



Universidade de Brasília

Repositório Institucional da Universidade de Brasília

repositorio.unb.br



Este artigo está licenciado sob uma licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

Você tem direito de:

Compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato.

Adaptar — remixar, transformar, e criar a partir do material.

De acordo com os termos seguintes:

Atribuição — Você deve dar o **crédito apropriado**, prover um link para a licença e **indicar se mudanças foram feitas**. Você deve fazê-lo em qualquer circunstância razoável, mas de maneira alguma que sugira ao licenciante a apoiar você ou o seu uso

Não Comercial — Você não pode usar o material para **fins comerciais**.

Sem restrições adicionais — Você não pode aplicar termos jurídicos ou **medidas de caráter tecnológico** que restrinjam legalmente outros de fazerem algo que a licença permita.



This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format.

Adapt — remix, transform, and build upon the material.

Under the following terms:

Attribution — You must give **appropriate credit**, provide a link to the license, and **indicate if changes were made**. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

NonCommercial — You may not use the material for **commercial purposes**.

No additional restrictions — You may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from doing anything the license permits.

Esta licença está disponível em: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

O olhar da Bioética de Intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família (PSF)

Evelise Ribeiro Gonçalves
Flávia Regina Souza Ramos
Volnei Garrafa

Resumo O artigo parte de tese de doutorado sobre o trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de Saúde da Família, que analisa o cotidiano das atividades dos profissionais da rede municipal com base na percepção dos próprios. Discute-se como seu trabalho expressa o referencial da Bioética de Intervenção, que considera a busca por integralidade, justiça sanitária e inclusão social pressupostos básicos para a efetivação da cidadania. Foram entrevistados um representante da gestão municipal e 17 cirurgiões-dentistas. Foram analisadas as rotinas de acesso ao serviço; os serviços de referência; o estabelecimento de vínculo e a participação popular e controle social. As rotinas de acesso mostraram-se adequadas às linhas de cuidado, mas ainda ineficientes no cumprimento da universalidade. O serviço de referência apresenta falhas; e a participação popular e o controle social ainda não acontecem de forma concreta, podendo haver incentivo à população para participação nos conselhos locais de saúde, espaços para construção da cidadania.

Palavras-chave: Assistência odontológica. Bioética. Programa Saúde da Família.

Aprovação CEP nº: UFSC 351/07



Evelise Ribeiro Gonçalves
Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Florianópolis, especialista em Odontologia em Saúde Coletiva, mestre em Saúde Pública e doutora em Filosofia da Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Brasil

As grandes desigualdades e iniquidades de acesso a tudo que caracterize qualidade de vida, aqui incluída a assistência odontológica, tornam o tema da justiça sanitária foco de discussão quando se pretende aplicar a ética para garantir a dignidade e os direitos humanos na dimensão coletiva.

Vale destacar a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) como o sistema público de saúde mais abrangente do mundo em número de usuários potenciais, pois atinge mais de 180 milhões de pessoas. Ao assumir a saúde como direito o SUS apresenta grande efeito distributivo, promovendo a inclusão social¹. O mesmo se pode dizer da estratégia de Saúde da Família (ESF), eixo organizador da Atenção Básica na saúde pública do país, uma vez que seus pressupostos e diretrizes buscam, num âmbito maior, a efetivação da cidadania da população.



Flávia Regina Souza Ramos

Enfermeira, doutora em Filosofia da Enfermagem e pós-doutora em Educação. Orientadora da tese de doutorado e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Florianópolis, Brasil



Volnei Garrafa

Professor titular e coordenador da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília (UnB), membro da banca avaliadora da tese, presidente do Conselho Diretor da Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética da Unesco (Redbioética), Brasília, Brasil

A inserção da Odontologia na estratégia de Saúde da Família (ESF) em Florianópolis/SC aconteceu apenas no segundo semestre de 2004, sendo um processo ainda em construção. Nesse contexto, realizou-se um estudo de caso com abordagem qualitativa que resultou em tese de doutorado sobre o trabalho do cirurgião-dentista nas equipes de saúde bucal do município, com base na percepção desse trabalhador. O presente artigo traz parte dos resultados dessa tese e tem como objetivo analisar as atividades do dia a dia dos profissionais sob o olhar do referencial da Bioética de Intervenção, cujos pressupostos básicos incorporam a busca pela integralidade, justiça sanitária e inclusão social como elementos indispensáveis para a efetivação da cidadania.

Foram analisadas algumas atividades e/ou situações do cotidiano da assistência prestada pelos cirurgiões-dentistas nas equipes de saúde bucal de Florianópolis, com o objetivo de verificar se estão comprometidas em garantir assistência justa e integral, que se configure elemento para a inclusão social para os cidadãos, identificando-se, assim, com o referencial da Bioética de Intervenção. Tais atividades são: i) as rotinas para o acesso dos cidadãos à assistência odontológica; ii) os serviços de referência para atendimento especializado; iii) o estabelecimento de vínculo com a população atendida; e iv) a participação popular e controle social da comunidade no serviço.

Bioética de intervenção: um novo olhar para a prática em saúde

Falar da Bioética de Intervenção implica resgatar como se deu a homologação da *Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos*². Ela aconteceu durante a 33ª Conferência Geral da Unesco, em 19 de outubro de 2005, em Paris, e foi a partir dali que a agenda bioética internacional politizou-se definitivamente.

A luta pela inclusão de temas sociais acompanhou o processo de construção da Declaração que, com o apoio das nações

latino-americanas, principalmente do Brasil, foi homologada em outubro de 2005. Além dos temas habituais já contemplados inicialmente discute questões sanitárias, sociais e ambientais, de grande interesse para as nações pobres e/ou em desenvolvimento ³. Esse posicionamento resgata o sentido atribuído pelo criador do neologismo *bioética*, Van Rensselaer Potter ⁴, de uma ética que se relacionava com os fenômenos da vida humana no seu mais amplo sentido, incorporando não somente as questões biomédicas, mas principalmente as ambientais, ligadas à sustentabilidade do planeta.

Essa luta pelo retorno às origens da disciplina vem acontecendo desde o início dos anos 1990, quando começaram a surgir as primeiras críticas ao principialismo – corrente até então hegemônica na bioética – e à pretensão de universalidade dos seus princípios ⁵. As críticas foram motivadas principalmente pela sua falta de utilidade para analisar conflitos que exigissem flexibilidade e adequação cultural, bem como o enfrentamento de macrop problemas bioéticos, persistentes ou cotidianos, vivenciados por grande parte das populações de países como o Brasil, marcados pela exclusão social ⁶.

Assim, os mais recentes eventos mundiais de bioética vêm expandindo o seu campo de estudo e atuação, incluindo em sua pauta temas como: direitos humanos e cidadania; priorização na alocação de recursos sanitários escassos; preservação da biodiversidade; finitude dos recursos naturais do planeta; equilíbrio do ecossistema; alimentos transgênicos;

racismo e outras formas de discriminação, entre vários tópicos. Os encontros têm deixado clara a insatisfação com a epistemologia até então seguida pela disciplina, que se restringia a problemas e conflitos individuais em vez de propor soluções e intervir nas questões socioeconômicas e sanitárias coletivas, persistentes na maioria dos países periféricos ^{7,8}.

Dessa forma, tornou-se evidente a necessidade de incorporar no campo de reflexão e atuação da bioética temas sociopolíticos da atualidade, como: as iniquidades sociais e econômicas existentes no mundo; a análise das responsabilidades sanitárias; a interpretação mais precisa dos quadros epidemiológicos; a determinação das formas de intervenção a serem programadas; as questões ambientais; a formação de pessoal sanitário e a responsabilidade dos estados frente aos cidadãos ^{3,7}.

É nesse contexto que a Bioética de Intervenção se constrói, com base na realidade brasileira e latino-americana em todos os seus contrastes e necessidades ^{8,9}. Esse ponto de vista incorpora as questões éticas impostas pelo desenvolvimento biotecnocientífico e a assimetria da relação profissional-paciente, mas também situações relacionadas às políticas de saúde e às desigualdades sociais. As reflexões feitas sob essa perspectiva criticam a incorporação vertical de conteúdos éticos de países desenvolvidos, buscando contextualizar argumentações a temas locais.

É na forma complexa de analisar a realidade de países iníquos – tendo como suporte o caráter social e político – que a Bioética de

Intervenção discute justiça sanitária, inclusão social e cidadania. Seu referencial mínimo é o conceito de corporeidade que defende a ideia de que o corpo é a materialização da pessoa e sem ele a vida social não se concretiza, tornando-o um marco de intervenção ética indispensável para garantir o necessário à vida de indivíduos e populações. Os referenciais norteadores são estruturados com base na matriz dos direitos humanos contemporâneos, que a partir do reconhecimento do direito coletivo à igualdade e do direito dos indivíduos e grupos à equidade, incorpora o discurso da cidadania expandida pelo qual os direitos estão além das garantias asseguradas pelo Estado ⁶.

Essa nova proposta trará consequências positivas e concretas no sentido de ampliar as discussões éticas em saúde e favorecer a construção de sistemas sanitários mais acessíveis. Dessa forma, criará condições para que as sociedades humanas alcancem uma qualidade de vida mais justa, e, em âmbito maior, legitimará a ação efetiva de intervenção da bioética que traz um novo olhar para a prática em saúde, refletindo sobre a realidade com base em parâmetros de equidade, justiça e inclusão social ^{7,8,9}.

Método

A coleta dos dados aconteceu em duas etapas. Primeiro, foi aplicado um questionário em uma amostra de 40 cirurgiões-dentistas (CD) da rede assistencial do município, que compunham equipes de PSF. Em julho de 2008 havia, segundo dados da coordenadoria de

saúde bucal da secretaria municipal de Saúde, um total de 86 CD em equipes de PSF. Considerando as respostas dos questionários, partiu-se para a segunda etapa, quando foram selecionados 25 CD (cinco por regional de saúde=Norte, Sul, Leste, Centro e Continente), dos quais foram entrevistados 17, obedecendo ao critério de saturação da amostra. Os critérios para seleção dos entrevistados se basearam em quatro pontos principais: i) tempo de formatura; ii) formação pós-graduação; iii) tempo de trabalho na rede assistencial de Florianópolis; e iv) tipo de vínculo empregatício. Tentou-se fazer uma amostra por regional com características heterogêneas, ou seja, que englobasse profissionais com todas as características descritas. As entrevistas semiestruturadas foram norteadas por instrumento próprio, composto por 14 questões abertas.

Cumprir destacar que a amostragem por saturação é uma ferramenta metodológica usada com frequência nas investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde para interromper a captação de novos componentes, determinando o tamanho final da amostra do estudo ¹⁰. Essa interrupção se baseia no fato de que, na avaliação do pesquisador, os dados obtidos passam a repetir-se, não sendo relevante persistir na coleta de dados. Neste trabalho, as primeiras sete entrevistas indicaram um evidente acréscimo de ideias e percepções diferentes sobre os significados dos tópicos abordados. A partir da 8ª entrevista os acréscimos foram rareando até que deixaram de aparecer a partir da 11ª entrevista. Decidiu-se fazer ainda mais seis entrevistas para confirmar as repetições e para que fossem totalizadas

quatro entrevistas por regional, com exceção da regional Centro, que participou com apenas uma, devido à recusa dos profissionais contatados. Todas as entrevistas foram realizadas no mês de julho de 2008 e tiveram duração de 45 minutos a 1 hora e 30 minutos.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) da UFSC, que a aprovou em dezembro de 2007. Foi solicitado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) de todos os entrevistados antes do preenchimento do questionário e realização e registro das entrevistas, as quais foram gravadas em fitas de áudio. Na transcrição do material optou-se por utilizar nome de cores como codinomes para preservar a identidade dos entrevistados. Para auxiliar na análise das entrevistas, utilizou-se o *software* de análise de dados qualitativos Atlas-TI. As entrevistas foram colocadas no programa e por meio dele foram feitas a pré-categorização dos dados e a organização das categorias de análise, obedecendo à técnica de análise de conteúdo de Bardin ¹¹.

A análise e discussão dos dados da tese, assim como a confecção do roteiro de entrevistas, partiram de referenciais teóricos que contemplam conceitos-chave da Política Nacional de Atenção Básica, em especial a Política Nacional de Saúde Bucal; da estratégia de Saúde da Família; da Bioética de Intervenção e do processo de trabalho. Esses conceitos-chave foram organizados numa *matriz analítica* e sua aplicação ao estudo foi determinada. É importante ressaltar que cada um dos artigos resultantes da tese enfocou um assunto referente ao

trabalho do cirurgião-dentista na ESF e, por isso, os referenciais teóricos aparecem de forma diferenciada em cada um deles.

Neste artigo os conceitos-chave da Política Nacional de Atenção Básica, da estratégia de Saúde da Família e da Bioética de Intervenção foram os mais utilizados, auxiliando na definição e análise das atividades e/ou situações do cotidiano das equipes de saúde bucal aqui expostas.

Resultados e discussão

O acesso ao atendimento odontológico

A primeira rotina assistencial analisada sob esse olhar foi o acesso ao atendimento odontológico. O que se identifica no relato dos entrevistados é uma grande variedade de rotinas adotadas adaptando-se às necessidades de cada comunidade e priorizando o acesso de determinados grupos: *“Em média a cada quinze dias eu ofereço vinte vagas, os pacientes vêm na hora em que o posto abre e por ordem de chegada vou distribuindo-os na agenda, e só os largo depois que termino seus tratamentos. Tem agenda aberta: gestantes, idosos acima de sessenta anos e crianças até dez anos”* (Carmesin).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal preveem a ampliação e a qualificação da atenção básica a partir de diversas ações, incluindo a ampliação do acesso ao serviço mediante a inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: por linhas de cuidado e por condição de vida ¹². O objetivo é buscar a equidade em saúde ao

permitir a cada cidadão possibilidades de acesso à assistência, seja pela responsabilidade social, seja pelas políticas de saúde ¹³.

Ao determinar o acesso prioritário a bebês, escolares até 10 anos, gestantes e idosos, a assistência odontológica do município respeita essa diretriz e a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) ¹⁴, segundo a qual as políticas e os sistemas públicos de saúde devem tentar alcançar a equidade considerando as diferenças nas condições sociais e sanitárias das pessoas. Para alcançar esse objetivo as ações desenvolvidas são direcionadas a eliminar, ou ao menos reduzir ao mínimo possível, as diferenças iníquas que existem entre os grupos humanos de diferentes níveis sociais ¹.

No entanto, chama a atenção que a preocupação em priorizar o acesso aos grupos vulneráveis, que é plenamente justificável, acaba por tornar difícil o atendimento odontológico para os adultos *normais* – como diz um dos entrevistados –, que seriam homens e mulheres não gestantes em idade adulta e os adolescentes. Essa população, por não receber atendimento prioritário, acaba também se tornando vulnerável: *“A agenda abre uma vez por semana, quem vier marca até acabarem os pacientes. A agenda vai pra um, dois meses. Eu dou retorno pra idosos, gestantes, crianças até doze anos. Adultos eu não posso fazer isso porque senão vou atender um grupo fechado de pessoas e não vou abrir oportunidade pros outros, então eu explico isso pras pessoas e elas acham que não está certo. Não está certo, mas a gente faz assim”* (Grená).

Os adultos, em especial os trabalhadores, têm dificuldades no acesso às unidades de saúde nos horários convencionais desses serviços. Essas situações conduzem ao agravamento dos problemas existentes, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além das conseqüentes perdas dentárias. O ideal seria criar, como preconizam as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, uma forma de acesso prioritário para os trabalhadores, em horários de atendimento compatíveis com sua jornada de trabalho, principalmente porque o relato da maioria dos entrevistados sugere a mesma realidade: um acesso complicado e sem prioridade para esses cidadãos.

Além da rotina de acesso às consultas para tratamento, verificou-se unanimidade quanto aos atendimentos de emergência. Todos relatam rotinas bem estabelecidas para tais atendimentos e atenção especial às pessoas que chegam à unidade com dor: *“As urgências a gente sempre atende, independente de quantas aparecerem: se aparecerem dez num dia a gente vai atender, vai dar um jeito, nem que seja pra dar uma explicação ou uma medicação”* (Jambo). Essa particularidade da assistência odontológica caracteriza um respeito ao cidadão acometido por necessidades urgentes, além de cumprir um dos princípios norteadores das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal que diz que prioridade absoluta de acesso deve ser dada em casos de dor, infecção e sofrimento ¹².

Fato significativo relatado por alguns entrevistados é o alto número de faltas às consultas. Segundo os profissionais, essas faltas acontecem por dois motivos principais, ambos

relacionados à prática da “agenda aberta”. Para comunidades sem demanda reprimida, as faltas caracterizam, segundo os profissionais, certo descaso da população devido à facilidade com que pode marcar nova consulta; e para comunidades com demanda reprimida, o livre acesso proporcionado pela agenda aberta significa a marcação da consulta para semanas, às vezes meses, adiante do dia da marcação, o que os leva, frequentemente, a esquecer ou não mais precisar do atendimento:

“A marcação de consultas era com agenda aberta, porque queríamos evitar fila. Digo era porque os pacientes faltavam devido justamente à facilidade de marcação. Então, mudamos a estratégia” (Âmbar).

“As agendas são abertas. As pessoas preferem assim. Mas no inverno tem muita falta, eu não sei se é porque a consulta fica marcada para um, dois meses à frente e a pessoa esquece, ou se ao chegar lá ela já não precisa mais” (Alizarim).

O serviço de referência

Além do acesso à assistência, analisou-se também o serviço de referência para tratamento especializado. A integralidade do tratamento odontológico representa um nó crítico histórico da profissão e esta situação se torna ainda mais complexa no âmbito do serviço público no qual o alcance da atenção integral depende inteiramente de um serviço de referência eficaz, o que parece ainda algo a ser atingido.

A assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase unicamente aos ser-

viços básicos e ainda com grande demanda reprimida. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos¹². É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal em quase todos os sistemas locais de saúde. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. Com a expansão do conceito de atenção básica e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção, para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços¹².

Desde 2004, com o início da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente –, o Ministério da Saúde tem contribuído com a implantação e/ou melhoria de centros de especialidades odontológicas (CEO). Os CEO são unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica, sempre integrados ao processo de planejamento loco-regional, que devem ofertar, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Nesses procedimentos incluem-se, dentre outros: tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontia, dentística de maior com-

plexidade e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção.

Quando perguntados sobre como era a sua experiência com o serviço de referência do município, muitos entrevistados relataram que o local para onde encaminham seus pacientes é a clínica do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC): *“A gente manda um encaminhamento para a UFSC por meio do próprio paciente. É claro que como é um serviço de ensino, tem épocas que tem vaga e épocas que não tem. Mas a parte de endodontia e cirurgia a gente geralmente encaminha para lá e depois eles voltam e agendam com a gente”* (Lavanda).

Sobre os CEO do município as percepções foram variadas. Alguns dão crédito à iniciativa da implantação do CEO e acreditam que, apesar dos problemas, é possível melhorar: *“A gente está caminhando a passos lentos, mas está caminhando. Tem algumas falhas no sistema de marcação, mas eu analiso assim: não tínhamos nada e agora a gente já tem. Hoje nós temos endodontia, inclusive canal de molar e retortamento; tem periodontia com aumento de coroa clínica e cirurgia. Então hoje pelo menos, apesar da demanda reprimida, tu tens uma resposta pra dar aos usuários”* (Âmbar).

Outros reclamam que não conseguem acesso para os usuários encaminhados aos serviços oferecidos, apontando como um dos maiores problemas a dificuldade para marcar consulta nos CEO. Isso faz com que cada profissional dê o seu “jeitinho” e acabe encaminhando pacientes para cursos/profissionais com os

quais mantêm algum relacionamento pessoal: *“Na verdade, comigo tem acontecido assim: eu consigo encaminhar paciente – eu digo que é encaminhamento clandestino – pro centro de estudos endodônticos. Na UFSC a gente não tem contato, já no centro de estudos a gente conseguiu uma parceria muito boa. Só que a gente fica dando esse jeitinho brasileiro, e eu acho que então eu não sou brasileira, porque pra mim tinha que formalizar”* (Rútilo).

A falta de um procedimento oficial a ser seguido por todos os profissionais ou, pelo menos, rotinas de encaminhamento mais bem esclarecidas, traz à tona a questão da “dupla vulnerabilidade” dos cidadãos. Eles são vulneráveis porque o sistema oficial não é efetivo e não dá conta da demanda; e tornam-se novamente vulneráveis quando o atendimento especializado passa a ser, a partir daí, uma questão de sorte: sorte de ter na sua unidade de saúde um profissional bem relacionado, que se sensibilize com seus problemas e que conheça meios “clandestinos” para conseguir o atendimento necessário.

O vínculo

A terceira rotina ou situação analisada foi o estabelecimento de vínculo com a população atendida. Percebeu-se que, por conta desse momento de construção do serviço de referência e contrarreferência, o vínculo preconizado pela Política Nacional de Saúde Bucal fica prejudicado. Alguns entrevistados mostraram sua percepção sobre o assunto: *“Eu acho que criar vínculo é quando a gente começa a se responsabilizar pela pessoa e pela comuni-*

dade em questões de saúde e você é a referência. Isso só acontece quando a gente começa a perceber que tem condições de responder a essa necessidade. Agora, quando a gente não consegue fazer este cuidado, não se vincula: a demanda vem e bate na porta uma, duas, três vezes e não acha atendimento. O serviço então não se coloca como referência para aquela necessidade” (Rútilo).

O vínculo se configura com um dos princípios norteadores das ações do cuidado em saúde bucal. Portanto, a expressão “criar vínculo” com a população atendida significa que as unidades básicas de saúde (UBS) se responsabilizam pela solução dos problemas em sua área de abrangência, por meio da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução. O vínculo é a expressão síntese da humanização da relação com o usuário e sua construção requer a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas. O vínculo é o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário ¹².

Nesse contexto, também se discute que a criação do vínculo passa pela construção da consciência sanitária e que ela implica, para gestores, profissionais e usuários, a consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua promoção e recuperação. Alguns entrevistados percebem que há a necessidade de maior participação e responsabilidade por

parte da comunidade: “*Eu acho que pra estabelecer vínculo tu tens que te responsabilizar pelo teu paciente junto com ele, não só a gente assumir toda a responsabilidade” (Jambo).*

Assim, o estímulo à construção de uma consciência sanitária em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal ¹². Essa ideia traz para discussão outro conceito que sustenta a proposta da Bioética de Intervenção, que é o empoderamento, tradução direta do inglês *empowerment*. A palavra ficou mais conhecida a partir da obra de Amartya Sen, que utiliza com frequência em suas obras a ideia de liberdade para discutir empoderamento. Segundo ele, a liberdade pode ser vista como intrinsecamente importante para uma boa estrutura social. Uma boa sociedade também é, nessa concepção, uma sociedade de liberdade ¹⁵.

Assim, a ideia de empoderamento dos sujeitos individuais, que estejam vulnerabilizados em decorrência do processo histórico e da característica cultural das sociedades em que estão inseridos, permeia todo o social, atuando como elemento capaz de potencializar a atuação desse segmento da sociedade, privado de poder de decisão, promovendo sua inclusão ⁹. Juntamente com o empoderamento, o conceito de libertação também corrobora a proposta da Bioética de Intervenção quando considera que os sujeitos sociais são eminentemente atores políticos cuja ação pode tanto manter como transformar a realidade ⁶.

A utilização dessas duas categorias faz com que a reflexão aponte na direção da luta política para garantir a liberdade. Adotar tal postura leva à luta dos cidadãos pela sua inclusão social, seja na área da saúde ou em outras, partindo do pressuposto de que existem forças que oprimem e que ações concretas devem ser tomadas em oposição a elas ⁹. A inclusão social corresponde à ação cotidiana de pessoas concretas e precisa ser tomada na dimensão política, com os sujeitos sociais articulando sua ação em um processo dinâmico que necessita ser construído e levado à prática buscando a verdadeira justiça social em saúde ⁷.

Assim, o estímulo dos profissionais à participação popular e ao controle social nas atividades realizadas pelas equipes de Saúde da Família é exemplo da construção da cidadania quando estimula a população a participar ativamente das decisões que a influenciam. As políticas públicas de saúde equânimes não devem, portanto, ater-se exclusivamente a considerações de ordem econômica, mas buscar o bem-estar das pessoas, respeitando suas diferenças e dando-lhes oportunidade de se manifestar e participar das decisões ^{16,17,18}.

A participação popular e o controle social

A participação popular e o controle social, envolvidos nas equipes de saúde bucal de Florianópolis, foram as últimas situações analisadas. Quando perguntados sobre se havia estímulo à população por parte da equipe para que participasse das discussões relativas à saúde por meio dos conselhos locais, as reali-

dades relatadas foram semelhantes: comunidades sem conselhos de saúde estão desmotivadas a participar desse recurso de luta política, mesmo com estímulo da equipe:

“A nossa comunidade tem esse perfil, eles reclamam, mas eles não lutam” (Escarlate).

“Não conseguimos. Nós já tentamos conversa de um a um, telefonando, botando cartaz, por meio da associação dos moradores, várias formas de divulgação e nunca deu certo. O conselho então se resume a três ou quatro pessoas do posto, as agentes comunitárias e um ou outro morador. É como se fosse uma reunião do posto” (Grená).

Também houve relatos de mobilização da comunidade de forma desorganizada e agressiva contra a equipe de saúde e reflexões sobre o risco de assumir como coletivo interesses que podem se revelar pessoais, condição que pode deixar de ser identificada devido à insuficiente participação da comunidade nos poucos conselhos estabelecidos:

“Nós estamos enfrentando a comunidade vindo com imprensa, bater boca, gritar e fazer barraco. Gostaria que eles estivessem mobilizados mesmo, mas não em função de uma desorganização e manifestação agressiva diante da equipe. Não consigo encontrar estímulo para formar um conselho local de saúde aqui porque o diálogo da equipe com a comunidade não existe” (Índigo).

“É muito desgaste. Ali as pessoas estão com seus interesses pessoais e corre-se o risco de a gente estar viabilizando de uma forma formal o

que não é o interesse da coletividade. Existe esse perigo” (Rútilo).

As questões que emergem desses relatos dizem respeito tanto à população quanto aos profissionais de saúde: estão preparados para estimular e participar da luta por direitos individuais e coletivos? Será que se sentem na condição de sujeitos emancipados e livres para fazer suas escolhas frente aos meios de alcançar a sobrevivência em sociedade? A realidade relatada pelos entrevistados sugere que a luta por empoderamento, libertação e emancipação⁷ dos cidadãos de grande parte das comunidades do município ainda está para ser feita e, para isso, é preciso organizar-se. Isto vale tanto para os profissionais de saúde quanto para essas populações, gerando condições para promover sua inclusão social e participação nas decisões relativas a sua saúde. O relato de alguns entrevistados mostra o caminho:

“Nós somos formiguinhas tentando mudar uma realidade que é muito cruel. Tentamos desenvolver a autonomia às pessoas porque isso é importante. O que a gente quer é que essas pessoas reconheçam seus direitos e reivindiquem aquilo que a comunidade precisa, olhando um pouquinho mais para o coletivo e não apenas o eu” (Lavanda).

“Ao virem nessas reuniões, eles estariam participando de discussões de assuntos ligados à comunidade: falta de profissionais em geral, demora de exames, de marcação, de estacionamento, roubo, lixo, cachorros nas ruas, ponto de ônibus, tudo. Os usuários não têm noção do que é um conselho local de saúde, que é a voz da

comunidade, a participação organizada da comunidade. É uma comunidade organizada consegue muita coisa” (Âmbar).

Acredita-se que ao se comprometer com o incentivo da construção da cidadania sanitária, a estratégia de Saúde da Família foge de algo que sempre vai ameaçá-la: o risco de se tornar uma política paternalista. Um dos entrevistados expressa a sua preocupação com esse risco, que para ele já é realidade na sua comunidade: *“Uma coisa que está me incomodando é que o Saúde da Família está se tornando um programa paternalista, estou com medo porque estou vendo que desenvolvo uma atividade extremamente paternalista: estamos usando os direitos, direitos e direitos. (...) Mas a população precisa ser trabalhada porque na verdade ela tem deveres também” (Índigo).*

Acredita-se que a busca pela justiça sanitária por meio das ações da estratégia de Saúde da Família deva ter seus alicerces no respeito à autonomia dos cidadãos e na legitimação de suas individualidades. Isso fica claro quando se aceita que o verdadeiro fundamento ético do princípio da justiça é permitir e ajudar cada um dos seres humanos a ser verdadeiramente autônomo e por meio de suas decisões livres melhorar a si mesmo para, assim, multiplicar a riqueza moral e material da sociedade¹⁹.

Considerações finais

A ideia que permeia os conceitos que estão na essência da Bioética de Intervenção é que saúde é sinônimo de cidadania. Uma pessoa

saudável, escolarizada, inserida no seu contexto social, tem maiores possibilidades de, por exemplo, disputar um lugar digno no mercado de trabalho e assim melhorar a sua sobrevivência e de sua família. A saúde humana, portanto, é um instrumento concreto de cidadania quando contribui para que as pessoas tornem-se, física e mentalmente, mais aptas na luta por um destino melhor²⁰. Sendo um conceito do âmbito da justiça social, que inclui a liberdade e os direitos individuais e coletivos, a cidadania não será jamais alcançada ou conquistada exclusivamente com medidas técnicas ou programáticas²⁰.

Resgatando a reflexão sobre a Odontologia, constata-se que enquanto profissão ela tem caracterizado sua prática por um exercício que promove mais iniquidade do que inclusão social. No entanto, ela poderia transformar-se em instrumento de cidadania se fosse acessível a todos que dela precisassem. Contudo, melhores condições de saúde bucal para a população brasileira não serão alcançadas com medidas técnicas isoladas, mas no bojo dos avanços políticos que a sociedade conquistar¹⁹. Dessa forma, fica clara a importância das políticas públicas de saúde para a construção de uma democracia participativa que busca formas sociais mais justas e inclusivas²⁰.

A estratégia de Saúde da Família – com a inserção da saúde bucal – é sinal concreto de politização e avanço na agenda sanitária brasileira rumo à busca da universalidade, da equidade e do respeito aos direitos humanos. A assistência odontológica na estratégia de Saúde da Família em Florianópolis é ainda

um processo em construção, iniciado há apenas cinco anos. Percebe-se que grande parte dos profissionais inseridos nas equipes de saúde bucal demonstra preocupações, que se traduzem nas suas ações e iniciativas, com a inclusão dos cidadãos de suas comunidades na atenção à saúde bucal do município. Exemplo disso são as rotinas de acesso à assistência, adequadas às linhas de cuidado, mas que, no entanto, ainda se mostram ineficientes quanto à universalidade.

Além disso, o serviço de referência do município para atenção odontológica especializada apresenta falhas e precisa ser mais bem organizado para cumprir o seu propósito: prover assistência odontológica integral aos cidadãos de forma ágil e universal. Essas falhas fazem com que o vínculo com a comunidade nem sempre seja estabelecido, pois o serviço não consegue responder a todas as necessidades apresentadas, embora exista a preocupação dos profissionais em alcançá-lo.

Por fim, talvez a maior expressão da consciência sanitária de uma população, que é a participação popular e o controle social efetivo das ações de saúde, ainda não acontece concretamente nas comunidades pesquisadas. Para que avanços políticos se configurem é indispensável o engajamento dos profissionais de saúde e da população às propostas transformadoras que beneficiem o coletivo, por meio de uma consciente participação popular²¹. Assim, destaca-se a importância do incentivo à população, por parte dos profissionais e equipes, para estabelecer e manter os conselhos locais de saúde.

A conquista cotidiana da saúde mediante a busca pela afirmação do cidadão e dos seus direitos é uma clara expressão da ética como espaço para luta política, luta esta que ajudará a construir a consciência sanitária e a cidadania de nossa população ^{20,22}.

Resumen

La visión de la bioética de intervención en el trabajo del odontólogo del Programa de Salud de la Familia

El artículo parte de la tesis de doctorado sobre la labor del cirujano dentista en la estrategia de *Saúde da Família* (Salud Familiar) donde se examinan las actividades cotidianas de los profesionales de la red a partir de su percepción. Se discute cómo su trabajo diario expresa el referencial de la bioética de intervención, cuyos principios básicos son la búsqueda de la integralidad, la justicia sanitaria y la inclusión social. Fueron entrevistados: un representante del municipio y 17 cirujanos dentistas. Se analizaron las rutinas de acceso al servicio, los servicios de referencia, el establecimiento de vínculo y participación popular y de control social. Las rutinas de acceso demostraron ser adecuadas a las líneas de atención, pero ineficaces en el cumplimiento de la universalidad. El servicio de referencia presenta fallas; y la participación popular y el control social no se realizan de forma concreta, por lo que se debe incentivar a la población hacia la participación en los consejos locales de salud, espacios de lucha política.

Palabras clave: Atención odontológica. Bioética. Programa de salud familiar.

Abstract

The intervention bioethics' approach to the work of the family health program dentist

This article is part of a doctorate thesis about the dentist's work in the *Saúde da Família* (Family Health) strategy, which analyses the activities of the public professionals from their point of view. It is discussed how his work expresses the referential of the bioethics of intervention, which considers the search for integrality, health justice and social inclusion as basic implications to accomplish citizenship. A member of the administrative staff and 17 public dentists were interviewed. The access routines to the service, the reference services, the establishment of a link and the popular participation and social control where analyzed. The access routines showed that

they were appropriated to the care lines, but still inefficient to the accomplishment of the universality. The reference service presents deficiencies, and the popular participation and social control do not happen in a concrete form, still needing to be improved by stimulating the population to participate into the local health councils, spaces to build citizenship.

Key words: Dental care. Bioethics. Family health program.

Referências

1. Fortes P, Zoboli E. Os princípios do Sistema Único de Saúde, SUS: potencializando a inclusão social na atenção saúde. *O Mundo da Saúde* 2005;29(1):20-5.
2. Unesco. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. [online]. Paris 2005 Out 19 [acesso Fev 2009]. Tradução brasileira sob a responsabilidade da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília [acesso Fev 2009]. Disponível: www.sbbioetica.org.br.
3. Garrafa V. O novo conceito de Bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia; 2006. p.9-16.
4. Potter VR. *Bioethics, bridge to the future*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971.
5. Beauchamp TL, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press; 1979.
6. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Revista Bioética* 2005;13(1): 111-23.
7. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética* 2005;1(2): 122-32.
8. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics* 2003;16(5-6): 399-416.
9. Garrafa V, Pyrrho M. Bases epistemológicas e políticas da bioética da intervenção. In: Moyses ST, Kriger L, Moyses SJ, organizadores. *Saúde bucal das famílias : trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p.298-308.
10. Fontanella BJB, Ricas J, Turato, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pub* 2008;24(1): 17-27.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1994.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
13. Berlinguer G. Equidade, qualidade e bem-estar futuro. In: Garrafa V, Costa SIF, organizadores. *A bioética no século XXI*. Brasília: Universidade de Brasília; 2000. p.41-8.
14. World Health Organization. *The world health report 2000: health systems, improving performance*. Geneva: WHO; 2000.

15. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Publica 2002;11(5): 24-34.
16. Freire P. Pedagogia da autonomia. São Paulo: Paz e Terra; 2001.
17. Fortes PAC. Dilemas éticos na alocação de recursos em saúde. In: Palacios M; Pegoraro O, organizadores. Ética, ciência e saúde: desafios da bioética. Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p.139-49.
18. Fortes PAC. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética e saúde pública. São Paulo: Loyola; 2003. p. 35-48.
19. Garrafa V. Reflexões sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. Op.cit. p. 49-62.
20. Garrafa V. Saúde bucal e cidadania. Saúde Debate 1993;41: 50-7.
21. Durán MLU. Cidadania, complexidade e participação. In: Garrafa V, Pessini L, organizadores. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Loyola; 2003. p.95-102.
22. Narvai PC. Saúde bucal e cidadania. In: 1ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo; 1991 Out; São Paulo. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo; 1991. (mimeo).

Recebido: 12.2.2010

Aprovado: 13.4.2010

Aprovação final: 17.4.2010

Contatos

Evelise Ribeiro Gonçalves – eveliserg72@hotmail.com

Flávia Regina Souza Ramos – flaviar@ccs.ufsc.br

Volnei Garrafa – volnei@unb.br

Evelise Ribeiro Gonçalves – Rua Percy João de Borba, 142. Trindade CEP 88036-200. Florianópolis/SC, Brasil.