e na condução do processo saúde-doença (p. 39).

Nesse sentido, a orientação político-ideológica da instituição de ensino tem o poder de influenciar diretamente na formação de trabalhadores de saúde, sejam eles comprometidos com os usuários dos serviços de saúde e suas demandas, ou cirurgiões-dentistas puramente tecnicistas, que atendem aos interesses da “odontologia de mercado” (Rosa, 2010) e são incapazes de ir além do espaço do consultório.

Outro ponto que merece destaque é a redução do financiamento público das universidades e a vigorosa investida do setor privado no financiamento das instituições de ensino, direcionando suas atividades para os interesses do mercado. Esse avanço da perspectiva neoliberal e o encolhimento do Estado favorecem uma formação afastada do interesse coletivo e da realidade social da população brasileira, mas

A universidade que se defende é aquela que cultiva razão crítica e o compromisso com valores universais, coerente com sua função pública, não limitada e submetida a interesses particulares de determinadas classes ou frações de classes; uma instituição a serviço da coletividade, que incorpore os dilemas regionais e nacionais como matéria da vida acadêmica, participando da construção de respostas aos mesmos no âmbito de suas atribuições específicas (Iamamoto, 2010, p.432).

Ainda hoje se questiona sobre a formação que está sendo priorizada pelos cursos de graduação em odontologia. O que se almeja, de fato, é cada vez mais conduzir as atividades de modo a integrar as práticas de saúde bucal, o que não significa deixar de separar a prevenção da cura, mas sim compreender a cavidade bucal e suas estruturas como partes inseparáveis e em relação direta com os demais componentes do organismo, que devem ser considerados no atendimento clínico (Botazzo, 2013). Essa postura produzirá um atendimento de maior qualidade, na medida em que o cirurgião-dentista realiza uma escuta qualificada da queixa do usuário e o assiste em suas reais necessidades de saúde.

A interdisciplinaridade se apresenta como elemento primordial na área do ensino, haja vista o “efeito multiplicador da ação pedagógica” (Severino, 2010, p.

20). Nessa perspectiva, ao pensarmos em estratégias para melhorar as condições de saúde bucal da população, automaticamente defendemos a ampliação desse conceito de saúde bucal, entendendo-o indissociável da saúde em geral e, portanto, os mecanismos de enfrentamento a essas situações devem ser analisados a partir de uma concepção articulada, construída pela contribuição múltipla e complementar dos diversos saberes. Nisso consiste a interdisciplinaridade, em evitar “uma hipertrofia, seja de uma fundamentação unidimensional, seja de uma intervenção puramente técnico-profissional” (Severino, 2010, p.19).

O acesso à saúde bucal e a satisfação de suas necessidades mais relevantes continuam sendo um desafio para milhões de pessoas, em especial para as classes sociais mais pobres, que sofrem cotidianamente com a exclusão social⁴. Nesse cenário, o Serviço Social se destaca como uma das profissões que podem compor – se com a Odontologia e demais profissões para o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar que potencialize e amplie o cuidado em saúde bucal.

2.3 O SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO COLETIVO: BUSCANDO A INTEGRALIDADE NA SAÚDE

O Serviço Social tem nas múltiplas expressões da questão social o seu objeto de trabalho e a sua base sócio-histórica de requisição social (Iamamoto, 2007). Como bem nos coloca Netto (2001), a expressão “questão social” surge para designar o fenômeno do pauperismo enfrentado pela Europa Ocidental no final do século XVIII com o advento da industrialização.

A premissa é de que a análise da questão social é indissociável das configurações assumidas pelo trabalho e encontra-se necessariamente situada em uma arena de disputas entre projetos societários, informados por distintos interesses de classe, acerca de concepções e propostas para a

⁴ Conforme destaca Silva (2012, p. 197), “A exclusão social refere-se a situações de vulnerabilidade, isolamento e/ou discriminação social em que determinados indivíduos ou grupos sociais se encontram. Esta condição de exclusão social requer estratégias ou políticas de inserção que lhes possibilitem a participação e integração/reintegração na sociedade que os rodeia”. Vale ainda ressaltar que a exclusão social é um processo multidimensional, fruto da expansão capitalista e de suas relações de classe extremamente desiguais, e se expressa em diferentes formas de injustiças, desigualdades e opressões (Yazbek, 2001).

condução das políticas econômicas e sociais (Iamamoto, 2001, p. 10, grifos do autor).

Frente ao agravamento da questão social, num contexto de hegemonia do capital industrial e financeiro e de expansão urbana, é que se justifica a necessidade de um profissional preparado para lidar com as suas expressões e que se desenvolve o Serviço Social como profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho (Iamamoto; Carvalho, 2005).

O Serviço Social brasileiro surgiu no início da década de 30, com forte influência da Igreja Católica e tendo como referência o Serviço Social europeu, que enxergava na prática social como um mecanismo de controle, repressão e ajuste social.

O seu surgimento estava atrelado à necessidade do Estado capitalista em conter o avanço dos movimentos sociais e de novas ideologias que representavam riscos à ordem econômica e social. Os assistentes sociais, portanto, tinham suas ações voltadas para “o ajustamento político e ideológico da classe trabalhadora aos limites estabelecidos pela burguesia” (Martinelli, 2005, p.127). Ou seja, buscava-se atender às demandas mais urgentes dos pobres e grupos marginalizados como forma de atenuar as insatisfações sociais e manter o domínio de classe.

As primeiras escolas de Serviço Social foram fundadas nas cidades de São Paulo e no Rio de Janeiro, locais onde as manifestações sociais tinham maior força.

A profissão no Brasil se expandiu a partir de 1945, atendendo às demandas impostas pelo acirramento do capitalismo e às necessidades advindas do cenário internacional do pós-guerra. Neste período, o Serviço Social passa a sofrer influência norte-americana em sua formação e na prestação de seus serviços, além de aumentar o número de assistentes sociais inseridos na saúde (Bravo; Matos, 2009).

A ampliação da ação profissional na área da saúde foi impulsionada pela adoção de um novo conceito de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, que passou a definir saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” e apontou a premência de outros profissionais para atuar no setor, sendo o assistente social um deles.

A atuação do assistente social na saúde era denominada de Serviço Social Médico e tinha caráter educativo e normativo referente aos hábitos de higiene e saúde da população, com vistas a evitar as doenças de massa e os problemas

causados pela urbanização. De acordo com Matos (2013, p.57), o assistente social deveria “contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. A relação era pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor era o médico”. As ações desenvolvidas pelo Serviço Social eram:

[...] triagem (o que o cliente ou família pode pagar), elaboração de fichas informativas sobre o cliente (“dados importantes que o médico muito atarefado teria gasto muito tempo para obter”), distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do cliente à instituição médica, *conciliação* do tratamento com os deveres profissionais do cliente (entendimentos com o empregador), o cuidado quanto aos fatores “psicológicos e emocionais do tratamento”, e a adequação do cliente à instituição através da “obtenção de sua confiança”. (Iamamoto; Carvalho, 2005, p.196, grifos do autor).

Nesse contexto histórico, político e econômico deu-se a consolidação da Política Nacional de Saúde, esboçada a partir de 1930 e dividida em dois setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária (Bravo, 2009). A institucionalização do Serviço Social na Previdência Social só ocorreu em 1944, por meio de um processo lento e heterogêneo.

Os departamentos médicos, hospitais e ambulatório deveriam contar com a participação dos profissionais para análise dos aspectos sociais e morais da enfermidade, readaptação à vida familiar e reintegração ao trabalho. Com relação às pensões e aposentadorias, a ação profissional seria complementar, procurando reestruturar a organização familiar e estimular para outros tipos de ganhos, que mantivessem o trabalhador ou sua família inserido no processo produtivo (Bravo, 2013, p.159).

A partir dos anos 1960, a profissão passou por profundas transformações, sobretudo com o Movimento de Reconceituação, que ampliou o debate teórico e representou uma tomada de consciência crítica e política dos assistentes sociais em toda a América Latina. Entretanto, no Brasil, esse movimento apresentou algumas especificidades, tendo em vista o momento político da ditadura militar vivenciado e a busca da profissão por novas bases teórico-ideológicas que a sustentassem e que fossem comprometidas com as classes populares. Foi então que o Serviço Social apropriou-se da tradição marxista como referencial teórico-metodológico (Netto, 2007).

Na saúde, o Serviço Social reafirmou sua ação na prática curativa, sobretudo na assistência médica previdenciária, que despontou como principal campo de absorção profissional. As técnicas de intervenção, burocratização das atividades,

psicologização das relações sociais e concessão de benefícios foram evidenciadas e a profissão passou a sofrer influências das atualizações ocorridas no setor das políticas sociais (Bravo, 1996).

Mas foi na década de 1980, com a Reforma Sanitária, que houve um significativo movimento na saúde coletiva. Outro importante acontecimento no país foi a Constituição Federal de 1988, a partir de quando a saúde, a assistência social e a previdência social passaram a compor a Seguridade Social. O Sistema Único de Saúde (SUS) aparece como uma das proposições da reforma sanitária e foi criado e regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Apesar de alguns avanços e da busca pela fundamentação e consolidação teórica, o Serviço Social adentra a década de 1990 ainda com poucas alterações em sua intervenção.

Entretanto, a existência de dois projetos políticos distintos na área da saúde, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária apresentam diferentes demandas ao Serviço Social.

De um lado, o projeto privatista demanda serviços em que predominam as práticas individuais, relacionadas à seleção socioeconômica dos usuários, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde e assistencialismo com base na ideologia do favor. De outro lado, o projeto da reforma sanitária busca, através do trabalho do assistente social, a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, além do atendimento humanizado, da interdisciplinaridade, da ênfase nas atividades em grupo, do acesso à informação e da participação cidadã (Bravo; Matos, 2009).

Nesse cenário, o projeto profissional do Serviço Social apresenta relação direta com os princípios propostos pela Reforma Sanitária brasileira, pautados pela lógica dos direitos e da cidadania. E é a partir desses princípios, que têm como base a defesa da democracia, das políticas públicas e dos direitos dos usuários, que o assistente social deve pautar sua prática, em consonância com o Código de Ética profissional.

O projeto ético-político da profissão traz o reconhecimento da liberdade como valor ético central – liberdade enquanto real possibilidade de escolha entre alternativas concretas, a defesa intransigente dos direitos humanos, a recusa do arbítrio e do autoritarismo, repúdio a toda forma de preconceito e o posicionamento a favor da equidade e da justiça, que assegure a universalidade de acesso aos bens e

serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como a sua gestão democrática (Barroco et al., 2012).

O Serviço Social deve ser pensado como uma profissão histórica, uma construção social, que trabalha permanentemente na relação entre estrutura, conjuntura e cotidiano. O grande desafio é garantir o sentido e a direcionalidade da ação profissional em meio às transformações e determinações conjunturais que se manifestam na prática cotidiana e que têm como objetivo o enfrentamento das expressões da questão social (Martinelli, 2009).

Questão social apreendida como o *conjunto das* expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (Iamamoto, 2007, p. 27, grifos do autor).

Mas quem são os assistentes sociais? São profissionais que cursaram uma faculdade de Serviço Social (em curso reconhecido pelo Ministério da Educação) e possuem registro no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) do estado em que trabalham. A profissão é regida pela Lei Federal nº 8.662/1993, que estabelece suas competências e atribuições, e as ações profissionais orientam-se pelo Código de Ética e pela lei de regulamentação da profissão. As instituições que organizam, fiscalizam e dão suporte à atuação profissional são: o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) - em âmbito nacional; os Conselhos Regionais (CRESS) - em âmbito local, além da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e da Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO). Dentre suas atribuições, estão: elaboração, coordenação e execução de planos, programas e projetos para viabilizar os direitos da população e seu acesso às políticas sociais, como saúde, educação, previdência social, habitação, assistência social e cultura; análise das condições de vida da população e orientação sobre como ter informações, acesso a direitos e serviços que atendam às suas necessidades sociais; elaboração de laudos, pareceres e estudos sociais; planejamento, organização e administração dos programas e benefícios sociais fornecidos pelo governo, bem como a assessoria de órgãos públicos, privados, organizações não governamentais (ONGs) e movimentos sociais; além do trabalho

como docentes em faculdades e universidades que ofereçam o curso de Serviço Social (CFESS, [20--]).

O assistente social está inserido nos mais diversos espaços ocupacionais, tanto na iniciativa pública, quanto na iniciativa privada, mas também em organizações não governamentais e na assessoria e organização de movimentos sociais. No entanto, esses diferentes espaços exigem funções distintas dos assistentes sociais, condicionando o caráter do trabalho realizado, seus limites e possibilidades e direcionando o seu significado social (Iamamoto, 2009).

A área da saúde é um dos principais campos de absorção profissional do assistente social. E para Mito e Nogueira (2009, p. 273-4), “a partir da implantação do SUS, a adoção do paradigma da produção social da saúde produziu uma rearticulação dos discursos e das práticas profissionais no campo da assistência à saúde”.

Nesse sentido, as necessidades de saúde não podem mais ser compreendidas apenas como o acesso aos serviços e tratamentos médicos. Referem-se às necessidades humanas elementares, como alimentação, habitação, saneamento básico, educação, entre outros. No entanto, para que a população tenha essas necessidades atendidas, é preciso apreender a saúde como produto e parte do estilo e das condições gerais de vida, sendo o processo saúde-doença uma representação humana na sociedade (Nogueira; Mito, 2009).

A atuação do assistente social na área da saúde pressupõe a formulação de estratégias que busquem reforçar ou criar experiências que efetivem o direito social à saúde (CFESS, 2014).

Este é o compromisso que nos cabe assumir e que somente pode ser alcançado por meio de práticas interdisciplinares, pautadas em um horizonte ético de humanização e de respeito à vida. Isto exige um contínuo processo de construção de conhecimentos, pela via da pesquisa e da intervenção profissional competente, vigorosa e crítica, alicerçada na Política Nacional de Saúde e no Projeto Ético-Político do Serviço Social (Martinelli, 2011).

Um trabalho profissional competente, crítico e qualificado na área da saúde demanda a articulação com o movimento dos trabalhadores e de usuários; o conhecimento das condições de vida e trabalho dos usuários, bem como dos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; a contribuição para o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede

de serviços e direitos sociais; a atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; o estímulo à intersectorialidade, visando articular as políticas de seguridade social e superar a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; a construção e ampliação de espaços de participação popular em conjunto com outros profissionais da saúde; a participação em projetos de educação permanente; e a assessoria aos movimentos sociais (CFESS, 2014).

O trabalho do assistente social deve buscar a democratização do sistema de saúde; a realização de ações integradas de prevenção, promoção e educação em saúde; e o avanço no acesso aos serviços de saúde através do aumento da capacidade de acolhimento e resolutividade dos serviços (Castro; Oliveira, 2012, p. 191).

Nesse sentido e tendo por base a assistência odontológica prestada à população nos ambulatórios das faculdades de odontologia, é preciso enfatizar a importância de um trabalho interdisciplinar na tentativa de garantir a atenção em saúde bucal como um direito de cidadania, além de propiciar ao aluno uma vivência rica no aprendizado associado a outras áreas do ensino, que o ajudará a construir uma prática futura mais integral, em que o indivíduo consiga ser visto em sua totalidade.

Vários são os profissionais que podem compor, com os cirurgiões-dentistas, uma equipe interdisciplinar para o atendimento das necessidades em saúde bucal, sendo a saúde bucal empregada aqui em seu sentido amplo, para além da boca. Dentre esses profissionais destaca-se o assistente social por ter uma prática dedicada à perspectiva de viabilização do acesso a direitos sociais e políticas públicas.

A partir disso, salientamos a importância do assistente social também como parte do processo terapêutico e pedagógico de ensino da odontologia. A função pedagógica do assistente social vincula-se ao desenvolvimento de um trabalho em conjunto com professores e alunos, com o intuito de mobilizá-los para um processo de reflexão, identificação de necessidades e formulação de demandas, de maneira organizada, qualificada e crítica, que possibilite entender o usuário em sua integralidade, através do seu modo de vida, suas crenças, seus valores, a forma como ele percebe sua saúde, seu adoecimento e sua qualidade de vida, e principalmente como ele se vê enquanto agente ativo dentro do processo saúde-

doença. Isso possibilita também uma organização e formação política dos grupos envolvidos, articulando processos mais amplos em direção à garantia de direitos e de saúde (Abreu, 2008).

Ademais, a atuação do Serviço Social nos ambulatórios das faculdades de odontologia relaciona-se, ao mesmo tempo, aos aspectos objetivos e subjetivos, materiais e ideológicos. Neste âmbito, o assistente social desenvolve uma prática educativa, que se expressa na comunicação direta com a população, de forma individual ou grupal, para a discussão das situações vividas, problematização da realidade pessoal, familiar e social. Aqui, igualmente, é possível identificar mais uma forma de contribuição do trabalho do assistente social à formação dos estudantes de odontologia, dada a relevância da prática educativa na atividade odontológica para a promoção de saúde bucal, centrada numa relação horizontal, dialógica e participativa entre paciente e profissional (Trino, 2008).

Portanto, cabe ao assistente social, atuando com os demais profissionais, identificar as reais necessidades de saúde dos usuários que buscam atendimento nas faculdades de odontologia, que certamente não se restringem às necessidades em saúde bucal. Nessa direção, Cecílio (2001, p.116) afirma que “a integralidade da atenção [...] poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades [...]”.

Um aspecto fundamental das ações de saúde diz respeito ao conceito de integralidade, que não pode ser reduzido ao mero “atendimento integral” do texto constitucional brasileiro (art. 198, II) nem se restringir à (necessária) integração das unidades do sistema de serviços de saúde. Essas duas dimensões, geralmente definidas como dimensão vertical (atendimento integral) e horizontal (integração dos serviços), não “esgotam” o conceito de integralidade. Sem que ações intersetoriais sejam desenvolvidas para produzir socialmente a saúde, a integralidade fica fortemente prejudicada (Narvai; São Pedro, 2013, p. 321).

Dentre as atividades desenvolvidas no cotidiano do trabalho do assistente social nos ambulatórios das faculdades de odontologia, podemos destacar: conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais; atuar como ouvidoria; orientar sobre as normas da instituição, sobre a rotina de serviços e sobre os procedimentos para tratamento; atender às demandas espontâneas; realizar estudo socioeconômico para fins de descontos em orçamentos protéticos e concessão subsidiária de alimentação e/ou transporte ao usuário em tratamento; realizar entrevistas com discentes para concessão de bolsas; elaborar e/ou participar

de projetos de educação permanente, bem como pesquisar sobre temáticas relacionadas à saúde bucal; participar do projeto de humanização da instituição; realizar a mediação entre usuário, aluno, docente, funcionário, instituição e outros recursos, públicos ou não, existentes na sociedade; notificar as autoridades competentes, em conjunto com a equipe, de uma situação constatada e/ou suspeita de violência, bem como verificar as possíveis medidas que possam ser adotadas, considerando a autonomia e o parecer social do assistente social; participar como membros do Comitê de Ética em Pesquisa; estimular a participação da população usuária em fóruns, conselhos e conferências, visando melhorias no acesso e na prestação dos serviços de saúde.

A partir do que foi exposto até aqui, fica evidente que o exercício da integralidade na área da saúde e, sobretudo, dentro da prática odontológica ainda é um desafio a ser alcançado, tendo em vista o adestramento técnico e a ênfase no consumo tecnológico predominantes no ensino da odontologia. Entretanto, Botazzo (2008, p.9) nos explica que a integralidade é um processo, que “não se realiza nem por completo nem de modo acabado” e nem se faz sozinho, logo, demanda tempo, esforço e trabalho em equipe.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Conhecer o acesso e a integralidade do cuidado em saúde bucal nos ambulatorios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo sob a ótica dos assistentes sociais inseridos nesses espaços.

Objetivos Específicos

- ✓ Compreender o funcionamento dos ambulatorios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo;
- ✓ Verificar se as faculdades apresentam diferenças e similitudes quanto à prestação de serviços à comunidade nos ambulatorios;
- ✓ Conhecer como se dá o acesso do usuário ao tratamento nas diferentes faculdades de odontologia;
- ✓ Conhecer o trabalho e a visão do assistente social sobre sua atuação na faculdade de odontologia;
- ✓ Verificar se as faculdades prezam pela integralidade do cuidado em saúde bucal nos serviços prestados;
- ✓ Conhecer a percepção do assistente social sobre a assistência odontológica prestada à comunidade pelas faculdades de odontologia, na perspectiva da saúde bucal como direito e como serviço.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório com abordagem qualitativa, pois esta permite uma maior aproximação com a realidade vivenciada e uma maior compreensão dos fenômenos sociais. A fase exploratória refere-se à definição e delimitação do objeto de estudo, à construção do seu embasamento teórico e metodológico e à escolha da amostra de pesquisa e dos instrumentos e técnicas para sua operacionalização (Minayo, 2016).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, dentro das Ciências Sociais, com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas também por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e compartilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos (Minayo, 2016, p.20-1).

Para conhecer o acesso e a integralidade do cuidado em saúde bucal nos ambulatórios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo sob a ótica dos assistentes sociais, a proposta inicial desse estudo era avaliar, por meio de entrevista com assistente social e visita in loco, todas as universidades públicas do Estado de São Paulo que oferecem o curso de odontologia. Ao todo são sete faculdades, localizadas nas cidades de São Paulo, Bauru e Ribeirão Preto (USP); Araraquara, Araçatuba e São José dos Campos (UNESP) e Piracicaba (UNICAMP). Porém, a pesquisadora não contava com tantos percalços e dificuldades para obter as autorizações dos dirigentes das faculdades para realizar a pesquisa dentro dos ambulatórios.

Inicialmente, foram realizados contatos telefônicos com as assistentes sociais de cada faculdade (exceto uma unidade, que não possuía assistente social em seu quadro de funcionários naquele momento) para apresentar a pesquisa, os objetivos e convidá-las a participar do estudo, com a intenção de eleger somente quem estava realmente disponível e interessado em colaborar com a pesquisa. Todas se mostraram receptivas à ideia de ser campo de pesquisa, mas expuseram a

necessidade da anuência dos dirigentes das faculdades para que suas participações se efetivassem, algo já esperado, tendo em vista a forte correlação de forças em um ambiente de trabalho ainda muito marcado por relações hierárquicas.

Após esse aceite parcial, foram feitos contatos, via e-mail e telefone, com as diretorias das respectivas faculdades solicitando autorização para que a pesquisa fosse desenvolvida na instituição. E foi nesse momento que a pesquisadora encontrou os maiores entraves para o andamento da pesquisa, em um processo angustiante que se arrastou por quatro meses.

Vale ressaltar que as cartas de anuência eram pré-requisito para submeter a pesquisa ao Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da USP (FOUSP), por isso a angústia e a urgência em consegui-las, pois o trabalho deveria ser aprovado posteriormente também pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP para que pudesse ter início, o que demandaria mais tempo e atraso na execução da pesquisa.

Das sete faculdades, apenas cinco enviaram resposta, apesar das recorrentes ligações e e-mails trocados. Das cinco, uma instituição informou que não contava mais com assistente social no quadro de funcionários e por isso não participariam da pesquisa e embora a pesquisadora reforçasse o interesse em conhecer o trabalho desenvolvido no ambulatório mesmo que acompanhada por outro profissional, a autorização lhe foi negada, ficando claro o desinteresse da instituição em fazer parte do estudo. Outra faculdade não respondeu à solicitação, a despeito dos inúmeros telefonemas e tentativas de contato.

Contudo, o que mais causou estranheza, foi o fato de uma das faculdades, no momento da coleta de dados, e após ter dado a carta de anuência, retirar a autorização sem dar mais explicações. Tal situação, bem como os outros exemplos de tentativas frustradas para obter a autorização, apesar de desanimadores, foram importantes para suscitar uma reflexão sobre os possíveis motivos, medos e/ou inseguranças escondidos por trás dessas recusas. Desvela também a dificuldade que a Odontologia tem de se abrir e dialogar com as outras profissões, ficando restrita aos dentistas e focada em si mesma.

Sendo assim, a coleta de dados foi realizada em quatro faculdades, após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia (Anexo A) e da Faculdade de Saúde Pública (Anexo B), ambas da Universidade de São Paulo.

Os participantes da pesquisa foram quatro assistentes sociais e uma supervisora técnica de seção e todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C) com as informações sobre a pesquisa. Ressalta-se que tanto as faculdades como as participantes da pesquisa não tiveram suas identidades reveladas em nenhum momento, sendo identificadas como faculdade/ambulatório A, B, C e D e assistente social A, B, C e D, respectivamente. Destaca-se que na faculdade C foi entrevistada a supervisora técnica de seção do ambulatório, uma vez que a assistente social estava de licença-maternidade. Ainda nesta universidade foi entrevistada a assistente social alocada especificamente no centro de atendimento à pessoa com deficiência, enquanto que nas outras universidades não havia uma profissional designada exclusivamente para este setor.

O trabalho de campo é primordial para aproximar o pesquisador do seu objeto de estudo, permitindo-lhe adentrar e compreender a realidade vivenciada pelos sujeitos pesquisados, além possibilitar uma maior interação entre eles. Nesta pesquisa, o campo foi desenvolvido por meio de entrevista semiestruturada e da observação participante. As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro básico (Anexo D) com questões abertas e que permitiam a livre expressão dos entrevistados sobre a realidade vivenciada. As perguntas utilizadas envolviam temas relacionados ao funcionamento dos ambulatórios no que se refere aos serviços oferecidos, perfis dos usuários atendidos, fluxo de atendimento, lista de espera, custos do tratamento e a equipe de trabalho. Além disso, indagou-se sobre a atuação do Serviço Social nesses espaços, suas principais demandas, a relação interdisciplinar e a percepção e trabalho do assistente social para a efetivação do direito dos usuários ao acesso à saúde bucal dentro dos ambulatórios.

Já a observação participante teve o intuito de entender a dinâmica de trabalho da instituição e suas particularidades.

[...] O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o observador faz parte do contexto sob sua observação e, sem dúvida, modifica esse contexto, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente (Minayo, 2016, p.64).

A entrevista e a visitação foram realizadas no mesmo dia, previamente agendado com as assistentes sociais, considerando a dificuldade em realizar outras

visitas devido à distância. Neste momento, também foram feitas anotações de campo, importante instrumento para o registro de informações não contempladas na entrevista. No que se refere às anotações de campo, Triviños (2009) destaca que

[...] estas consistem fundamentalmente na descrição por escrito de todas as manifestações (verbais, ações, atitudes etc.) que o pesquisador observa no sujeito; as circunstâncias físicas que considerem necessárias e que rodeiam a este etc. Também as anotações de campo devem registrar “as reflexões” do investigador que surjam em face da observação dos fenômenos. Elas representam ou podem representar as primeiras buscas espontâneas de significados, as primeiras expressões de explicações. (p.154-155)

As entrevistas foram gravadas para garantir a transcrição fidedigna das informações, mediante devida autorização e consentimento das entrevistadas. Como forma de se conhecer e observar um pouco da dinâmica dos serviços da instituição, as entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho das entrevistadas.

Como método de análise qualitativa das falas foi utilizado a hermenêutica-dialética. Este método, na perspectiva marxiana, estabelece uma relação entre sujeito e objeto, permitindo que o primeiro aproxime-se e aproprie-se das características do segundo. Isto não significa, porém, que o conhecimento da realidade seja absoluto, dada a sua infinidade de aspectos e determinações (Behring; Boschetti, 2009). Nesse sentido, Minayo (2016, p. 24) destaca “a importância de trabalhar com a complexidade, a especificidade e as diferenciações internas dos nossos objetos de pesquisa que precisam ser, ao mesmo tempo, contextualizados e tratados em sua singularidade”.

O movimento dialético possibilita ao pesquisador extrair do objeto aquilo que é essencial para sua análise, a partir de uma interpretação crítica e que apreenda suas contradições e diferenças.

[...] a *dialética* refere-se ao método de abordagem da realidade, reconhecendo-a como processo histórico em seu peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação. A dialética é a estratégia de apreensão e de compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade (nos grupos, classes e segmentos sociais), de realização da crítica das ideologias e das tentativas de articulação entre sujeito e objeto, ambos históricos. (Minayo, 2014, p. 108, grifos do autor).

Já a hermenêutica trata da compreensão de textos - seja ele um livro, uma narrativa, um artigo, uma entrevista, etc. – com foco na linguagem e no que é

consensual, na unidade de sentido e na produção de um relato em que diferentes atores sintam-se contemplados (Minayo, 2014).

Seguindo a metodologia da pesquisa qualitativa, as falas foram transcritas para o *Word®* para posterior ordenação, classificação e categorização. Ressalta-se que as categorias de análise podem ser representadas por uma palavra ou algumas palavras das falas e observações feitas pelos participantes. As respostas foram ordenadas e classificadas sem a intenção de enumerar os indivíduos e as opiniões, mas sim explorar os pensamentos e as ideias que o grupo concebe sobre a temática.

A análise crítica, reflexiva e interpretativa dos dados colhidos com as entrevistas foi dividida em quatro principais categorias: a caracterização dos ambulatorios e dos serviços oferecidos à população; o percurso dos usuários nos ambulatorios; o trabalho interdisciplinar e o Serviço Social nas faculdades de odontologia.

É importante enfatizar que obtivemos informações e conhecimentos muito relevantes durante as visitas institucionais, por meio de conversas informais com outros funcionários e com as próprias participantes da pesquisa, que contribuíram de forma preciosa para a análise das entrevistas e para as reflexões e considerações feitas a partir dessa análise.

Como produto deste estudo, os resultados encontrados serão apresentados às participantes da pesquisa e será proposta a criação de um Fórum de Assistentes Sociais das Faculdades Públicas de Odontologia do Estado de São Paulo como forma de integrar as profissionais e fortalecer a profissão nos ambulatorios das faculdades.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

É que, de insistir no elemento dental – e desde os primórdios da sua representação em cera – perde-se a ideia de indivíduo biológico que é o homem a quem o dente pertence. Já se disse na filosofia clássica que o todo tem precedência sobre a parte e que esta só significa por referência à totalidade. A Odontologia é a prova viva de que quando a parte é recuperada em separado da totalidade, o que se reconstrói é um simulacro. De fato, é impossível na teoria odontológica recuperar o homem por inteiro e, menos ainda, a sociedade. Porque não é o homem o indivíduo e o sujeito da prática odontológica, mas sim o dente (Botazzo, 2017, p.7).

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS AMBULATÓRIOS E DOS SERVIÇOS OFERECIDOS À POPULAÇÃO

Os quatro ambulatorios estudados estão localizados no estado de São Paulo, cada um com suas particularidades, de acordo com o município onde está situado, o número de habitantes, como está estruturado o sistema de saúde e de saúde bucal nesse município e nas cidades vizinhas, o número de faculdades de odontologia que prestam atendimento odontológico à comunidade, entre outros fatores que influenciam e determinam a demanda de cada ambulatorio. Vale destacar que os municípios não foram identificados como forma de preservar a identidade das profissionais entrevistadas.

Os ambulatorios oferecem atendimento para toda população, independente de residir no município da universidade ou ser comunidade acadêmica. Os tratamentos oferecidos são: Endodontia (“canal”); Cirurgia (extração de dente); Prótese Bucomaxilofacial, incluindo próteses oculares, faciais, auriculares, entre outras; Traumatologia; Oclusão (disfunção de ATM); Dentística (restaurações); Próteses (Fixa, Total e Removível); Periodontia (tratamento de gengiva); Clínica Integrada; Odontopediatria; Ortodontia (aparelho); Radiologia; Diagnóstico e prevenção de câncer bucal através da Clínica de Estomatologia/Semiologia; e atendimento às pessoas com deficiência, que, em algumas faculdades, funciona em bloco separado das demais clínicas de atendimento.

Todos os ambulatorios também oferecem tratamentos especializados através de cursos de especialização e extensão administrados por fundações, normalmente

conveniadas com as faculdades de odontologia, e/ou com departamentos da própria faculdade, que recrutam os usuários para os tratamentos de implante, reabilitação oral, casos mais complexos de endodontia, entre outros. Cada ambulatório tem um protocolo de atendimento diferente, todavia nem todos os entrevistados souberam especificar como se dá o ingresso a esses tratamentos, pois essas informações geralmente são dadas pelas instituições e/ou docentes responsáveis pelos cursos.

Em uma das faculdades, visitamos também o centro que presta assistência odontológica especificamente às pessoas com deficiência e disponibiliza todos os tratamentos odontológicos que esses usuários precisam. Além disso, o centro desenvolve diversos projetos, tais como: “Projeto Cão Cidadão”, que consiste na utilização de animais nas salas de recepção, como forma de diminuir a ansiedade gerada durante a espera pelo atendimento odontológico; “Projeto Brincar e Sorrir”, que visa ensinar as crianças com deficiência a se comportarem como pacientes odontológicos colaboradores, por meio de brincadeiras em um consultório odontológico simulado com cadeira de dentista em miniatura, réplicas de instrumentais odontológicos, bonecos com dentes e jaleco para as crianças pequenas; “Clínica do Bebê Especial”, que atende bebês de 0 a 4 anos; e o “Projeto Promoção de Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência”, para prevenção e manutenção da saúde geral e odontológica da pessoa com deficiência.

Os projetos apresentados demonstram a preocupação e o empenho do centro em criar um ambiente acolhedor, propiciando bem-estar, cuidado e atendimento humanizado aos usuários do serviço.

No geral, os ambulatórios apresentam grande semelhança no que se refere aos serviços ofertados, havendo apenas algumas diferenciações quanto à terminologia utilizada para determinados tratamentos. Já o centro de atenção à pessoa com deficiência, embora preste toda assistência odontológica ao usuário, diferencia-se dos demais por tratar-se de uma demanda específica e por não dividir os serviços por clínicas; mas isso será melhor explorado ao longo dessa análise.

5.2 ENTRE IDAS E VINDAS: O PERCURSO DOS USUÁRIOS NOS AMBULATÓRIOS

5.2.1 Quem são os usuários atendidos nos ambulatorios?

Os ambulatorios prestam atendimento odontológico à população em geral, desde bebês até idosos, mas a maioria não possui um perfil dos usuários atendidos no que diz respeito ao sexo, idade e condição socioeconômica.

Ainda não temos esse perfil traçado, porém a clínica atende todas as idades, desde a clínica de bebês ao Envelhecer Sorrindo, para pessoas acima de 60 anos (Assistente social D).

Dos ambulatorios pesquisados, apenas o centro de assistência odontológica à pessoa com deficiência tem esse perfil definido.

Neste caso, o público-alvo do centro são pessoas com deficiência mental/intelectual, associadas ou não a outras deficiências, e segundo pesquisa realizada pela assistente social C com 250 usuários, o perfil do usuário atendido é: maioria do sexo masculino (60%), com prevalência de crianças, de 0 a 12 anos de idade; são famílias constituídas com poucos membros; 59% recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e a renda familiar varia de um a dois salários mínimos no máximo; o principal tipo de transporte utilizado para ir às consultas é a ambulância (41%), seguido de carro da prefeitura (15%) e carro da instituição (6%) – APAE ou instituição em que reside.

De acordo com a profissional, todos os usuários em seu primeiro atendimento com o Serviço Social fazem um cadastro e quando ela começou a trabalhar na instituição, achou importante fazer esse levantamento, que posteriormente foi repetido para checar a sua validade.

Com relação aos resultados encontrados em sua pesquisa, a assistente social fez reflexões interessantes.

Eu não precisar isso que eu vou te falar, mas eu imagino que seja em consequência disso. Há 30 anos, quando o paciente especial tinha uma cárie no dente, ele ia para o hospital, internava, sedava e arrancava todos. E não precisava ser idoso para ocorrer isso, era qualquer idade e foi isso que motivou o idealizador do centro, ele achava desumano fazer isso. Então

eu acredito que seja isso, os pacientes com mais idade já usam prótese, ou nem usa prótese, então esse cuidado, essa atenção, essa visão mais humanizada com o paciente especial é recente, talvez por isso que seja essa faixa de idade predominante.

No ambulatório B, a assistente social destacou que possui um banco de dados de mais de quatorze anos que permitiria explorar e traçar o perfil dos usuários atendidos pelo Serviço Social durante todos esses anos.

E, para mim, chama a atenção, porque como eu não faço triagem socioeconômica, esse perfil socioeconômico eu não tenho, no meu banco de dados eu não pergunto qual é a renda dele, nada de renda, normalmente como são encaminhados SUS, para mim não há nenhum interesse se ele tem três mil reais, se está desempregado, porque ele será atendido de igual para igual, ele veio conveniado SUS (Assistente social B).

A identificação desse perfil auxilia o profissional na proposição de práticas que atenda as reais necessidades dessa população, desperte interesse e tenha significado para os usuários dos serviços. É claro que por se tratar de faculdades de odontologia, o foco é o ensino e a formação de cirurgiões-dentistas, havendo, por vezes, poucos espaços para discussão sobre o aprimoramento dos serviços e para a reflexão sobre quem são as pessoas que passam diariamente pelos setores das faculdades. Mas o assistente social, enquanto profissional comprometido com os usuários e com o direito à saúde, pode e deve tencionar o debate com alunos e professores sobre a importância de se conhecer a demanda com a qual se está trabalhando com o intuito de pensar em estratégias de atendimento que favoreçam não só os alunos, mas também os usuários dos serviços.

Nesse sentido, a existência de uma pesquisa sobre o perfil da população atendida é importante, pois funciona como estratégia para dar visibilidade a esses indivíduos e colabora para o desenvolvimento de projetos e ações voltadas para as suas necessidades.

5.2.2 O acesso dos usuários aos serviços e a espera pelo início do tratamento

O acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelos ambulatórios acontece de distintas maneiras e, por vezes, está condicionado à oferta de determinado tratamento naquele período.

Por serem escolas, o funcionamento dos ambulatórios e o andamento dos tratamentos estão condicionados à grade curricular e ao ano letivo, o que, muitas vezes, não favorece, o usuário, pois são tratamentos mais demorados e sujeitos a acasos, como greves, que podem interromper a prestação daquele serviço. Portanto, essa particularidade difere os ambulatórios e seus serviços daqueles prestados por clínicas particulares e isso deve ficar claro ao usuário.

Nos ambulatórios e no centro de atenção à pessoa com deficiência, o usuário chega ao serviço por meio de procura espontânea, normalmente porque soube do atendimento por meio da internet, foi informado por um conhecido ou familiar ou mesmo encaminhado por algum serviço de saúde do município; mas em apenas um deles é obrigatório que o usuário tenha um encaminhamento específico para ser atendido na unidade. No centro, para a realização da triagem, é solicitado às pessoas com deficiência que apresentem alguns exames, como forma de zelar pela segurança e saúde do usuário durante o atendimento.

Além disso, os ambulatórios também se diferenciam quanto ao período de inscrições para os tratamentos. No ambulatório C, as inscrições ocorrem no início do ano e, eventualmente, no segundo semestre se houver algumas vagas remanescentes; no centro de atenção à pessoa com deficiência, as inscrições para tratamento ficam abertas o ano todo; enquanto que o ambulatório D realiza inscrição duas vezes ao ano, no início de cada semestre e com meses pré-determinados (janeiro e julho) para a sua realização.

Em geral, o usuário deve saber qual o tratamento odontológico precisa realizar, pois assim ele se inscreve direto para aquele tratamento, se houver vaga. Caso contrário, no dia triagem, ele pode ser dispensado por não se “enquadrar” no perfil das vagas ofertadas.

A procura por atendimento pode ser por demanda espontânea, não sendo necessário encaminhamento específico. Cabe informar que o paciente deverá saber previamente de qual tratamento necessita, uma vez que não é realizada uma avaliação odontológica geral das necessidades do paciente. Isso deve ser feito em uma Unidade Básica de Saúde ou em algum lugar de escolha do paciente (Assistente social D).

Entretanto, o ambulatório C possui uma maneira de triar distinta da mencionada anteriormente. Os usuários são cadastrados no dia da inscrição independente do tratamento que eles precisam, mas o número de cadastros novos

que serão aceitos dependerá da quantidade de usuários que já está na lista de espera aguardando para passar por essa mesma triagem.

Fora esses 800 que a gente pega no início do ano, o que a gente tem visto ao longo do ano é que esses 800 não atendem às necessidades que a clínica precisa, ou seja, não é o perfil que a clínica precisa, então a gente continua pegando encaminhamentos daquelas clínicas que a gente tem falta de pacientes, por exemplo, cirurgia de extração simples, Endodontia [por ter melhorado o serviço público da região, diminuiu a quantidade de pacientes de endodontia, principalmente de dentes anteriores], eu também continuo pegando durante o ano todo pacientes para a Prótese Total, que é outra deficiência que nós temos, e pacientes jovens para fazer tratamentos preventivos. Nós pegamos esses encaminhamentos o ano todo e vai ficando no sistema (Supervisora C).

Já os ambulatórios A e B apresentam formas de acesso diferentes. No ambulatório A é necessário que o interessado apresente o encaminhamento de um dentista contendo o tipo de tratamento que a pessoa precisa, com o número do dente, quando necessário (por exemplo, nos casos de Endodontia e Cirurgia), e também com o tipo de prótese (Removível, Fixa, Total e/ou Implante). Neste caso, as inscrições também ficam abertas o ano todo e segundo a assistente social A, os usuários não têm grandes dificuldades para conseguir esse encaminhamento.

O ambulatório B possui um funcionamento totalmente diferente dos demais, pois atua com a regulação de vagas pelo município. Para que o usuário tenha acesso ao tratamento, inicialmente, ele deve realizar o tratamento básico na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para depois ser orientado quanto ao encaminhamento do caso, a partir de preenchimento de guia específica da rede SUS enviada à Secretaria Municipal de Saúde do município, que cadastrará, avaliará e liberará seguimento na Faculdade de Odontologia, conforme o número de vagas e os tratamentos disponibilizados pela faculdade.

Ele precisa aguardar a abertura de agenda com o dentista do posto, isso não é de imediato, e eles são orientados sobre isso, é como aguardar abertura de agenda pra qualquer especialidade ou clínico geral. A odontologia tem abertura de agenda e aí ele passa por esse atendimento odontológico no recurso municipal. Muitas vezes, a parte básica, o serviço municipal consegue atender e tratar. Algumas cidades da nossa região têm os Centros Odontológicos que conseguem fluir algumas, não as removíveis; a prótese total, e quando passa por esse atendimento inicial, que a gente chama de básico, e tem especialidade para atender, por exemplo, endodontia, outras próteses, algum nível mais especializado de cirurgia para periodontia, alguma dentística mais estética, eles fazem o preenchimento da guia de referência e essa guia vai para a central de

regulação de vagas, que fica na Secretaria Municipal de Saúde do município, que gerencia os encaminhamentos de 26 municípios (Assistente Social B).

É importante frisar que, em todos os ambulatórios, o atendimento em algumas clínicas se diferencia do padrão e tem regras e/ou triagens específicas para determinado tratamento, assim como as pesquisas, que são muito desenvolvidas nas faculdades e também apresentam requisitos próprios para o atendimento.

[...] E é claro, tem também os casos de pesquisa, como a pesquisa não pode parar e é primordial na universidade, muitas das vezes é divulgado triagem para demanda espontânea para captação exata desse perfil de necessidade da pesquisa. E aí o paciente recebe o tratamento daquela área e ele é referenciado ou contrarreferenciado em outras necessidades dele para ser atendido pela rede SUS e outros encaminhamentos que ele precisa. (Assistente social B).

Após inscrever-se, o usuário geralmente entra em uma lista de espera antes de iniciar o tratamento propriamente dito e o tempo de espera nessa lista é muito variável e, às vezes, indeterminado, pois depende de alguns fatores, como a existência daquela clínica no semestre. Como mencionado anteriormente, por se tratar de uma escola, as atividades clínicas ficam sujeitas à grade curricular e podem sofrer alterações em seu andamento.

Após a triagem, que é realizada semestralmente, o paciente é colocado em lista de espera sem previsão para o atendimento. O que pode acontecer brevemente, como pode aguardar até dois anos para ser chamado, dependendo da quantidade de inscritos, da necessidade de pacientes para as clínicas e a oferta da disciplina no semestre (Assistente social D).

Ademais, ainda há uma supervalorização das instituições de ensino superior públicas, representadas pela mídia e também no imaginário social como as grandes detentoras e produtoras do conhecimento, o que lhes confere prestígio e poder. Isso resulta numa grande procura pelos serviços que essas universidades oferecem, em busca de um atendimento de qualidade e excelência e talvez isso explique, em parte, mas não totalmente, as filas de esperas por tratamentos nessas instituições.

Outro fator preponderante é o tipo de tratamento a ser realizado, pois determinadas clínicas tem uma rotatividade de atendimentos maior do que outras, por exemplo, o aluno demora muito mais para fazer uma prótese do que um “canal” ou uma extração de dente e isso impacta diretamente na lista de espera.

Há também questões pontuais que permeiam o universo acadêmico e que afetam o andamento das clínicas e, conseqüentemente, o fluxo de atendimento, conforme indicado:

Depende muito do perfil do paciente, da indicação de tratamento, do fluxo da clínica, porque às vezes a gente tem uma turma de alunos que tem um fluxo melhor, tem uma turma que tem um pouco mais de dificuldade, pode ser também que naquele ano o calendário teve greve, ou os feriados caíram sempre na clínica de prótese, coisas que acabam não dando possibilidade da gente ter uma margem exata de espera (Assistente social B).

Com relação a isso, a assistente social B informou que a guia SUS tem um prazo de validade, que pode variar de três meses a dois anos e meio, a depender do tratamento para o qual o usuário foi encaminhado. Portanto, é preciso estar atento ao fluxo para que o prazo seja cumprido e, caso haja alguma intercorrência nesse período, comunica-se à rede SUS para que a guia seja reativada por mais um tempo e a faculdade não deixe de receber pelo tratamento ofertado.

Ainda quando falamos em formas de acesso, há outros dois serviços muito procurados nas faculdades de odontologia e que também apresentam modos de ingresso diferentes dos demais tratamentos. São eles: o setor de urgência odontológica e a clínica de estomatologia.

5.2.2.1 Setor de Urgência Odontológica

Todos os ambulatórios contam com um setor de urgência odontológica e em três (B, C e D) dos quatro ambulatórios pesquisados, o serviço de urgência atende pessoas de qualquer idade, que estejam com dor de dente, abscesso ou hemorragia, mas não realiza nenhum tipo de tratamento, apenas curativo para o alívio de dor.

O funcionamento desses setores nos três ambulatórios é bastante similar, com o mesmo horário de atendimento ao público (de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 12h e das 14h às 17h) e com distribuição de senhas para atendimento, diferenciando-se um pouco na formação das equipes que fazem os atendimentos.

O ambulatório C possui apenas uma dentista para realizar os atendimentos de urgência. Segundo a entrevistada, anteriormente os alunos da faculdade

estagiavam no setor, mas devido à ausência de professores para a supervisão de estágio no local, o atendimento ficou restrito à dentista contratada para essa função.

Sobre a organização do atendimento, a supervisora do ambulatório C nos informou que “[...] conforme os pacientes vão chegando, a dentista faz uma triagem para verificar se são casos de dor mesmo e se não for possível atender todo mundo no mesmo dia, ela faz um remanejamento”, mas disse que o número de senhas não é limitado e que o setor não enfrenta problemas com isso, uma vez que o acesso ao ambulatório é difícil e não tem transporte público para lá, não sendo, portanto, um serviço muito concorrido.

Os outros dois ambulatórios, B e D atuam com demanda espontânea e com atendimento por ordem de chegada, mas casos de maior gravidade que envolvam crianças, idosos e pacientes com deficiência têm atendimento preferencial.

Nossa combinação com a equipe é a seguinte: [o paciente] chegou, a gente acolhe, orienta do serviço, o que o serviço pode oferecer, porque já aconteceu das pessoas chegarem aqui não sabendo que é só alívio de dor, acha que a emergência é para tudo, conserto de prótese, estética e não é isso, ou mesmo para se cadastrar para aguardar vaga de tratamento. Se mesmo assim a pessoa falar que está com dor e que quer aguardar o atendimento, ela pega uma senha e fica no aguardo (Assistente social B).

O número de senhas distribuídas vai depender de quantos profissionais compõem a equipe de urgência naquele dia, pois isso pode variar.

No ambulatório B, têm períodos em que os atendimentos são realizados por um professor com dois, três e até quatro alunos da graduação e outros períodos em que ficam apenas os dentistas contratados, então o fluxo de atendimento acaba sendo menor.

Já o outro ambulatório D, não possui dentistas contratados para atuar exclusivamente no setor de urgência, são alguns professores da faculdade, já definidos, que trabalham em esquema de plantão e, por vezes, contam com alunos da graduação que também realizam os atendimentos, além de duas auxiliares que cuidam do preparo, esterilização e organização dos instrumentais odontológicos.

Nos dois ambulatórios, há uma média de atendimentos por dia, mas em geral os funcionários da recepção consultam a equipe sobre a liberação ou não de mais senhas para atendimento naquele período.

[...] já aconteceu de ter distribuído seis senhas pela manhã, no quarto teve uma intercorrência que demorou mais tempo que o previsto e estava dando o horário de término do serviço. Aí a gente orientou os dois que estavam aguardando se eles poderiam aguardar o período da tarde ou queriam retornar em outro dia. A depender do nível de dor dele, a gente verifica qual a unidade básica mais próxima que pode recebê-lo [...] (Assistente social B).

Já no ambulatório A, o setor de urgência diferencia-se dos demais na forma de atendimento, pois funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 14h, e é destinado apenas aos usuários já cadastrados na faculdade, não atendendo o público externo. O setor possui apenas uma dentista contratada e não há a participação de alunos/estagiários neste setor.

O setor de urgência odontológica, apesar de ser extremamente importante por seu caráter pedagógico e pelo tipo de serviço prestado à população, apresenta muitas dificuldades e desafios no seu exercício cotidiano. Uma das dificuldades destacadas refere-se à falta de materiais que seriam necessários para a resolutividade de determinadas situações. Mas, sem sombra de dúvidas, o grande desafio é trabalhar com um número reduzido de profissionais para uma demanda cada vez mais crescente, o que gera reclamações e revolta por parte dos usuários que não conseguem ser atendidos. Muitos resistem em entender que não se trata de um serviço de urgência que funciona 24 horas e por isso tem limites em sua capacidade de atendimento e que seu funcionamento é distinto de um hospital, mas é compreensível diante da busca desesperada para cessar sua dor.

Embora tenha se mostrado como um serviço tranquilo em três unidades, em uma delas houve o relato da existência de muitos problemas e conflitos acerca do atendimento de urgência prestado, exatamente pelos motivos expostos acima: uma demanda muito maior do que a capacidade de absorção, gerando reclamações por parte daqueles que não conseguem ser atendidos, apesar da dor, e que são dispensados por falta de vaga.

Infelizmente, essa também é a realidade encontrada em boa parte dos serviços de saúde de uma forma geral, locais abarrotados de gente com pouca disponibilidade de vagas e longas filas de espera, desvelando uma crise no modo de organização do sistema de saúde, que gera sentimentos de insegurança, desrespeito e desamparo.

5.2.2.2 Clínica de Estomatologia

Todos os ambulatórios dispõem da clínica de Estomatologia/Semiologia, que tem como finalidade prevenir, diagnosticar e tratar as doenças da boca e estruturas anexas.

Normalmente, essa clínica não requer inscrição para o atendimento, o usuário com alguma lesão ou afta é orientado a comparecer nos dias e horários específicos em que a clínica atende para realizar uma avaliação e, se necessário, continuar em tratamento e acompanhamento pelo dentista. Dentre as lesões mais graves está o câncer de boca e, neste caso, os ambulatórios intervêm de diferentes maneiras.

No ambulatório D, nos casos de suspeita de câncer, a clínica de Estomatologia realiza a biópsia e se houver a confirmação do diagnóstico, o usuário é atendido pela assistente social que o encaminhará para tratamento em âmbito hospitalar, por meio de uma parceria com um hospital público, que dará todo suporte e tratamento necessários.

As assistentes sociais dos ambulatórios A e B também destacaram a atuação do Serviço Social nos casos de câncer bucal dando suporte à equipe no momento de comunicar ao usuário esse diagnóstico e para auxiliar e orientar o usuário sobre o seu tratamento, que será realizado por meio da rede de saúde do município. Há um contato prévio com a Unidade Básica de Saúde (UBS) que receberá esse usuário, na tentativa de agilizar o seu atendimento ou a realização de exames imprescindíveis para o seu tratamento.

[...] em relação à Estomatologia, normalmente os casos de câncer que são diagnosticados, eles gostam e pedem pra gente estar junto e falar junto. E aí a gente já vê qual é a UBS, como é que faz para entrar, pra agilizar e geralmente a gente tem tido uma boa resposta. Quando a gente fala com UBS, [o usuário] não demora muito para entrar no atendimento, a gente não tem tido muito problema não (Assistente social A).

Além disso, a assistente social A relatou que a faculdade conta com uma clínica de apoio aos usuários oncológicos, chefiada por um professor, que é cirurgião de cabeça e pescoço, e que presta atendimento a qualquer usuário diagnosticado com câncer que necessite de quimioterapia ou radioterapia, para o

preparo da boca e prevenção de infecções antes de se submeterem a esses procedimentos.

Diferentemente dos demais, o ambulatório C conta com um Centro de Oncologia Bucal, que fica em outro prédio da faculdade e atende somente as pessoas já diagnosticadas com câncer.

O atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar composta por oncologista, otorrinolaringologista, anestesista, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta e todo tratamento é realizado no centro ou, quando necessário, algumas intervenções são feitas na Santa Casa do município.

Todos os exemplos citados revelam a importância dada ao acolhimento, que nada mais é do que o ato de cuidar do outro, especialmente nesses casos em que o usuário encontra-se mais fragilizado e ávido por cuidado. Nessa lógica, as práticas estruturadas no trabalho em equipe são determinantes para um atendimento humanizado e de qualidade.

5.2.3 Os fluxos de atendimento e a integralidade do cuidado

Todos os ambulatórios possuem fluxos pré-determinados de atendimento ao usuário, mas todos diferem na maneira como está organizado e estruturado esse fluxo, haja vista as especificidades de cada unidade e também dos municípios onde elas se encontram.

Em alguns ambulatórios o fluxo de encaminhamento de uma clínica para outra acontece de forma mais clara, enquanto outros não têm um trânsito bem definido entre as clínicas, pois esse fluxo depende do tamanho da lista de espera de cada tratamento e, normalmente, os encaminhamentos ocorrem entre as clínicas em que os tratamentos são mais rápidos.

Geralmente, os atendimentos das clínicas acontecem semanalmente, mas também há atendimentos quinzenais ou mensais realizados por algumas clínicas e isso influencia na duração do tratamento e no seu andamento.

A falta de fluidez e integração entre as clínicas tem gerado prejuízos aos usuários, pois estes não conseguem finalizar o tratamento. Além disso, o fato do usuário não ser encaminhado para outra disciplina, necessária à continuidade do

seu tratamento, devido à ausência de vaga ou à espera prolongada em outra lista de espera, pode comprometer imensamente todo trabalho já realizado, como demonstram os relatos abaixo:

[...] por exemplo, tratamento de canal: o paciente irá realizar uma fase durante o semestre, porém a continuidade dependerá da existência de vaga, podendo o paciente ter que aguardar nova chamada. O mesmo acontece com a clínica de Cirurgia: o paciente realiza a extração dos dentes e volta para a lista de espera para aguardar a chamada para a clínica de prótese, podendo aguardar por tempo indeterminado. E há muitos casos, em que esse paciente sai da cirurgia e precisa de uma prótese que está com a lista de espera muito grande. Então, esse paciente é dispensado e orientado a ligar no próximo semestre para se informar se haverá inscrição para o tratamento que ele precisa, o que pode não ocorrer. A prótese removível, por exemplo, faz anos que não abre vaga para inscrição (Assistente social D).

Por exemplo, temos as clínicas de Periodontia I, II e III, mas neste semestre não temos a I. Então o paciente que no semestre passado foi triado, ele só vai voltar à clínica em setembro ou outubro do segundo semestre e isso prejudica o atendimento integral do paciente. Às vezes o que ele fez lá no início, até ele voltar para a clínica, ele pode ter perdido, e sem contar que para o paciente vai ser um novo aluno, uma nova equipe, ele vai ter que preencher tudo de novo a anamnese, às vezes refazer exames radiográficos; então é uma perda na relação muito grande e nós não temos como questionar a fundo isso com a faculdade de odontologia, porque aquele aluno está na fase de aprender a fazer justamente isso, pois ele não conhece o paciente (Assistente social B).

O grande problema não é dar início ao tratamento, mas sim concluir o tratamento (Supervisora C).

Os exemplos citados refletem a realidade de quase todos os ambulatórios, onde não há um planejamento de todo caminho a ser percorrido pelo usuário dentro dos ambulatórios para que ele possa efetivamente ter todas as suas necessidades de saúde bucal atendidas naquele local. Em outro formato, o usuário é chamado para atender à demanda específica de determinada clínica, mas isso não lhe garante a continuidade do tratamento nas demais disciplinas, ou seja, o atendimento fica fragmentado e o usuário não consegue concluir o seu tratamento, mesmo após anos de espera.

[...] porque ele vem, faz aquele tratamento pontual, é contrarreferenciado, tem alta e não dá seguimento imediato. Fica fragmentado. E eu volto a dizer: primeiro, que pelo convênio estabelecido não é possível e, segundo, pela característica de demanda, porque o paciente para entrar aqui e fazer desde um simples selante à prótese, que é a ponta do iceberg na odontologia, teria que ter uma possibilidade de vaga clínica imensa. A gente não tem pernas para atender a prevenção e dar a manutenção e se precisar de uma especialidade ser prontamente atendido, pelo próprio calendário da

faculdade de odontologia. Nem sempre naquele semestre vai acontecer a clínica da demanda que o usuário precisa. Até aqui, internamente, quando ele é nosso paciente, pode ser que ele fique seis meses em stand by, porque não está na época daquela clínica. O aluno que está na clínica naquele momento não está apto para atender a demanda dele (Assistente social B).

[...] a gente explica que aqui é uma escola. Então eu penso que a nossa função aqui é atender primeiro a necessidade da clínica. Mas a gente coloca isso para o paciente, que o atendimento é de acordo com a necessidade da clínica e na medida do possível a gente vai tentando atender a necessidade do paciente (Supervisora C).

A prática da clínica integral, embora desejável, ainda é um grande desafio para o cirurgião-dentista, tendo em vista a fragmentação “natural” do seu trabalho. Nesse sentido, faz-se necessário uma ressignificação do ato clínico e da relação entre usuário e profissional, superando qualquer tipo de relação hierárquica para a construção de uma nova relação baseada no diálogo e no cuidado, numa perspectiva ética e emancipatória (Botazzo, 2005).

O ambulatório B, por trabalhar com a central de regulação de vagas pelo SUS possui um fluxo de referência e contrarreferência, utilizado principalmente nos casos em que o usuário é encaminhado a uma das clínicas de prótese - tratamento com o custo mais elevado - e também para serviços menos especializados, como a Dentística, a Periodontia e a Cirurgia, que tem um grande fluxo entre as clínicas por serem tratamentos mais rápidos. Como normalmente esses serviços são mais baratos, o convênio autoriza a sua realização mediante uma contrarreferência da faculdade informando os procedimentos adicionais.

Quando está referenciado para a prótese, como a prótese é o maior custo que tem, algumas necessidades que a prótese indicar - informando o planejamento do caso numa contrarreferência também - normalmente o SUS autoriza os outros tratamentos, que envolve Endodontia, às vezes uma Fixa junto com a Removível, que só veio a Removível, Dentística, Periodontia. Eles acabam autorizando e o paciente já fica aqui, porque está autorizado tudo, já faz tudo. Quando é para um serviço de menor custo, como a Endodontia, não tem essa possibilidade de ir direto para a prótese, até porque nós não teríamos essa capacidade de absorção. Um paciente fica na prótese muito tempo, na Endodontia o fluxo é muito rápido, a Periodontia, rápido, Dentística, rápido, a Cirurgia, nem se fala. Então, se todas essas clínicas, que normalmente acabam precisando de prótese em algum momento, forem para a prótese direto, nós não atendemos quem está no convênio (Assistente social B).

O paciente está na Dentística, mas ele tem Periodontia. Ele pode ir para a Periodontia. A gente faz a contrarreferência, porque normalmente a lista de espera de Periodontia não é grande como a de prótese, então o SUS acaba

autorizando e a faculdade recebe pelos dois procedimentos (Assistente social B).

As falas da assistente social B retratam a dificuldade em articular e organizar o fluxo de atendimento também pela rede de saúde. Assim como nos demais ambulatoriais, os tratamentos mais especializados e as próteses aparecem como os de mais difícil acesso para o usuário, seja por demandar mais tempo para a realização e, conseqüentemente, ter uma capacidade de absorção menor do que as outras clínicas, seja pelo valor cobrado por algumas faculdades - tema que será discutido mais adiante.

A contrarreferência também é utilizada nos casos em que o usuário é triado e encaminhado erroneamente para uma clínica que não corresponde a sua necessidade de tratamento. Neste caso, a contrarreferência permite ao usuário dar seguimento ao seu tratamento na clínica correta sem ter de aguardar novamente em outra lista de espera.

Quanto aos usuários que demandam vários tratamentos ao mesmo tempo, a entrevistada explicou que a indicação do tratamento vai depender de como está o fluxo na rede de saúde.

[...] porque se o dentista da rede colocar, muitas vezes, que é clínica integrada, reabilitação oral total, ou todas essas demandas, a central de regulação pode cadastrá-lo diretamente na prótese e aí ele perde a oportunidade, inclusive, de salvar alguns outros dentes. Então, a depender do fluxo SUS que tiver, ele sabe que o paciente precisa de várias especialidades, várias áreas, mas ele acaba encaminhando, por exemplo, para a Endodontia, Endodontia e Cirurgia vêm muito também, e Periodontia, porque o fluxo é mais rápido. É claro que quando ele chega aqui os docentes ficam abismados de ver: “Nossa, o dentista não viu isso? Porque precisa disso, daquilo”. Precisa, ele até sabe [o colega da odontologia lá na unidade básica de saúde], só que se ele colocar tudo na guia, o paciente vai para um fila de espera de quatro, cinco, seis anos, porque vai cair tudo na prótese. E aí são dois pesos e duas medidas, mas não deixa de ser uma tentativa de que esse paciente seja pelo menos atendido em alguma necessidade. [...] Mas, se a gente pensar no sistema de funcionamento, que infelizmente a demanda ainda é maior do que o número de vagas, foi uma tentativa (Assistente social B).

Essa narrativa reflete algo que vem se tornando cada vez mais comum nos serviços de saúde: o uso de estratégias e ações no cotidiano de trabalho, que mesmo não sendo as ideais, são as maneiras encontradas pelos profissionais para tentar garantir ao usuário o mínimo de acesso à saúde. Essa situação é um dos muitos exemplos do desmonte do SUS e da precarização do trabalho, que

desmotiva e adoece o profissional de saúde que fica de mãos atadas frente à burocratização e à falta de estrutura do sistema.

Na contramão do que foi exposto até o momento, uma das faculdades pesquisadas possui um centro de atenção à pessoa com deficiência que apresenta uma dinâmica e um fluxo diferente nos ambulatórios.

Especificamente nesse centro não há divisão das clínicas por disciplinas, o usuário é atendido em todas as suas necessidades de saúde bucal pela mesma equipe de dentistas e médicos, o que propicia o estabelecimento de vínculos e uma relação de confiança entre as partes, melhorando a adesão e a adaptação do usuário ao tratamento. Ademais, o centro conta com outros profissionais, além de dentistas e médicos, que visam contribuir, por meio do seu trabalho, para o sucesso do tratamento dentário, assegurando, assim, um atendimento integral à pessoa com deficiência.

Outro tema levantado com as entrevistadas e que tem estreita relação com a integralidade do cuidado é a intersetorialidade. Vale lembrar que esse tema está presente no SUS desde a sua construção, ressaltando os múltiplos aspectos determinantes do processo saúde-doença e a necessidade de interlocução entre os diferentes setores e instituições governamentais e não governamentais para discutir e planejar políticas específicas que melhorem a qualidade de vida da população (Akerman et al., 2014).

Intersetorialidade é processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersetorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população (Campos et al., 2004).

A intersetorialidade foi discutida sob o prisma da interface com a rede de saúde e foi possível perceber que há uma boa comunicação entre os diferentes serviços, sobretudo entre os ambulatórios e as instituições de saúde e assistência social dos municípios, na busca por uma resolução mais efetiva para as demandas dos usuários, tais como: transporte para realizar o tratamento, encaminhamentos para consultas e/ou exames necessários para a continuidade do tratamento odontológico, encaminhamentos para orientações e cadastramento em benefícios

sociais e para tratamento de câncer bucal foram os principais exemplos de articulação intersetorial citados pelas entrevistadas.

A interface com a rede de saúde somente existe no momento de encaminhamentos para o âmbito hospitalar (Assistente social D).

Outro ponto destacado pelas profissionais é a dificuldade que os usuários encontram para acessar os serviços de saúde, a morosidade no atendimento e a falta de informações básicas sobre o seu funcionamento, o que cerceia o direito à saúde e prejudica o plano de tratamento do usuário, conforme desvela a fala a seguir:

Outra situação também da prótese: a prótese é uma clínica que eu trabalho muito. O paciente da prótese, que é hipertenso e diabético descompensado, vai para a clínica de graduação de cirurgia, que é um papel de trânsito - a clínica origem preenche e vai esse trânsito para a cirurgia. Chega na cirurgia, o professor - na parte de educador, é claro - não vai fazer a cirurgia, porque se ele passa um ponto percentual do que está previsto na normativa da pressão arterial, ele é dispensado e aí manda-se um encaminhamento para que o médico do paciente faça uma liberação médica. Só que o paciente, a grande maioria, é da rede SUS, então ele vai ter que passar primeiro e aguardar uma vaga de agenda com o clínico geral para tentar antecipar a agenda com o cardiologista que o acompanha. E nesse tempo todo, o paciente volta depois de um ano com o relatório médico. Então, em alguns casos, há a intervenção do Serviço Social, eu faço um contato com a rede municipal de saúde, se for do município, facilita muito, pois eu tenho contato direto com algumas colegas da área e eu discuto com o Serviço Social do posto para pedir um suporte, ajuda na liberação de agenda, justificando a necessidade para ele não perder todo um planejamento aqui da prótese na odontologia, e normalmente a resposta é positiva. Dessa forma a gente acelera todo esse processo burocrático para desenrolar o caso e ele conseguir ter o tratamento o mais rápido possível e a alta o mais rápido possível; favorecendo, em contrapartida, o andamento de alguém que está na lista de espera. Então, ou a gente consegue o relatório médico de forma mais ágil ou a execução da cirurgia na rede básica, e aí o paciente já vem pronto para a prótese (Assistente social B).

A partir disso, fica claro que o trabalho em rede exige mais do que o ato de encaminhar e comunicar; é essencial o desenvolvimento de um trabalho conjunto, ancorado nos dispositivos e programas existentes no território, para que haja de fato um impacto positivo na dinâmica dos serviços utilizados pelos usuários. E esse é o grande desafio do trabalho intersetorial: produzir mudanças nas condições de vida da população.

5.2.3.1 Os custos dos tratamentos

Ao discutir o acesso e a integralidade do cuidado em saúde bucal nos ambulatoriais das faculdades públicas de odontologia, vem à tona um questionamento recorrente no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais inseridos nesses espaços: os tratamentos são gratuitos? E a resposta a essa indagação é um dos pontos-chave que pode, ou não, promover ou facilitar o acesso do usuário ao tratamento e, conseqüentemente, efetivar o seu direito à saúde bucal.

Em quase todos os ambulatoriais pesquisados a realidade é a mesma, os atendimentos odontológicos básicos (por exemplo: Endodontia, Cirurgia, Periodontia, Radiologia, restaurações) são gratuitos, exceto as próteses, implantes e demais serviços que têm custo de laboratório. E o fato é que a cobrança de determinados tratamentos e procedimentos dentro de universidades públicas ainda gera muita polêmica e controvérsia.

Os laboratórios de prótese dentária são terceirizados e contratados mediante licitação, mas os valores, as formas de pagamento e o responsável em receber os pagamentos variam em cada ambulatório.

Nos ambulatoriais A e C, o pagamento do tratamento é feito pelo usuário direto para o protético do laboratório, que vai até as clínicas para fazer o planejamento e passar o orçamento ao usuário, não havendo o envolvimento da faculdade nesse âmbito.

[...] eles vêm no dia da clínica e ficam para orientar. É tudo com o protético, agora assim, esses dias teve uma paciente que até mandou para a ouvidoria que estava muito caro. Aí eu fui e conversei com o professor e ele falou: “Peça pra ela vir e eu vou conversar”, e eles conseguiram melhorar o valor pra ela. Foi resolvido. Então esse é um tipo de coisa que a gente faz, não é porque eu dei isenção, não, é porque a gente foi, falou com o professor, explicou a situação e ele foi tentar melhorar o valor pra ela. Mas as plaquinhas, essas coisas que eles têm que pagar vai tudo para o protético. A faculdade não tem mais isso, porque houve uma vez a denúncia e eles acharam que a gente não poderia ter renda nenhuma nesse sentido. Então é feito pelo protético, contrata o protético, não é pela gente. Porque as próteses são pagas, os implantes são pagos, mas é feito tudo via protético (Assistente social A).

Na verdade, acho que eles (do laboratório) vêm só no primeiro dia que faz o planejamento do tratamento, porque aqui tudo é perto e depois as pessoas (usuários) vão diretamente lá (Supervisora C).

Já no ambulatório D, os orçamentos e boletos, assim como os pagamentos, são administrados pela Tesouraria da faculdade e os repasses são feitos ao laboratório de acordo com o andamento do tratamento.

Vale destacar que, com exceção do ambulatório C, os ambulatórios recebem verba mensal repassada diretamente pelo SUS. Na maioria das vezes, essa verba é calculada a partir de referenciais de valores correspondentes aos procedimentos que são realizados pelos ambulatórios, mas não é ilimitada, há um teto para o repasse da verba, frequentemente irrisório quando comparado ao montante de gastos que as faculdades têm com a assistência odontológica prestada à população.

Outra situação que merece ser ressaltada é que, antigamente, nos ambulatórios A e D havia a possibilidade de desconto nos orçamentos protéticos, mediante a realização de avaliação socioeconômica pelo Serviço Social, o que facilitava ou até garantia que o usuário pudesse realizar o tratamento, pois apesar de ainda haver um custo, este era menor.

Entretanto, atualmente, em nenhum dos dois ambulatórios existe mais essa possibilidade de desconto e houve alteração na forma de receber por esses tratamentos. Isso ocorreu porque uma das faculdades foi denunciada pela cobrança dos procedimentos, enquanto que na outra instituição, os próprios dirigentes decidiram suspender os descontos sem qualquer consulta prévia ao Serviço Social sobre os efeitos e/ou prejuízos dessa conduta na continuidade do tratamento dos usuários e sem demonstrar o impacto desses descontos no orçamento da faculdade.

[...] antigamente tinha um trabalho, a gente tinha desconto, aí houve uma denúncia de que cobrava, “não sei o quê”. Então, hoje, existe o protético que fica aqui, o preço é do protético, é pago para o protético, então a faculdade não manipula mais o dinheiro. Antes entrava para o caixa da faculdade, hoje nada mais entra no caixa. Então é feito um trabalho que o protético está em toda clínica, porque aí faz o orçamento e é tudo direto com o protético (Assistente social A).

Nós fazíamos avaliações socioeconômicas para concessão de descontos em orçamentos protéticos. Mas faz uns dois anos que a Diretoria suspendeu esse trabalho, alegando que a faculdade estava passando por uma crise financeira e os descontos concedidos pelo Serviço Social poderiam comprometer ainda mais o orçamento da faculdade. Na época, os dirigentes ficaram de fazer um levantamento para avaliar se os descontos realmente impactavam de forma significativa nesse orçamento a ponto dessa suspensão ter que ser mantida, mas esse levantamento nunca foi feito e os descontos continuam suspensos até hoje (Assistente social D).

A cobrança de alguns procedimentos por parte das faculdades e a negativa de descontos faz com que muitos usuários desistam do tratamento quando chega o momento de pagar por ele por não terem condições de arcar com os custos, mesmo havendo parcelamento do valor. Nos últimos anos, essa situação tem se agravado devido ao aumento considerável do desemprego, da terceirização e da precarização do trabalho que agravaram as condições de vida da classe trabalhadora.

[...] na verdade é um dos maiores problemas que a gente tem, até mesmo com os pacientes da graduação, não só da especialização. Tem paciente que faz o tratamento até o momento em que ele não precisa pagar nada, a partir do momento que ele precisa pagar, ele começa a faltar e etc. (Supervisora C).

No entanto, há exceções. O ambulatório B e o centro de atenção à pessoa com deficiência prestam assistência odontológica pública e gratuita aos usuários dos serviços.

Esse atendimento público gratuito é possível porque a faculdade B está conveniada ao SUS e atende a demanda encaminhada a partir do Departamento Regional de Saúde. Contudo, apesar do convênio, o ambulatório B apresenta alguns serviços pagos, como o implante e a Ortodontia, por envolverem procedimentos que não são financiados pelo SUS e nem pela faculdade e, portanto, precisam ser pagos pelo usuário.

No convênio SUS que são gratuitos: Dentística - que são as restaurações; Endodontia – canal; Cirurgia - extração de dente e remoção de lesões; Periodontia Básica e Especializada; Prótese Total; Prótese Parcial Removível; Oclusão – DTM; Clínica Integrada; Prótese Fixa; Clínica Infantil; Ortodontia Preventiva; Semiologia; Exames radiológicos. A Ortodontia Preventiva não tem o custo do aparelho, mas tem o custo da documentação prévia, isso a faculdade não faz, que são as fotos, os modelos e, por esse motivo, ela saiu do convênio SUS, porque mesmo que nós não cobramos nada aqui dentro, é um paciente que vai pagar algo fora para trazer para o tratamento. Para evitar problemas com o Ministério Público e desentendimento da situação com alguns usuários, decidiu-se por excluir a Ortodontia Preventiva do convênio, só que a base do atendimento permanece gratuita, ele tem o custo apenas dessa documentação ortodôntica. E a Ortodontia Corretiva, ela já não estava mesmo no convênio, porque ela tem uma duração muito grande de acompanhamento, então não daria fluxo para a lista de espera e tem custo. O aparelho tem custo (Assistente social B).

O implante também não é gratuito, há o custo, eu não sei explicar ao certo qual é o tipo de custo, como isso é gerenciado, porque toda triagem e negociação é direto com o docente responsável pelo curso. Até estamos com alguns em suspenso, porque estamos com a obrigatoriedade legal de organizar a questão do pagamento, porque não era pela tesouraria nem da

escola e nem da Fundação, era direto com o docente. E aí tivemos alguns problemas, inclusive judiciais, então a escola está se reorganizando nisso, mas o implante também é um atendimento não SUS (Assistente social B).

Diferente do ambulatório B, o centro de atenção à pessoa com deficiência não tem um grande convênio com o SUS e não é ligado à regulação de saúde do município, porém, assim como os outros ambulatórios estudados, recebe um repasse mensal, que é ínfimo frente às despesas existentes. Diante dessa circunstância e como forma de assegurar um atendimento totalmente gratuito ao usuário do centro, os próprios funcionários criaram uma associação que desenvolve várias ações e atividades para arrecadação de fundos com o intuito de complementar a renda e pagar os gastos da instituição, além de participar de concursos que promovem o financiamento de projetos e filantropia.

Todos os tratamentos são gratuitos, não tem cobrança de nada. Tem laboratório nas clínicas lá debaixo [...] molda e a confecção é fora, não faz aqui e, nesse caso, a associação ajuda. [...] por isso que tem a associação também, para não faltar nada mesmo. [...] Até o ano passado a gente tinha um evento por ano, que era confecção de um bolinho de bacalhau numa festa que tem aqui, e todo o recurso angariado com a festa era utilizado para os pacientes, só que em virtude dos problemas [falta de recursos], a gente está fazendo outros eventos, uma galinhada, uma coisa ou outra, para angariar mais fundo. [...] Às vezes o paciente sai da sedação ainda muito inchado, ou qualquer outro problema, precisa tomar algum medicamento e a família não tem condições de comprar, a gente compra o medicamento, tudo para garantir o sucesso do tratamento e o retorno do paciente ao centro (Assistente social C).

Considerando o contexto, a profissional revelou que o centro está passando por grandes dificuldades financeiras e em suas condições de trabalho devido à falta de recursos, suporte da faculdade e ao número reduzido de funcionários, sem expectativas de novas contratações. Segundo ela, a faculdade tem se mostrado omissa no seu dever de prestar assistência e custear os serviços oferecidos no centro, o que dificulta, desmotiva e onera o trabalhador que se encontra cada vez mais sobrecarregado.

[...] a gente tem várias dificuldades, essa crise que a faculdade está passando, de falta de funcionários, isso sobrecarrega demais os dentistas, sobrecarrega demais as auxiliares. Então essa é uma grande dificuldade. Essa associação que tem aqui dentro, apesar dela ser fundamental para o paciente, eu também acho que é um problema, porque é uma questão que a faculdade tinha que se responsabilizar, o paciente não deveria ficar à mercê desse voluntariado todo. Porque eu sou contratada e recebo o meu salário para fazer o meu trabalho. Eu sou obrigada a fazer o meu trabalho,

eu não estou aqui por bondade. É minha função mesmo e para eu garantir algumas coisas para o paciente, eu tenho que fazer outro trabalho além desse. Eu tenho que participar de eventos para arrecadar dinheiro para comprar o fio de sutura, por exemplo. Então eu acho isso muito difícil, por isso que eu não entrei na diretoria da associação. Eu ajudo, faço o que for preciso, mas eu acho que tem esses dois lados da associação, por um lado a gente garante algumas coisas para o paciente, mas a gente tira uma certa responsabilidade da faculdade com relação a isso, e esse ano ainda mais. Os eventos que a gente faz (comemorações do dia das mães, dia da criança, Natal, semana da pessoa da deficiência), é tudo com recurso da associação. A faculdade não ajuda em absolutamente nada. Até o café da manhã, que é básico, é a associação que tem que pagar (Assistente social C).

Foi como eu te falei, está faltando até fio de sutura. O paciente da sedação, por exemplo, ele precisa de um fio reabsorvível, porque você não pode marcar uma sedação para extrair um dente e marcar outra sedação para tirar os pontos, considerando o tamanho da nossa lista de espera. Então a gente marca a sedação, sutura com esse fio e não precisa voltar, mas acaba o fio e a gente compra, não tem outro jeito (Assistente social C).

Nota-se que em algumas faculdades o financiamento dos procedimentos pelo SUS ainda é um tabu. Há muitas indagações e dúvidas sobre o processo de financeirização das faculdades públicas de odontologia e isso se reflete no seu papel no tripé, ensino, pesquisa e extensão.

Afinal, não seria dever de uma universidade pública garantir à população o direito a um atendimento público, gratuito e de excelência? Ainda mais quando falamos das mais renomadas universidades públicas do país?

Os relatos a seguir demonstram o grande gargalo existente nessas faculdades no que diz respeito à efetivação do direito à saúde bucal do usuário e à falta de acesso real ao tratamento, pois quando o pagamento pelo serviço é imposto pela faculdade e impede e/ou dificulta a sua realização pelo usuário, não podemos dizer que este teve, de fato, o seu acesso à saúde bucal assegurado.

[...] Já houve uma época em que se tentou fazer pelo SUS, mas ainda existe muita resistência por parte dos docentes, não sei dizer o porquê, mas acontece. E eu acho que isso depende muito da colaboração dos docentes e do que eles querem (Supervisora C).

A única prótese gratuita é a prótese total, mas isso aconteceu há pouco tempo por conta de um convênio com o SUS, que repassa os valores para o pagamento de um determinado número de próteses. Mas para os outros tratamentos que envolvem o laboratório, os pacientes arcam com os custos e muitos procuram o Serviço Social aflitos, pois esperaram por muito tempo para iniciar o tratamento, e quando são chamados não têm condições de pagar o valor cobrado, mesmo com parcelamento. Alguns chegam a pedir para voltar para a lista de espera para serem chamados mais pra frente na esperança de sua vida econômica melhorar. Isso traz muita angústia e revolta, pois não podemos mais interceder pelo paciente e solicitar um

desconto, o que fazemos muitas vezes é tentar conversar com o professor responsável por aquela disciplina para que ele reveja o planejamento, melhorando a forma de parcelamento ou mesmo reduzindo o número de procedimentos naquele semestre, se possível, para baratear o orçamento naquele período e, assim, o paciente pode se organizar financeiramente para retornar o tratamento no próximo semestre. É claro que isso não é o ideal, pois o paciente deveria ter suas necessidades atendidas naquele momento, mas muitas vezes é a única alternativa que nos resta para que o paciente não perca sua vaga (Assistente social D).

5.3 O TRABALHO INTERDISCIPLINAR

A interdisciplinaridade propõe o diálogo, a troca, a interação e a cooperação entre diferentes áreas do conhecimento, em que cada área contribui com o seu saber, preservando, porém, a autonomia e integridade de métodos e conceitos de cada profissão, na direção de uma relação horizontal (Silva; Mendes, 2013).

A maioria das entrevistadas declarou que nos ambulatórios não existe um trabalho interdisciplinar, embora algumas unidades contem com diferentes profissionais em seu quadro de funcionários.

Em alguns ambulatórios a atuação desses profissionais está voltada apenas para funcionários e alunos e não para os usuários. Entretanto, há muitas distinções entre os profissionais envolvidos no atendimento e nas relações de trabalho em cada ambulatório.

O ambulatório A conta com uma assistente social, dois médicos e uma enfermeira, mas esses dois últimos têm como foco o atendimento aos funcionários e alunos da unidade e não aos usuários em tratamento. Segundo a assistente social A, havia também uma fonoaudióloga, que se aposentou e não houve nova contratação.

Em casos de emergências médicas, a faculdade aciona a ambulância para realizar os primeiros socorros e, se necessário, levar a pessoa até o hospital ou somente para dar orientações. Esse serviço é prestado por uma empresa privada contratada pela faculdade como forma de garantir o atendimento de emergência a qualquer pessoa que esteja dentro do prédio da faculdade e necessite desses cuidados.

O ambulatório D possui um “Setor de Apoio ao Paciente” que é formado por uma psicóloga, duas assistentes sociais e uma fonoaudióloga. Além disso, o ambulatório conta com uma enfermeira e uma médica, que fica especificamente na clínica de Cirurgia, mas presta atendimento em casos de emergência. Nestes casos, quando o indivíduo precisa ser transportado até o hospital, a guarda universitária ou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é acionado.

Porém, não existe um trabalho multiprofissional contínuo. O que entendo por trabalho multi é uma prática em que a comunicação entre os profissionais faz parte do cotidiano em busca de solucionar ou intervir em um mesmo problema. Na clínica, pouco se discute casos, o trabalho é individualizado, cada um cuida do seu. Algumas vezes, há uma interação entre os profissionais. Os pacientes são atendidos por cada profissional de acordo com sua necessidade (Assistente social D).

Já o ambulatório B conta com uma assistente social e uma enfermeira que estão diretamente ligadas à supervisão de clínicas, isto é, auxiliam, dão suporte aos alunos e realizam atendimentos aos usuários, quando necessário. Há também uma fonoaudióloga, alocada pelo Departamento de Odontologia Restauradora, especialmente na clínica de disfunção temporomandibular (DTM), mas que não está envolvida no atendimento ao usuário propriamente dito.

O ambulatório conta ainda com uma equipe interdisciplinar formada por voluntários da área de psicologia, fisioterapia e fonoaudiologia, mas que atuam exclusivamente no atendimento a pessoas com deficiência que possuem DTM.

Baseada nesse cenário, a entrevistada constata que não há um trabalho interdisciplinar profundo no ambulatório como um todo, embora, a depender da necessidade, é possível estabelecer parcerias e colaboração entre os profissionais.

Eu já fiz parte oficialmente do projeto destinado às pessoas com deficiência, mas depois o fluxo aumentou muito e não dava pra ficar muito próxima só deles, mas quando há necessidade, eles me acionam, como as demais clínicas. Teve uma época que a gente conseguiu trabalhar muito em conjunto e para todo usuário novo havia um acolhimento de orientação com o Serviço Social e com o psicólogo voluntário e havia discussão dos casos nos seminários. Era bem rico, bem legal (Assistente social B).

Apesar de não possuir médicos em seu quadro funcional, o ambulatório B, assim como o todo o campus, dispõe de atendimentos emergenciais realizados por equipe especializada e unidades móveis através de convênio firmado entre a universidade e uma empresa privada.

Quanto ao centro de atenção à pessoa com deficiência, vários são os profissionais envolvidos no atendimento aos usuários além do cirurgião-dentista, tais como: assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeira, técnico de enfermagem, neurologista, clínico geral, pediatra, otorrinolaringologista e fonoaudiólogo.

Durante a visitação ao centro, foi possível notar uma grande integração entre a equipe de saúde e um forte sentimento de pertencimento, num esforço conjunto para viabilizar o melhor atendimento ao usuário.

[...] eles são atendidos e também são acompanhados com foco no tratamento odontológico. Por exemplo, tem a questão de tala, que sempre faz e tem que trocar e fazer diferente. A fonoaudióloga para ver essa questão de engolir, de respirar. A psicóloga trabalha a questão do trauma, do medo. E, pontualmente, os pacientes continuam fazendo o acompanhamento com esses profissionais (Assistente social C).

Segundo a entrevistada, os atendimentos realizados com os demais profissionais ocorrem com menos frequência do que com os dentistas, pois é feita uma avaliação inicial como respaldo ao tratamento odontológico e, pontualmente, o usuário retorna para algum atendimento com esses profissionais, uma vez que o acompanhamento terapêutico não será realizado no centro. No entanto, isso não compromete o trabalho interdisciplinar, pois o plano de tratamento ao usuário é pensado e formulado em conjunto pela equipe.

Por exemplo, se ele [usuário] precisa de fonoaudiólogo, ele não vai fazer a terapia aqui, porque ele vem para o tratamento odontológico, que pode ser de três em três meses, de seis em seis meses, e com a fonoaudióloga ele teria que vir toda semana. [...] um paciente do Rio de Janeiro não tem como vir [toda semana]. Então, a fonoaudióloga faz a avaliação dela, se ele não passa com nenhuma fonoaudióloga, ela orienta a família, faz o contato com o município ou me passa o município e eu aciono os recursos que têm para garantir esse atendimento. Hoje, a gente tem esse trabalho, o paciente vem, a gente faz essa avaliação, se ele precisa de terapia, de encaminhamento, as meninas [fisioterapeuta, TO] fazem o que elas podem fazer aqui, me encaminham o caso, eu aciono o município naquilo que ele precisa (Assistente social C).

O ambulatório C conta somente com uma assistente social e, recentemente, um grupo, majoritariamente formado por estudantes de Psicologia, realiza estágio na faculdade e presta atendimento psicológico aos usuários do ambulatório.

As falas das entrevistadas refletem uma relação de trabalho positiva com os demais profissionais e professores, o que não significa dizer que existe de fato, uma

relação interdisciplinar entre eles. Nesse sentido, é válido pontuar “que a existência de equipes multiprofissionais não é suficiente à prática interdisciplinar” (Silva; Mendes, 2013, p. 62).

Eu posso dizer que, hoje, tem um fluxo muito bom com todos os departamentos, com a própria enfermeira, com a fonoaudióloga, essa relação de fluxo foi construída, eu acho que o Serviço Social tem liberdade e autonomia nesse contato direto com as outras áreas. É claro que alguns docentes recebem com mais tranquilidade, outros são mais resistentes, mas no geral, eu acho que eu consigo trabalhar bem as demandas com todas as áreas. Eu acho que a maior dificuldade do Serviço Social é trabalhar com cursos, porque são alunos que não tem um vínculo cotidiano com a unidade, então às vezes não dá tempo nem de eu conhecer quem é, saber como será a rotina e muito menos o paciente lembrar quem foi. Então, com cursos eu tenho essa dificuldade, cursos pagos mais ainda, porque a maioria são dentistas que vem uma vez ao mês, faz o curso e volta para sua cidade, sua rotina (Assistente social B).

Graças a Deus, tem uma integração de equipe, porque quando eu cheguei aqui, eu imaginei que eu teria muita dificuldade, por que eu pensei o que uma assistente social vai fazer no meio desse monte de dentista? Como eu vou mostrar o meu trabalho? Mas graças a Deus não, não tem problema, inclusive eles procuram muito a gente para falar que o paciente está faltando, para ver o que está acontecendo, várias situações eles trazem pra gente [...] Então existe essa articulação com o dentista. Apesar de eu achar que a maioria dos dentistas que trabalham aqui não segue isso, o dentista não tem na sua formação essa questão mais humanizada, então o assistente social traz muito isso para a equipe, dessa visão do paciente como um todo, que ele não é só um dente, então, às vezes, a gente tem que fazer essa articulação mesmo do paciente com o dentista, até para o dentista conseguir explicar para o paciente o que está acontecendo e ele entender também (Assistente social C).

A relação se dá de forma tranquila. Porém, muitos professores não reconhecem a importância do Serviço Social na clínica odontológica. Assim como a chefia, que enxerga o Serviço Social como uma espécie de “apaga fogo”. Não aceitam muito bem a ideia de se ter um profissional que tenta dar acesso à população mais carente em uma faculdade elitizada, onde os acessos têm sido cada vez mais negados (Assistente social D).

A relação é muito boa, eu não tenho dificuldade nenhuma com a minha chefe se eu precisar me ausentar algum dia, porque se precisar vir à noite, eu venho. Se precisar vir de madrugada, eu venho. Muitas vezes eu estendo mais o meu horário, normalmente eu não consigo fazer só as seis horas, eu fico mais. A esterilização eu também sei fazer, se precisar ficar lá, eu fico lá junto, porque eu não posso deixar que o nome da faculdade vá para o brejo, porque você deixou de ajudar. [...] Eu não dou conta, porque é a minha realidade aqui, eu sou sozinha, só tem eu pra fazer, então eu vou fazer (Assistente social A).

A partir das falas e também da observação da pesquisadora, constatou-se que o trabalho interdisciplinar ainda é pouco realizado nos ambulatórios. No entanto, a interdisciplinaridade deve ser estimulada e praticada, pois potencializa e enriquece o trabalho em equipe, ampliando os saberes para o desenvolvimento de ações

centradas nas necessidades de saúde dos usuários. Além disso, é perceptível como as boas relações no trabalho e a valorização profissional podem mudar para melhor o cotidiano do trabalho e a vivência do trabalhador.

5.4 O SERVIÇO SOCIAL NAS FACULDADES DE ODONTOLOGIA

A atuação do Serviço Social nas faculdades de odontologia ainda é um tema pouco abordado e discutido na área, havendo poucas referências e literatura sobre a temática, o que dificulta a sua investigação e apreciação. No entanto, essa pesquisa permitiu conhecer um pouco mais a fundo essa realidade e suas particularidades, com novos elementos e reflexões.

O trabalho do assistente social nos ambulatórios das faculdades de odontologia é permeado por diferentes vertentes e como principais atividades desenvolvidas e citadas pelas assistentes sociais estão: o acolhimento e atendimento aos usuários com orientações sobre o funcionamento dos ambulatórios e os tratamentos disponíveis; orientações sobre benefícios sociais e encaminhamentos a diversas áreas da saúde e assistência social; discussão de caso; apoio e acompanhamento do usuário em relação às faltas, dificuldades sociais e econômicas para que se garanta o acesso às consultas, além da mediação com o município de origem quando for o caso; acompanhamento de casos que envolvam a identificação de violências para a tomada de providências e contato com a rede de apoio.

Além disso, também foram mencionadas as atuações junto às Ouvidorias; atendimento e acompanhamento social aos alunos e funcionários; participação em processos seletivos de bolsas para os alunos de graduação e especialização em odontologia; suporte e participação nas atividades de planejamento e realização da semana de recepção aos calouros e atendimento aos funcionários da unidade, sobretudo em demandas relacionadas à área da saúde.

No entanto, quando indagadas sobre a principal demanda de trabalho do Serviço Social dentro dos ambulatórios, as respostas diferenciaram-se de acordo com as características de cada unidade.

Atendimento médico [...] os médicos pedem pra gente ajudar no sentido de encaminhar, de acompanhar o tratamento dos funcionários. Teve um funcionário que teve câncer que eu acompanhei do primeiro dia ao último dia. Essa é a principal demanda dos funcionários. Mas em relação aos alunos, muitos pedem para ajudar a arrumar local para trabalhar, então tem um grupo de professor que me procura porque precisa de estagiário para consultório particular e tem aluno que me procura (Assistente social A).

Pacientes em atendimento clínico. [...] Para algumas intervenções, normalmente em nível das faltas no tratamento, dificuldade num planejamento interdisciplinar e, para não prejudicar o aluno na disciplina e nem o paciente, o assistente social faz essa ponte de intermédio entre áreas. [...] Então há discussão do caso com o Serviço Social (Assistente social B).

Paciente com situação socioeconômica mais vulnerável mesmo [...] porque o paciente que tem essa situação mais vulnerável, ele tem mais dificuldade em vir. Ele não conhece os benefícios que ele pode usufruir, então no primeiro contato normalmente o dentista que o encaminha ao Serviço Social, depois ele vem sozinho, mesmo sem estar agendado, ele me procura (Assistente social C).

A principal demanda é a busca de auxílio para pagamento das próteses. Muitos pacientes têm dificuldade em arcar com o tratamento e buscam o auxílio do Serviço Social. Além das reclamações dos pacientes sobre o atendimento que recaem para o Serviço Social (Assistente social D).

Para Rosa (2010), um dos desafios do assistente social é extrapolar a simples função de mediar conflitos, rompendo com o conservadorismo histórico, sendo esse também um desafio para os docentes e cirurgiões-dentistas formados a partir de outras diretrizes curriculares. A autora frisa que defender os direitos dos usuários das faculdades públicas de odontologia, torna-se atribuição fundamental, senão a principal, no cotidiano de trabalho do assistente social, mas que tal defesa não se restringe ao âmbito do Serviço Social, visto que baseia-se em legislações federais e estaduais, além de mundiais, que abordam os conceitos ampliados de saúde e educação, devendo firmar-se também no espaço público universitário.

Quanto às principais dificuldades e possibilidades encontradas no exercício da profissão nos ambulatorios das faculdades de odontologia, as falas também elucidaram realidades diversificadas.

Como dificuldade, a assistente social A expôs o fato de não ter uma sala própria para os atendimentos do Serviço Social, o que é preconizado por lei. O Serviço Social fica alocado junto ao setor de triagem, sem nenhuma privacidade e quando é necessário um espaço mais reservado para a escuta, a assistente social utiliza a sala da Ouvidoria para fazer o acolhimento, já que também atua como ouvidora.

[...] talvez de dificuldade seja a sala aqui, o espaço físico que eu não tenho, porque o meu lugar estava sendo lá em cima, então eu não tenho esse espaço. Mas também eles não solicitam você direto e eu raramente digo não pra alguma coisa, é muito difícil eu dizer não pra alguma coisa (Assistente social A).

Em contrapartida, a profissional enfatizou ter uma ótima relação com o dirigente da unidade e que suas solicitações são sempre prontamente atendidas, o que indica a valorização da funcionária dentro da instituição.

[...] se eu for na direção e falar que eu preciso fazer um curso fora, por exemplo, eles acatam, acolhem tudo, até porque pelo meu jeito, de tentar ser o mais honesta e mais justa possível, eles sabem que se eu pedir, por exemplo, se eu precisar ir lá na direção e pedir pra eles ajudarem um funcionário que está com dificuldade, eles dão o dinheiro. Se eu preciso de um carro pra algum serviço fora, eles dão um jeito e me dão (Assistente social A).

As dificuldades também giram em torno da não compreensão do papel do Serviço Social - enquanto profissão comprometida com a classe trabalhadora e que luta pela garantia dos direitos sociais - por parte dos demais profissionais e também dos próprios usuários do serviço.

São muitas as dificuldades [...] A falta de entendimento do papel do Serviço Social não nos dá maiores possibilidades. O olhar para o lado acadêmico e de aprendizado reduz o paciente a uma simples "boca". Não há uma visão de reciprocidade, em que o paciente seja visto como parte importante do processo de aprendizado do aluno. Temos dificuldades em realizar atividades que deem visibilidade ao Serviço Social e autonomia ao paciente (Assistente social D).

Eu acho que dificuldades é essa falta de possibilidade de vagas para que tenhamos realmente um atendimento integrado na saúde bucal. Por mais que você batalhe e trabalhe internamente, não há pernas para oferecer um atendimento mais integrado como a gente gostaria, como a gente preconiza, como consta inclusive na política de saúde bucal, porque é uma unidade universitária, o aluno e a rotina de educação tem os seus limites. Então acaba recaindo numa dificuldade para o próprio Serviço Social, porque como o usuário não compreende esse sistema de funcionamento, a demanda cai no Serviço Social, da insatisfação, da alta expectativa, da reclamação e também, é claro, a dificuldade de compreensão do que nós defendemos. Há ainda uma resistência do que o assistente social defende, que é essa luta pelo direito do usuário em todos os seus aspectos - saúde, assistência, educação (Assistente social B).

A falta de vagas e de um fluxo de atendimento que permita ao usuário concluir todo seu tratamento no ambulatório também foram apontados como dificuldades

encontradas no cotidiano de trabalho do assistente social, visto que essa condição impossibilita a oferta de atendimento integral em saúde bucal.

No que concerne às possibilidades que impulsionam o exercício profissional, foram destacadas: a autonomia profissional, a existência de boa infraestrutura institucional e de uma equipe de trabalho integrada, além da função pedagógica do assistente social.

[...] Era o que estava falando, a gente tem uma estrutura boa, a ideia do trabalho é excelente, até porque vêm pacientes do país inteiro e que não conseguem ser tratados no município de origem. Tem os CEOs agora, mas tem muito paciente que o CEO encaminha pra cá, porque não consegue tratar. (Assistente social C).

A autonomia, a questão de você poder propor trabalho desde educativo a “apagar incêndios”, é um leque muito grande de possibilidades. Você consegue uma parceria com o centro acadêmico e faz campanhas, faz atividades externas, colabora na jornada odontológica, favorecendo que usuários que ainda não conheceram a faculdade, visitem e tenham um primeiro atendimento aqui, mesmo que educativo. A questão é que sozinha, é apenas uma assistente social aqui, a gente acaba incorrendo em falhas, porque é muito prontuário para evoluir, dados para registrar e às vezes a parte educativa, preventiva, acaba ficando um pouco em stand by; e a gente vai realmente apagando os incêndios, que é o caso que está em andamento, aquele prontuário que está em clínica, aquela demanda que está na clínica. A clínica acaba sendo a prioridade e à vezes a clínica não é o atendimento educativo e preventivo, já é o curativo, digamos assim. Mas eu vejo um leque de possibilidades muito grande, para trabalhar tanto a política de direitos, política, educação, orientação de direitos diversos e dá um diferencial para quem está em formação profissional, embora eu não seja docente, a minha relação com os alunos, eu vejo um respeito como se nós também fôssemos (Assistente social B).

A valorização do trabalho do assistente social por parte dos alunos como elemento importante no processo de ensino-aprendizagem aparece como um fator positivo que enriquece e fortalece a profissão nesse espaço ocupacional.

[...] muitas vezes o tratamento que os alunos dão, a forma de abordar um docente, eles oferecem a mim. Alguns até chamam de professora, doutora, o que pra mim, não tem nenhum peso de ego, de reconhecimento pessoal, mas para a área é um reconhecimento que está no patamar da educação, o aluno o reconhece como profissional que está auxiliando na formação dele. Eu acho isso muito importante, isso mostra um crescer do Serviço Social dentro da faculdade de odontologia (Assistente social B).

Porque, por exemplo, a gente pode fazer parte de uma comissão que está discutindo mudanças no currículo da odontologia, como eu já fiz parte, e fomentar que o curso de odontologia não pode ficar fora de política de saúde pública, principalmente por ser uma faculdade pública e porque muitos dos nossos dentistas inicialmente vão prestar serviço em prefeituras, que é o maior empregador ainda do dentista, assim como nós, assistentes

sociais, ainda é a área pública. Então, o aluno tem que ter esse preparo, ele tem que saber o que é o SUS, porque, às vezes, eu percebo aqui que, pelo fato da realidade dos nossos alunos ser diferenciada economicamente falando e dos docentes também, o SUS para eles é o posto de saúde e sinônimo de fila, que não funciona e quando existe a possibilidade de numa discussão de equipe falar para eles que o SUS engloba inclusive a vigilância sanitária, que vai dar o aval para que ele monte o seu consultório dentário, muitos não sabem que precisarão de um registro e autorização e que isso também faz parte do SUS. Então a gente consegue contribuir, mas isso também envolve, é claro, a postura que o profissional quer ter no trabalho do Serviço Social. Eu sou e assumo a postura do nosso projeto ético-político profissional, batalhar todo momento em prol de uma sociedade mais justa e menos desigual, sem qualquer forma de preconceito (Assistente social B).

A assistente social C sublinhou a existência de uma equipe multidisciplinar como aspecto facilitador no processo de produção do cuidado em saúde bucal dentro do ambulatório.

A equipe multidisciplinar, porque ter uma equipe, ter mais funcionários nesse trabalho, facilita esse atendimento (Assistente social C).

Sobre o atendimento prestado pelos ambulatórios, as participantes da pesquisa informaram que os usuários reclamam principalmente da demora em iniciar o tratamento e, depois, queixam-se da lentidão na execução do tratamento ou discordam do plano de tratamento proposto. Outra reclamação comum é sobre o atendimento prestado por funcionários, alunos e professores durante a passagem do usuário pelo ambulatório, pois muitos relatam que foram mal atendidos e não receberam a informação adequada ou completa, além de serem tratados com grosseria por parte dos funcionários, alunos, e/ou professores.

[...] na clínica, a demanda maior é em relação à demanda espontânea, que é o paciente que vem e que fala: “não me chamam ou porque chamaram ou porque alguém fez isso e eu não gostei, ou alguma coisa assim”. A gente não pode resolver tudo, porque a gente tem que se preocupar primeiro se está precisando do paciente, então ele faz um tratamento, acontece de ter que esperar e eles ficam bravos. Mas é porque tem que esperar a necessidade, na verdade, eles são os instrumentos dos alunos né. Mas assim, é em relação a isso, de tempo, de professor que é grosso e, às vezes, em relação ao pagamento que eles precisam fazer e eles querem saber se a gente não tem como isentar e eu não tenho como isentar aqui (Assistente social A).

Não concordância com o planejamento executado, às vezes o paciente não queria aquele tipo de prótese, mas ele não conseguiu se colocar no momento em que estava sendo orientado e depois ele vem falar aqui no Serviço Social, uma prótese que ele recebeu, mas não consegue usar mesmo com os ajustes, uma abordagem que ele considerou indevida por

parte da equipe, a forma de manejo mesmo na relação durante o retorno, e essa relação aluno-paciente-docente envolve de tudo aí, desde uma abordagem preconceituosa, um atendimento não ético [...] (Assistente social B).

Nesse âmbito, o atendimento ao público está diretamente relacionado à ideia de cuidado, de acolhimento ou a sua ausência, como demonstraram as falas anteriores.

Cuidado se traduz por zelo, atenção e bom trato e se projeta ao mesmo tempo em que se centraliza no modo de trabalhar e de intervir na coletividade de maneira descentralizadora: sai da percepção e entra na ação à medida que tomamos o acolhimento como pré-requisito do cuidado, uma vez que este não é apenas o ato, mas transcende para uma atitude. O cuidado, então, pode revelar preocupação, inquietação e o sentimento de se importar com o outro, como senso de responsabilidade por aquilo de que se cuida. [...] (Macau Lopes, 2008).

Algumas entrevistadas acreditam que o número de reclamações ainda é pequeno diante dos problemas realmente existentes e que muitos usuários preferem se calar ou se afastar, sobretudo por medo de ter seu tratamento prejudicado e/ou interrompido.

O número um de reclamação é implante. [...] Porque o tratamento é demorado, porque ele tem que pagar, porque ele acha que porque pagou um pouquinho ele já pagou por um tratamento diferenciado. Na verdade, eu acho que a reclamação é menor do que os problemas em si, porque muitos pacientes preferem simplesmente se afastar e não falar nada (Supervisora C).

Recebo muitas reclamações. As principais reclamações dizem respeito ao atendimento recebido por funcionários, professores e alunos, bem como sobre erros cometidos durante o tratamento. Reclamam também sobre a demora quando estão na fila de espera para os tratamentos. Porém, acredito que a população deveria usar mais de outros canais, como a reclamação por escrito e a Ouvidoria, mas a maioria não o faz por medo de retaliações. Algumas vezes, foge da nossa competência e não conseguimos ajudá-los. Mas, na maioria das vezes, a escuta qualificada já ajuda (Assistente social D).

É nesse sentido que se pode entender o Serviço Social como um espaço de acolhimento e escuta. A escuta qualificada é uma ferramenta importante para que se garanta o direito à saúde. A partir de uma reclamação e queixa, pode-se transformar a necessidade de saúde daquele usuário em uma oferta de serviço. Porém, muitas vezes, o profissional se sente impotente diante das normas e regras preestabelecidas que, como já foi citado anteriormente, burocratizam o acesso.

No tocante à percepção que tinham acerca da garantia do direito do usuário à saúde bucal por meio do atendimento prestado pelas faculdades, apenas a assistente social C, alocada no centro de atenção à pessoa com deficiência, considerou que o ambulatório onde trabalha presta toda assistência odontológica que o usuário precisa, desde os procedimentos mais simples até os mais complexos, priorizando o seu direito à saúde bucal.

Segundo o seu relato, isso é possível porque o ambulatório conta com uma boa infraestrutura, uma equipe qualificada e parcerias com alguns equipamentos municipais que também dão suporte para esse atendimento, além do tratamento ser totalmente gratuito para o usuário.

Nessa perspectiva, a percepção sobre a garantia do direito à saúde bucal também perpassa pela oferta de um tratamento que seja de fato acessível (em seu sentido mais amplo): que tenha fácil acesso, que possa ser facilmente conseguido e que, sempre que possível, não tenha custos para o usuário ou que quando tiver, seja reduzido.

Algumas falas ilustram o que foi descrito anteriormente:

Eu acho que só é integral se você [enquanto faculdade pública] tem condições de arcar com os custos da prótese. O nosso problema é prótese, é o valor da prótese. Eles chegam na clínica de prótese e muitos não conseguem pagar. [...] se ele tem condição, você consegue fazer um tratamento completo, às vezes você não consegue porque ele não pode pagar, ou, por exemplo, tem um dente que tem que ser implante, um implante aqui com a gente na clínica fica em R\$ 1.000,00, entendeu? Por essa razão ele pode não conseguir, pelo custo (Assistente social A).

A saúde bucal, não só aqui, mas no Brasil todo é um direito negligenciado. A dificuldade do acesso ao tratamento dentário em nosso país chega a ser desumano. Os ambulatórios das universidades não dão conta do grande contingente de pessoas com necessidades de tratamento bucal. Os pacientes não conseguem acesso através das UBS, dos CEOs, e chegam na faculdade com esperança de realizar o tratamento. Só que precisam aguardar inscrição, triagem, ficam na fila de espera, quando são chamados ficam anos para terminar o tratamento. Então os usuários não são atendidos em suas necessidades, são apenas parcialmente atendidos (Assistente social D).

Ademais, a atuação do assistente social nos ambulatórios das faculdades de odontologia é vista como primordial na busca pela efetivação desse direito, conforme desvelam as falas a seguir:

Eu vejo que o Serviço Social tem um papel de extrema importância na clínica odontológica. Apesar de muitas vezes ser frustrante, é também gratificante quando conseguimos ir contra toda a burocracia e elitismo da faculdade. O paciente quando busca o Serviço Social já recebeu várias negativas na busca de um tratamento e muitas vezes somos vistos como a única esperança. Um olhar e um ouvido atentos fazem toda a diferença, assim como um encaminhamento assertivo e uma conversa acolhedora. Não é fácil ser assistente social em uma instituição que nega acesso à população e que exclui “o paciente problema”. Não é fácil mostrar para professores renomados de uma grande universidade que se os pacientes não estiverem ali na cadeira, o aluno irá aprender apenas em manequins. Não é fácil escutar os pacientes em suas mais diversas dificuldades, como um simples comer bem e até não conseguir o emprego por causa da estética bucal. E muitas vezes somos impotentes. Isso frustra muitas vezes (Assistente social D).

Direta, imprescindível, estou para te dizer que tirando o pessoal da Odontologia Preventiva e Social, só tem o Serviço Social para fazer esse trabalho e lembrar a todo o momento que atendimento aqui não é de graça, é público, gratuito e de direito. Que o usuário tem as suas demandas, que merecem ser respeitadas e ao mesmo tempo eles têm direitos que também devem ser respeitados aqui dentro. Então, direitos e deveres, não na ótica do bem e do mal, mas na ótica da política mesmo, então eu considero o assistente social pilar para a efetivação de políticas de saúde (Assistente social B).

A partir das respostas apresentadas, a pesquisadora pôde observar, até pela sua própria experiência como assistente social inserida nesse espaço de trabalho, que o Serviço Social, embora tenha ganhado espaço, respeito e valorização dentro das faculdades de odontologia, ainda tem como desafio afirmar-se como profissão na luta pelo acesso à cidadania e aos direitos sociais.

O assistente social tem um olhar diferenciado para o usuário e suas condições de vida, luta em favor de sua liberdade de escolha e em defesa da emancipação humana.

[...] porque essa habilidade do acolhimento e de ouvir o que está acontecendo é da nossa área, eles são muito pontuais. Nesses casos, o telefone que toca é o do Serviço Social, e que bom que toca, hoje eu tenho essa clareza comigo, isso mostra o avanço da importância e do respeito com o que a gente pode contribuir, porque no começo a gente tem a ideia de que tudo que não deu certo, eles chamam a assistente social, chamam a gente de bombeiro, varejista, “pepino é com a gente mesmo”. Mas não, a gente, na experiência, começa a descobrir a importância do acionar o Serviço Social, porque o que está envolvido nesse chamado é o usuário e você vai conseguir oferecer qualidade de formação diferenciada para o aluno nessa clínica nesse momento, despertar a visão do sujeito ao docente ou dentista responsável e dar qualidade e respeito ao atendimento do paciente. Hoje eu tenho essa clareza. [...] (Assistente social B).

Eu acho que o dentista tem o limite dele para trabalhar, ele está ali pra ser um dentista, ele não conhece muito de políticas públicas, então para garantir o sucesso desse tratamento odontológico, é onde a gente atua,

porque a gente trabalha nessa mediação com os municípios. Como o paciente vem aqui pontualmente para o tratamento odontológico, todas as outras questões em torno disso, para o sucesso do tratamento, ele tem que fazer no município, ou se o paciente está faltando muito, é a gente que entra em contato também. A gente que faz toda a orientação sobre a importância dele vir. Então a gente que articula tudo isso (Assistente social C).

As visitas às instituições e a aproximação com a realidade vivenciada por cada participante da pesquisa foi de grande valia para melhor compreensão da dinâmica de funcionamento e atendimento dos ambulatórios das faculdades públicas de odontologia, assim como para reiterar a importância do trabalho do profissional de Serviço Social nesses espaços ocupacionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste trabalho foi um processo de intensa reflexão, significados e descobertas para a pesquisadora, pois despertou um novo olhar para as práticas profissionais e para a produção do cuidado em saúde.

Nas viagens pelas faculdades públicas de odontologia buscou-se entender como se dava o acesso à saúde bucal e a integralidade do cuidado a partir dos serviços ofertados pelos ambulatorios, baseado na percepção e vivência das assistentes sociais inseridas nesses espaços de atuação. Esse contato mais próximo e a inserção, mesmo que breve, na realidade de cada profissional desvelou novas nuances que foram fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa.

É preciso enfatizar a forma generosa e respeitosa com que tanto as profissionais, como a instituição (demais funcionários, alunos e professores) receberam e acolheram a pesquisadora durante toda fase de coleta de dados, numa postura aberta ao diálogo, ao compartilhamento de experiências e ao estabelecimento de vínculos, tornando o processo de investigação mais prazeroso.

Com a pesquisa foi possível perceber que embora os ambulatorios das faculdades de odontologia tenham uma finalidade única: o ensino da prática odontológica e a formação de novos cirurgiões-dentistas, o funcionamento e a forma como estão estruturados os serviços se diferenciam de uma unidade para outra, de acordo com a particularidade de cada município, seu público-alvo e sua interface com o sistema público de saúde.

Quanto aos tipos de serviços oferecidos à população em geral, os ambulatorios se assemelham, havendo apenas algumas diferenciações nas terminologias empregadas para determinados tratamentos, mas que não alteram seu conteúdo. Isso se explica não tanto pelo fato das faculdades terem uma estrutura curricular bem parecida, norteadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, mas acima de tudo pelo conteúdo dentário que expressa a identidade da profissão.

Ainda que proposições contidas nas DCNs para os cursos de graduação de odontologia prevejam uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, pautada em princípios éticos e na realidade social, que visa transformar o atual cenário de saúde em favor da sociedade, o que se encontra hoje nas faculdades de odontologia são cursos altamente centrados na técnica e no biológico, não sobrando

espaço e tempo para o acolhimento com escuta, para as subjetividades do outro, ou seja, para que o sujeito seja visto e compreendido em sua complexidade. Aliás, na odontologia, isso muitas vezes é visto como uma perda de tempo. E para a odontologia de mercado, regida pelo lucro e pela produtividade, tempo é dinheiro.

Infere-se a necessidade de enxergar o indivíduo para além da boca, pois o foco da atenção pedagógica ainda hoje é o elemento dentário, produzindo uma prática que não é resolutiva e nem satisfatória às necessidades de saúde do usuário, além de não beneficiar a formação do aluno. Portanto, “O ambiente público, quer dizer, um sistema nacional de saúde, exige outro conceito e outra prática, outro trabalhador, por consequência” (Botazzo, 2017, p. 15).

O estudo mostrou que a odontologia se apresenta de forma bastante fragmentada ao usuário dos ambulatorios, com ações pontuais, por vezes, imediatistas, que não atendem às demandas do indivíduo e não produzem cuidado integral em saúde, à medida que não consideram as condições de vida e seus impactos na saúde geral e bucal da população.

Importa salientar que o acesso aos serviços odontológicos nos ambulatorios das faculdades ainda é limitado e lento. Os usuários ficam reféns da burocratização do sistema e da demora nos atendimentos, pois o fluxo entre as clínicas não acontece tão facilmente, prejudicando a continuidade do tratamento ou mesmo impossibilitando a sua conclusão pelo usuário do serviço.

É certo que alcançar a integralidade do cuidado em um serviço de saúde, se é que isso é de fato possível, é um grande desafio, no entanto, os profissionais de saúde, sobretudo aqueles inseridos no ambiente público, devem sempre caminhar nessa direção.

De início, devemos pensar que, abstratamente, integralidade é função coletiva. Ou seja, não se realiza em um único lugar nem a um só tempo. Sendo abstração e realização coletiva, isso permite aliviar a carga que pesa sobre os serviços e os profissionais de saúde. Permite também perceber que integralidade não existe *a priori*, mas antes é movimento e luta política, luta pela integralidade da vida que envolve sujeitos no cotidiano de suas existências (Botazzo, 2008, p. 6).

O trabalho em equipe é essencial para a criação de práticas integrais na saúde. Porém, para isso, é preciso superar as relações de poder desiguais ainda tão presentes no campo da saúde, dando lugar à valorização dos diferentes saberes por meio de uma relação horizontal entre as profissões.

Na conversa com as participantes da pesquisa, percebeu-se que, a despeito dos ambulatorios possuírem equipes multiprofissionais e haver boas relações entre esses profissionais, ainda há um longo caminho a se percorrer para a construção de uma relação interdisciplinar, com diferentes olhares e percepções para as condições de saúde do usuário.

Nesse sentido, a escolha da pesquisadora de entrevistar assistentes sociais partiu do fato dela estar imersa nessa realidade e perceber que a falta de acesso aos serviços de saúde bucal é um problema que merece atenção especial. O assistente social é um profissional que está muito próximo das demandas sociais dos usuários e por esse motivo consegue enxergar mais facilmente a relação entre os determinantes sociais no processo saúde-doença. Fez-se necessário, portanto, compreender as vivências, expectativas e percepções em relação ao cuidado integral nas universidades públicas.

As participantes da pesquisa destacaram a importância do profissional de Serviço Social dentro dos ambulatorios por se tratar de uma profissão atrelada à luta de direitos e conquistas sociais, comprometida com a classe trabalhadora e com a qualidade dos serviços prestados e que defende a emancipação humana como princípio ético. Por isso, a presença desse profissional pode contribuir com a humanização dos cuidados em saúde e com a formação crítica dos alunos de odontologia, desvelando os movimentos da realidade e ajudando a tecer estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde da população.

[...] Essa contribuição deve orientar-se, ainda, para a ruptura com a herança patrimonialista presente no Estado brasileiro, no qual ainda persiste a dificuldade em compreender os serviços de saúde como efetivamente públicos e que deveriam ser regidos pela lógica do direito, em detrimento da lógica do favor e dos desmandos (Silva; Mendes, 2013, p.61).

Quando se analisa a assistência odontológica prestada pelos ambulatorios sob o prisma da saúde bucal como direito e como serviço, percebe-se que esse direito não tem sido efetivado, pois normalmente o usuário não consegue finalizar todo tratamento nas faculdades, em especial quando há a cobrança de alguns procedimentos.

Enquanto serviço, a saúde bucal ofertada nesses espaços públicos também deixa a desejar, à medida que não garante um atendimento público, gratuito e de qualidade à população. Contudo, como demonstrado no decorrer deste estudo, há

unidades que prestam assistência odontológica diferenciada, por disponibilizarem um atendimento gratuito à população, mas também apresentam limites e dificuldades próprios de uma unidade-escola.

Pelos motivos citados e tendo como base os achados dessa pesquisa, indaga-se se não seria necessária a adoção de outro modelo de atenção em saúde bucal nos ambulatórios das faculdades públicas de odontologia ou outro modelo de prática clínica que privilegiasse as necessidades de saúde da população, mas mais que isso, que operasse um espaço e um sistema de atendimento que fosse efetivamente público, gratuito, de qualidade e acessível. Até porque, esse seria o cenário ideal para a formação de cirurgiões-dentistas verdadeiramente implicados com os usuários e com a produção do cuidado em saúde.

Ademais, diante das questões abordadas percebe-se a necessidade de uma maior aproximação entre as assistentes sociais inseridas nesses espaços e por isso surge como proposta, a criação de um Fórum de assistentes sociais das faculdades públicas de odontologia como forma de integrar e fortalecer a profissão. A ideia é estabelecer uma rede de interlocução entre as profissionais para socializar informações, compartilhar experiências e desafios, elaborar e participar de eventos e cursos voltados para o cotidiano de trabalho nas instituições, tendo como foco a educação continuada.

Por todo o exposto, espera-se que este estudo contribua com o aprimoramento do atendimento nos ambulatórios das faculdades de odontologia, visando um maior acesso da população usuária a esses serviços e a integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS⁵

Abreu MM. Serviço Social e organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2008.

Akerman M, Sá RF, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! Ciência & Saúde Coletiva [internet]. Rio de Janeiro. Nov. 2014. [citado 10 maio 2018]; 19(11):4291-4300. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104291

Barroco MLS, Terra SH, CFESS - Conselho Federal de Serviço Social, organizadores. Código de Ética do/a Assistente Social comentado. 1. ed. São Paulo: Cortez; 2012. 262 p.

Barros RS, Botazzo C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. Ciência & Saúde Coletiva [internet]. Rio de Janeiro. Nov. 2011. [citado 12 abril 2018]; 16(11):4337-4348. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Behring ER, Boschetti I. Política social: fundamentos e história. 6 ed. São Paulo: Cortez; 2009. 213 p. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v.2)

Botazzo C. Diálogos sobre a boca. São Paulo: Editora Hucitec; 2013. 380 p.

Botazzo C. Integralidade da atenção e produção do cuidado: perspectivas teóricas e práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In: Macau Lopes MG. Saúde bucal coletiva: implementando ideias, concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2008. p. 3-15.

Botazzo C. Novas abordagens em saúde bucal: a questão da integralidade. In: Garcia DV, organizadora. Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: s.n.; 2005. p. 43-7.

Botazzo C. O conhecimento pelas mãos. Revista da ABENO [internet]. [Local desconhecido]. 2017. [citado 17 maio 2018]; 17(4):2-19. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/O%20conhecimento%20pelas%20m%C3%A3os%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/O%20conhecimento%20pelas%20m%C3%A3os%20(1).pdf)

⁵ De acordo com o Estilo Vancouver.

Brasil. Constituição Federal de 1988. Brasília, DF; 1988. [citado 15 abr. 2018].

Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [citado 15 abr. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Brasil. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM, organizadores. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. 67 p. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 11)

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2009. 152 p. [citado em 5 de junho de 2016].

Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Planos_odontologicos.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000.

Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Publicada no DOU de 29/12/00, seção 1, p. 85 [citado em 10 de junho de 2016]. Disponível em:

http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/portaria1444_28_12_00.pdf.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília; 2002. [citado em 18 de julho de 2016]. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF). 2016. [citado em 13 maio de 2018]. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_a_passo_ceo.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília (DF); 2012. [citado 10 maio 2018]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF); 2004. [citado 10 maio 2018]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm

Brasil. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde e 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal de 1986. Brasília (DF); 10-12 Out. 1986. [citado 10 maio 2018]. Disponível em:
conselho.saude.gov.br/.../Relatorios/relatoriolconferencianacionaldesaudebnucal.doc

Bravo MIS. Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos. 1. ed. São Paulo: Cortez; 2013. 191 p.

Bravo MIS. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; 1996. 286 p.

Bravo MIS, Matos MC. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: Mota AE et al., organizadores. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 197-217.

Bravo MIS. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: Bravo MIS et al., organizadores. Saúde e Serviço Social. 4. Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009. p. 25-47.

Bravo MIS. Política de saúde no Brasil. [Local desconhecido: Editora desconhecida]; [2000-]. p.1-24. [citado 12 abril 2018]. Disponível em:
http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf

Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva [internet]. Rio de Janeiro. Jul.-Set. 2004 [citado 7 maio 2018]; 9(3). Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Castro MMC, Oliveira LML. Serviço Social e Saúde: os instrumentos e técnicas em questão. Lusíada [internet]. Lisboa: Intervenção Social. 2012 set. [citado 14 mar 2017]; 39:187-202. Disponível em:
<http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/viewFile/1192/1303>

Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001. p. 113-26.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde. Brasília (DF): CFESS; 2014 [reimpressão]. 79 p.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social [20--]. Serviços. Perguntas Frequentes. [citado 28 junho 2016]. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/perguntas-frequentes>.

Fonsêca GS. Formação pela experiência: revelando novas faces e rompendo os disfarces da odontologia 'in vitro' [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2015.

Fonsêca GS, Junqueira SR, Botazzo C, Carvalho YM, Araujo ME. A clínica do corpo sem boca. Saúde e Sociedade [internet]. São Paulo. 2016. [citado 09 abril 2018]; 25(4):1039-1049. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2016.v25n4/1039-1049>

Garrafa V. Saúde bucal e cidadania. Saúde em Debate. 1993; 41:50-57.

Iamamoto MV. A questão social no capitalismo. Temporalis [internet]. Brasília: ABEPSS; 2001 jan.-jun. [citado 13 abril 2018]; 2(3):9-32. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/JooRafael1/revista-temporalis-3-2001>

Iamamoto MV, Carvalho R. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 18. ed. São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS; 2005. 380 p.

Iamamoto MV. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 12 ed. São Paulo: Cortez; 2007. 326 p.

Iamamoto MV. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília; 2009. p. 15-50. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, v.1).

Iamamoto MV. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 4 ed. São Paulo: Cortez; 2010. 495 p.

Martinelli ML. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. Serviço Social & Sociedade. 2011 jul.-set.; 107. [citado em 25 de maio de 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000300007

Martinelli ML. Sentido e direcionalidade da ação profissional: projeto ético-político em Serviço Social. In: Baptista MV, Battini O, organizadoras. A prática profissional do assistente social. São Paulo: Veras Editora; 2009. p. 149-58.

Martinelli ML. Serviço Social: identidade e alienação. 9 ed. São Paulo: Cortez; 2005. 165p.

Mattos D. A integração curricular na odontologia e a incorporação do princípio da integralidade em saúde: encontros ou desencontros? In: Macau Lopes MG. Saúde bucal coletiva: implementando ideias, concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2008. p. 59-69.

Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 2016. 95 p.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 407 p.

Mioto RC, Nogueira VM. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: Mota AE, et al., organizadores. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde; 2009. p. 273-303.

Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev. Saúde Pública [internet]. São Paulo; 2006 [citado 10mar. 2018]; 40(N Esp):141-7.

Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 147 p.

Narvai PC, Frazão P. Avaliação da atenção à saúde bucal. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL, editores. Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 185-200.

Narvai PC, São Pedro PF. Práticas de saúde pública. In: Rocha AA, Cesar CLG, Ribeiro H, editores. Saúde pública: bases conceituais. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2013. p. 307-35.

Netto JP. Cinco notas a propósito da “questão social”. Temporalis [internet]. Brasília: ABEPSS; 2001 jan.-jun [citado 13 abril 2018]; 2(3):41-50. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/JooRafael1/revista-temporalis-3-2001>

Netto JP. Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez; 2007. 334 p.

Nogueira VM, Mioto RC. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: Mota AE et al., organizadores. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde; 2009. p. 218-41.

Paim JS. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. [internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV; 2008a. p. 91-122. [citado 16 abril 2018]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l95.pdf>

Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008b. 356 p.

Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [internet]. Rio de Janeiro. 2014 jan.-mar. [citado 04 abril 2018]; 21(1):15-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>

Rosa RC. A atuação do Assistente Social nas Faculdades Públicas de Odontologia no Estado de São Paulo: características e possibilidades de trabalho [monografia de especialização]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.

Severino AJ. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: Sá JLM, organizadora. Serviço Social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. 8 ed. São Paulo: Cortez; 2010. p. 11-21.

Silva CM. Exclusão Social. In: Castro CLF, Gontijo CRB, Amabile AEN, organizadores. Dicionário de Políticas Públicas. Barbacena: EdUEMG; 2012. p. 197-200.

Silva LB, Mendes AG. Serviço Social, Saúde e a Interdisciplinaridade: algumas questões para o debate. In: Silva LB, Ramos A, organizadoras. Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social; 2013. p. 49-64.

Trino AT. Integralidade com expectativa de qualidade de vida: o papel da saúde bucal coletiva na saúde suplementar. In: Macau Lopes MG. Saúde bucal coletiva: implementando ideias, concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2008. p. 45-55.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 1 ed. 18. reimpr. São Paulo: Atlas; 2009. 175 p.

Vieira AM, Neto JM, Crepaldi TMS, Saito RXS. Trabalho em equipe no programa de saúde da família: integração para a integralidade da assistência. In: Saito RXS, organizadora. Integralidade da atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari; 2008. p. 17-46.

Warmling CM, Marzola NR, Botazzo C. Da autonomia da boca: práticas curriculares e identidade profissional na emergência do ensino brasileiro da odontologia. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [internet]. Rio de Janeiro. 2012 jan.-mar. [citado 09 abril 2018]; 19(1):181-195. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v19n1/10.pdf>

Yazbek MC. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. Temporalis [internet]. Brasília: ABEPSS; 2001 jan.-jun. [citado 13 abril 2018]; 2(3):33-40. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/JooRafael1/revista-temporalis-3-2001>

Yazbek MC. O serviço social e a construção dos direitos sociais. In: Baptista MV, Battini O, organizadoras. A prática profissional do assistente social. São Paulo: Veras Editora; 2009. p. 107-127.

Zioni F, Almeida ES, Pereira Filho FNB. Políticas públicas e sistemas de saúde: a Reforma Sanitária e o SUS. In: Rocha AA, Cesar CLG, Ribeiro H, editores. Saúde pública: bases conceituais. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2013. p. 115-132.

APÊNDICE A – **Produto:** Planejamento e criação do Fórum de assistentes sociais das faculdades públicas de Odontologia: uma proposta de integração e fortalecimento do Serviço Social

1. Introdução

A construção do produto partiu dos resultados produzidos e da relação estabelecida com as participantes da pesquisa durante as entrevistas e as visitas, que permitiram um primeiro contato, em alguns casos, e o estreitamento de vínculos em outros. A partir disso, sentiu-se a necessidade de se criar essa proposta voltada às profissionais de Serviço Social com o intuito de deixá-las mais integradas e fortalecer a profissão nos ambulatorios das faculdades.

Os fóruns constituem uma forma articulada e combinada de organizar ações coletivas que serão desenvolvidas pelas diferentes instituições e movimentos que integram o grupo. Nesse sentido, configuram-se como locus de experimentação e de reflexão para o exercício da convivência coletiva e têm grande potencial para a criação de vínculos, à medida que os encontros estimulam entre os participantes o reconhecimento de afinidades e qualificam as decisões tomadas por um coletivo.

Destaca-se a importância dos processos interativos para a reconstrução do objeto de conhecimento, por meio da participação ativa, baseada em uma relação dialógica horizontal. No campo da saúde, esses processos são fundamentais para a reorganização do sistema de saúde, pois sugerem um espaço de debates e construção de consensos sobre as intervenções e ações em saúde.

2. Justificativa

A formação de um Fórum composto pelas assistentes sociais das faculdades públicas de odontologia constitui-se uma proposta de intercâmbio e interlocução entre profissionais que vivenciam em seu cotidiano de trabalho uma realidade muito semelhante e que podem, por meio dessas reuniões, fortalecer a si próprias e à profissão, entendendo que o trabalho coletivo potencializa a resolução de adversidades e melhora a qualidade do serviço. Com isso, pretende-se formar um grupo coeso, com enfoque na educação continuada como forma de manter-se

sempre atualizado e instigar os profissionais a transformarem o cotidiano na construção de um modelo de atenção à saúde que tenha como eixo central o usuário e suas necessidades, através de ações compartilhadas de promoção à saúde e prevenção de doenças.

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Criar uma rede de integração e articulação entre as assistentes sociais das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo para promover a troca de saberes, a ampliação de conhecimentos, a elaboração e a participação em eventos e cursos sobre assuntos pertinentes ao cotidiano de trabalho nas instituições.

3.2 Objetivos Específicos

- Discutir e problematizar a atuação profissional a partir da experiência vivenciada por cada assistente social em seu cotidiano de trabalho;
- Discutir a importância do papel do assistente social nos ambulatorios para garantir o acesso do usuário ao serviço e contribuir com a formação generalista dos cirurgiões-dentistas.
- Promover seminários, jornadas e encontros voltados para o Serviço Social e a Odontologia.
- Desenvolver pesquisas sobre temáticas pertinentes às discussões do grupo.
- Criar um ambiente virtual de interação entre as profissionais.

4. Desenvolvimento

Com o Fórum, pretende-se integrar a equipe de trabalho e partir dos saberes e práticas das participantes e das suas experiências para problematizar os temas considerados relevantes. É uma proposta que pode favorecer a reflexão conjunta e a troca de experiências.

O Fórum será organizado por meio de encontros semestrais, que ocorrerão preferencialmente de maneira presencial nas sedes das faculdades e em sistema de rodízio para que todas possam ser contempladas, com duração de 6 horas.

5. Conteúdo e Dinâmica

Primeiro encontro

- Apresentação dos participantes e dos resultados da pesquisa;
- Apresentação da proposta de criação do Fórum como produto do Mestrado Profissional;
- Planejamento e organização do Fórum e dos próximos encontros;

Demais encontros

- Educação Continuada: proposta de encontros semestrais do Fórum de assistentes sociais das faculdades públicas de odontologia, em que cada unidade ficará responsável por elaborar um tema para discussão relacionado ao cotidiano de trabalho nos ambulatorios;
- Levantamento de novas propostas e práticas para aprimorar a qualidade dos serviços prestados;
- Organização de jornadas, seminários e encontros com o intuito de difundir o conhecimento e o trabalho desenvolvido nos ambulatorios.
- Desenvolvimento de pesquisas como forma de dar visibilidade ao trabalho.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A particularidade da atenção à saúde bucal nos ambulatorios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo sob a ótica do Serviço Social

Pesquisador: Bruna Cristina Scapim da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65092517.5.0000.0075

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.946.976

Apresentação do Projeto:

A pesquisa tem caráter exploratório com abordagem qualitativa, e pretende conhecer o acesso e a integralidade do cuidado em saúde bucal nos ambulatorios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo sob a ótica dos assistentes sociais. A amostra do estudo será composta por assistentes sociais alocados nos ambulatorios das faculdades públicas de odontologia localizadas nas cidades de [REDACTED]

[REDACTED] estando prevista a participação de 5 profissionais. O trabalho de campo será desenvolvido por meio de entrevista semiestruturada e de observação do campo de pesquisa. A pesquisadora levanta a hipótese de que a forma como está estruturado o atendimento à população nos ambulatorios das referidas faculdades de odontologia não possibilita um cuidado integral das necessidades de saúde bucal das pessoas atendidas, visto que os tratamentos são realizados de forma fragmentada.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário apresentado é conhecer o acesso e a integralidade do cuidado em saúde bucal nos ambulatorios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo sob a ótica dos assistentes sociais inseridos nesses espaços. Como objetivos secundários a

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.945.976

pesquisadora pretende compreender o funcionamento dos ambulatórios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo; verificar se as faculdades apresentam diferenças e similitudes quanto à prestação de serviços à comunidade nos ambulatórios; conhecer como se dá o acesso do usuário ao tratamento nas diferentes faculdades de odontologia; conhecer o trabalho e a visão do assistente social sobre sua atuação na faculdade de odontologia; verificar se as faculdades prezam pela integralidade do cuidado em saúde bucal nos serviços prestados e conhecer a percepção do assistente social sobre a assistência odontológica prestada à comunidade pelas faculdades de odontologia, na perspectiva da saúde bucal como direito e como serviço.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram bem mensurados pela pesquisadora. Refere que os riscos são mínimos, visto que a pesquisa não envolve aplicação de procedimentos invasivos e os benefícios previstos envolvem o intercâmbio entre as assistentes sociais das diferentes universidades, com trocas de saberes e aprendizados sobre a atuação profissional e as particularidades de cada instituição no que se refere à prestação de serviços à comunidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante visto que contribuirá para conhecer a forma como está organizado e estruturado os serviços prestados à comunidade nos ambulatórios e, a partir dos seus resultados, pretende-se propor alternativas que possam aprimorar a qualidade do atendimento oferecido pelas instituições.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou todos os termos obrigatórios (Folha de rosto, termo de consentimento livre e esclarecido, anuência das faculdades participantes, projeto detalhado), além do questionário a ser utilizado na pesquisa.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final, utilizando-se da opção "Enviar Notificação" (descrita no Manual "Submeter Notificação", disponível na Central de Suporte - canto superior direito do site www.saude.gov.br/plataformabrasil).

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "emenda" a este CEP, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação.

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 Fax: (11)3091-7814 E-mail: cepfo@usp.br

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.946.976

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_828357.pdf	21/02/2017 15:41:56		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	21/02/2017 15:27:16	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito
Outros	Questionario.docx	21/02/2017 10:50:37	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_ [REDACTED]	21/02/2017 10:48:40	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_ [REDACTED]	21/02/2017 10:48:21	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_ [REDACTED]	21/02/2017 10:47:39	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_ [REDACTED]	21/02/2017 10:47:25	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_ [REDACTED]	21/02/2017 10:44:29	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.docx	21/02/2017 10:36:33	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	17/02/2017 11:25:04	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 Fax: (11)3091-7814 E-mail: cepfo@usp.br

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.946.976

SAO PAULO, 03 de Março de 2017

Assinado por:
Maria Gabriela Haye Biazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 Fax: (11)3091-7814 E-mail: cepfo@usp.br

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A particularidade da atenção à saúde bucal nos ambulatorios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo sob a ótica do Serviço Social

Pesquisador: Bruna Cristina Scapim da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65092517.5.3001.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.015.115

Apresentação do Projeto:

A pesquisa é qualitativa e a amostra será composta por 5 assistentes sociais alocados nos ambulatorios das faculdades públicas de odontologia, localizadas nas cidades de [REDACTED]. O objetivo da pesquisa é conhecer o acesso e a integralidade do cuidado em saúde bucal nos ambulatorios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo sob a ótica dos assistentes sociais inseridos nesses espaços, além de conhecer esse processo de trabalho através do seu olhar. O trabalho de campo será desenvolvido por meio de entrevista semiestruturada e de observação do campo de pesquisa. As entrevistas serão realizadas a partir de um roteiro básico com 15 questões abertas destinadas à caracterização dos serviços prestados nos ambulatorios, mas que permitam a livre expressão dos participantes da pesquisa sobre a realidade vivenciada. Já a observação in loco objetiva entender a dinâmica de trabalho do ambulatorio e suas particularidades, com registro por meio de anotações de campo. O tempo previsto para a entrevista é de aproximadamente 50 minutos, enquanto que para a observação, o tempo gasto dependerá da disponibilidade do participante da pesquisa para apresentar o ambulatorio. As entrevistas serão previamente agendadas e serão gravadas para garantir a transcrição fidedigna das informações, mediante autorização e consentimento dos participantes da pesquisa. Tanto a entrevista como a observação serão realizadas nos ambulatorios das faculdades na data e no setor

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 2.015.115

indicados pelo participante da pesquisa, de acordo com a sua disponibilidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer o acesso e a integralidade do cuidado em saúde bucal nos ambulatoriais das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo sob a ótica dos assistentes sociais inseridos nesses espaços.

Objetivos Secundários:

- Compreender o funcionamento dos ambulatoriais das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo;
- Verificar se as faculdades apresentam diferenças e similitudes quanto à prestação de serviços à comunidade nos ambulatoriais;
- Conhecer como se dá o acesso do usuário ao tratamento nas diferentes faculdades de odontologia;
- Conhecer o trabalho e a visão do assistente social sobre sua atuação na faculdade de odontologia;
- Verificar se as faculdades prezam pela integralidade do cuidado em saúde bucal nos serviços prestados;
- Conhecer a percepção do assistente social sobre a assistência odontológica prestada à comunidade pelas faculdades de odontologia, na perspectiva da saúde bucal como direito e como serviço.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo a autora, "os riscos são mínimos, visto que a pesquisa não envolve aplicação de procedimentos invasivos".

Benefícios:

Segundo a autora, "os benefícios previstos envolvem o intercâmbio entre as assistentes sociais das diferentes universidades, com trocas de saberes e aprendizados sobre a atuação profissional e as particularidades de cada instituição no que se refere à prestação de serviços à comunidade".

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

**USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP**

Continuação do Parecer: 2.015.115

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem problemas éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A FSP-USP é instituição coparticipante. A folha de rosto foi assinada pelo diretor da FO-USP. Foram apresentados o termo de anuência das 5 faculdades de Odontologia participantes [REDACTED]. O TCLE tem linguagem clara e apresenta risco mínimo e benefícios.

Recomendações:

Pela aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_828357.pdf	21/02/2017 15:41:56		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	21/02/2017 15:27:16	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito
Outros	Questionario.docx	21/02/2017 10:50:37	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_[REDACTED]	21/02/2017 10:48:40	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_[REDACTED]	21/02/2017 10:48:21	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_[REDACTED]	21/02/2017 10:47:39	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_[REDACTED]	21/02/2017 10:47:25	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_[REDACTED]	21/02/2017 10:44:29	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_Detalhado.docx	21/02/2017 10:36:33	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 2.015.115

Investigador	Projeto_Detalhado.docx	21/02/2017 10:36:33	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	17/02/2017 11:25:04	Bruna Cristina Scapim da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 13 de Abril de 2017

Assinado por:
Maria Regina Alves Cardoso
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título da pesquisa: A particularidade da atenção à saúde bucal nos ambulatórios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo sob a ótica do Serviço Social

Pesquisador Responsável: Bruna Cristina Scapim da Silva

Equipe de Pesquisa: Prof. Dr. Carlos Botazzo

Departamento: Serviço Social da FO-USP

Telefone para contato: (11) 3091.8032

Local da coleta de dados: Ambulatórios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo

Prezado (a), você está sendo **convidado(a)** a participar desta pesquisa de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Tire todas as suas dúvidas, sempre que necessário, antes de assinar e concordar em participar. Ressaltamos que você tem o **direito de recusar e desistir de participar** da pesquisa **a qualquer momento**, sem que haja qualquer penalidade.

Objetivos do estudo: conhecer o acesso e a integralidade do cuidado em saúde bucal nos ambulatórios das faculdades públicas de odontologia do estado de São Paulo sob a ótica dos assistentes sociais inseridos nesses espaços. A pesquisa pretende também compreender o funcionamento dos ambulatórios, as diferenças e similitudes das faculdades quanto à prestação de serviços à comunidade nos seus ambulatórios, conhecer como o usuário tem acesso ao tratamento, verificar se esse tratamento preconiza a integralidade do cuidado em saúde bucal, conhecer o trabalho e a visão do assistente social sobre sua atuação na faculdade de odontologia, além da sua percepção sobre a assistência odontológica prestada à comunidade pelas faculdades de odontologia, na perspectiva da saúde bucal como direito e como serviço.

Confidencialidade e anonimização de dados: ressaltamos que em nenhum momento as informações pessoais relacionadas à sua identificação (ex.: nome, endereço, telefone de contato) serão reveladas. Dessa forma, garantimos o sigilo de sua identidade, mesmo quando os resultados deste estudo forem divulgados na

Rubricas: _____

Participante da Pesquisa

Pesquisador Responsável

comunidade científica, assim como será mantido o sigilo da instituição a qual o participante da pesquisa pertence.

Critérios de inclusão: A seleção das faculdades participantes no estudo levará em conta a existência de assistente social no quadro de funcionários dos ambulatorios e será selecionado um profissional de cada instituição, sendo que os critérios para a inclusão são sua disponibilidade e seu aceite em participar da pesquisa.

Procedimentos do estudo: O trabalho de campo será desenvolvido por meio de entrevista semiestruturada e de observação do campo de pesquisa. As entrevistas serão realizadas a partir de um roteiro básico com questões abertas e que permitam a livre expressão dos participantes da pesquisa sobre a realidade vivenciada. Já a observação *in loco* objetiva entender a dinâmica de trabalho do ambulatorio e suas particularidades, com registro por meio de anotações de campo. O tempo previsto para a entrevista é de aproximadamente 50 minutos, enquanto que para a observação, o tempo gasto dependerá da disponibilidade do participante da pesquisa. As entrevistas serão previamente agendadas e serão gravadas para garantir a transcrição fidedigna das informações, mediante autorização e consentimento dos participantes da pesquisa. Tanto a entrevista como a observação serão realizadas nos ambulatorios das faculdades na data e no setor indicados pelo participante da pesquisa, de acordo com a sua disponibilidade.

Riscos e Benefícios: os *riscos* são mínimos, visto que o estudo não envolve aplicação de procedimentos invasivos. Os *benefícios* previstos envolvem o intercâmbio entre as assistentes sociais das diferentes universidades, com trocas de saberes e aprendizados sobre a atuação profissional e as particularidades de cada instituição no que se refere à prestação de serviços à comunidade.

Ressarcimento: o estudo não prevê gastos ao participante da pesquisa, uma vez que todos os procedimentos serão realizados na cidade onde o participante da pesquisa trabalha, no dia e local por ele estipulados, sendo responsabilidade da pesquisadora o deslocamento para a coleta dos dados. Entretanto, caso o participante tenha algum gasto decorrente da pesquisa, os pesquisadores se comprometem a ressarcir-los.

Assistência e indenização em virtude de danos decorrentes da pesquisa: os procedimentos utilizados no estudo não são invasivos e não preveem danos para o participante da pesquisa. Entretanto, caso isso eventualmente ocorra, já que essa

Rubricas: _____

Participante da Pesquisa

Pesquisador Responsável

possibilidade é considerada quase nula, asseguramos ao participante da pesquisa assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelos pesquisadores pelo tempo que for necessário bem como indenização. Ressaltamos mais uma vez que essa assistência e indenização referem-se apenas a algum caso de dano decorrente diretamente da pesquisa.

Este termo será impresso em duas vias, devendo uma permanecer com o participante da pesquisa e a outra com o pesquisador. Caso necessite, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável pelo telefone 3091.8032, pelo e-mail brunass@usp.br ou no endereço: Avenida Professor Lineu Prestes, nº2227, Cidade Universitária – CEP:05508-000 – São Paulo/SP.

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (Seres Humanos) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo: Av. Prof. Lineu Prestes, nº2227 – CEP 05508-000 – São Paulo/SP, pelo Fone: (11) 3091-7960 ou pelo e-mail: cepfo@usp.br O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 8 às 17h (exceto feriados e recesso universitário). O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012).

Eu, _____ (nome completo), portador do documento de número _____, após a leitura das informações contidas neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, estou ciente dos procedimentos que serão realizados e concordo em participar da pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Participante da Pesquisa

Pesquisador Responsável

Rubricas: _____

Participante da Pesquisa

Pesquisador Responsável

ANEXO D – Questionário orientador para a entrevista

1. Quais os serviços oferecidos pelo ambulatório da faculdade de odontologia?
2. Qual o perfil do usuário atendido no ambulatório? (abrangendo: sexo, idade e perfil socioeconômico)
3. Existe um fluxo de atendimento pré-determinado? (abrangendo: trânsito entre as clínicas)
4. Como o usuário chega ao ambulatório? (por meio de encaminhamento específico ou procura espontânea)
5. Existe lista de espera? Se sim, qual a média do tempo de espera?
6. O ambulatório conta com uma equipe multiprofissional? Se sim, quem são esses profissionais? Os usuários são atendidos e acompanhados por esses profissionais?
7. Os tratamentos são gratuitos ou há um custo para o usuário?
8. A faculdade possui algum convênio com o SUS para repasse de verba e custeio dos tratamentos oferecidos? Qual a interface com a rede de saúde?
9. Quais as atividades desempenhadas pelo Serviço Social no ambulatório?
10. Qual a principal demanda do Serviço Social?
11. O Serviço Social recebe reclamações sobre o atendimento prestado ao usuário? Se sim, qual a principal reclamação?
12. Como se dá a relação do assistente social com os professores e outros profissionais?
13. Quais as principais dificuldades e possibilidades encontradas no exercício da profissão no ambulatório da faculdade?
14. Qual a sua percepção sobre a garantia do direito de atenção à saúde bucal dos usuários por meio do atendimento prestado pela faculdade? O usuário é atendido em todas as suas necessidades de saúde bucal?
15. Como você enxerga a atuação do Serviço Social na efetivação desse direito dentro dos ambulatórios das faculdades de odontologia?