



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**EDGLEY SILVA DE SOUZA**

**GESTORES, SERVIDORES E USUÁRIOS:**  
**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PROGRAMA CEDEFAM**

**FORTALEZA**

**2018**

**EDGLEY SILVA DE SOUZA**

**GESTORES, SERVIDORES E USUÁRIOS:  
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PROGRAMA CEDEFAM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Políticas Públicas e Mudanças Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa.

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- S237g Souza, Edgley Silva de.  
Gestores, servidores e usuários : as representações sociais do Programa Cedefam / Edgley Silva de Souza. – 2018.  
195 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2018.  
Orientação: Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa.
1. Avaliação institucional. 2. Saúde bucal. 3. Representações. I. Título.

CDD 320.6

---

**EDGLEY SILVA DE SOUZA**

**GESTORES, SERVIDORES E USUÁRIOS:  
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PROGRAMA CEDEFAM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Políticas Públicas e Mudanças Sociais.

Aprovada em: 31 / 01 / 2018.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dra. Walda Viana Brígido de Moura  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Alba Maria Pinho de Carvalho  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico este estudo ao meu filho caçula, Christian Marcel Silva de Souza, que foi morar no céu aos 16 anos, contra a sua vontade e sem ter o direito de pelo menos poder se despedir de mim, levando consigo a minha alegria para continuar aqui e deixando infinitas saudades. Entretanto, foi do último sorriso que me deu e do amor que me dedicou que veio a força, a coragem e a determinação para continuar esse trabalho, mesmo quando tudo conspirava em seu desfavor. É pra você, filho amado, que dedico a realização desse sonho, o que havia deixado de fazer desde que você se foi.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pela infinita misericórdia de me conceder a vida, de estar sempre junto de mim e me possibilitar realizar meus projetos e sonhos.

À minha família, meus filhos (Philypi e Camile), meus irmãos (Lan, Ney e Nelly), sobrinhos e cunhada, que torceram e sempre me incentivaram a estudar, cada um à sua maneira, mesmo sabendo que seria lhe furtado o direito à nossa convivência. O agradecimento especial à minha mãe, Maria José, que me deu a vida e a possibilidade de desfrutar do melhor que ela tem, orou por mim, emanando todas as energias positivas, não só para que eu alcançasse a conclusão desse trabalho, mas para tudo com que eu me deparasse nessa vida.

Um agradecimento especial à minha companheira de todas as horas, Ana Karoline, que com seu amor, afeto e companheirismo fez tudo ou quase tudo para tornar esse período de escrita não tanto angustiante, estressante e solitário, contribuindo consideravelmente comigo nessa travessia. Toda gratidão a você Karol.

Ao meu netinho, que não é o único, porém o que conheço, Philypi Miguel, que chegou em minha vida no mesmo tempo do meu ingresso no mestrado, felicidade dupla. Minha fonte de inspiração, o mais novo amor da minha vida, motivo pelo qual vou continuar lutando por um mundo melhor.

À minha amiga-irmã Sofia Regon muita gratidão e respeito por todo o carinho, companheirismo, lealdade e dedicação destinados a mim nestas duas últimas décadas.

Aos meus amigos do trabalho e grandes incentivadores Dra. Adelianni Campos, Dra. Mônica Freire, Dra. Ana Maria, Dra. Renir Campos, Prof. Sérgio Luz, Dr. José Carlos e a Enfa. Cícera Vanlúzia com quem compartilho diariamente alegrias, angústias e realizações. Toda gratidão aos sete.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa, por acolher minha proposta de pesquisa e fomentar a importância da mesma para a comunidade universitária, ao se tratar de uma pesquisa realizada em meu ambiente de trabalho, que eu com muita ousadia, propus discutir saúde bucal, um tema que não estava diretamente relacionado à minha formação acadêmica, todavia, vinculado ao meu fazer profissional. Pela confiança que creditou em mim quando nem eu mesma fui capaz de tê-la, pela paciência que dispôs e pela sabedoria de um mestre que “embarcou” comigo nessa trajetória me fazendo desbravar outros horizontes, na busca de aprofundamento teórico para que eu pudesse atingir o conhecimento necessário ao meu estudo.

À Profa. Dra. Alba Maria Pinho de Carvalho, que esteve presente nesta minha trajetória desde a primeira banca de apresentação do pré-projeto, pessoa pela qual me conquistou de imediato com a sua postura de acolhimento. Mais tarde, quando passou a ministrar disciplinas se tornou minha fonte de inspiração intelectual, quando expressou com muita humildade parte de seu arcabouço teórico, que de tão grande é capaz de analisar qualquer objeto pelas mais diversas categorias de análises. Minha gratidão eterna pela expressiva confiança no que nem eu acreditava que poderia, pelo afeto e pelo incentivo à escrita.

À Profa. Dra. Walda Viana Brígido de Moura, minha diretora, esteve presente na ocasião da minha qualificação e agora participou da minha banca. Foi minha orientadora na graduação, com ela tive a oportunidade de realizar alguns trabalhos científicos, construir projetos e escrever capítulos de livros. Desde o primeiro dia que a conheci, há quatorze anos, fui tomada por uma imensa admiração, pelo seu modo de tratar as pessoas, inclusive com as que lhe podem oferecer pouco. Quero agradecer por compreender o meu afastamento temporário de trabalho para me dedicar à escrita, pelos incentivos a voltar a escrever esta pesquisa, quando as dificuldades apareciam, algumas delas relacionadas à condição de doença, também por ter me dado a oportunidade de conviver com a senhora, o que me possibilitou a aprender tanto. A senhora tem sido um exemplo pra mim.

Aos sujeitos envolvidos com o Programa Cedefam por confiarem em mim, por ocasião das entrevistas e desvelarem os seus significados sobre o atendimento da clínica de saúde bucal do Cedefam, que possibilitaram a fundamentação da minha pesquisa.

À UFC, ao Cedefam, o espaço onde atuo profissionalmente desde o ano de 1994 e que me instiga cotidianamente a refletir sobre as relações dos sujeitos que nele convivem, bem como sobre as ações desenvolvidas no sentido de atender às necessidades de saúde demandas pela comunidade.

Ao Mestrado de avaliação de Políticas Públicas (MAPP), à Vânia que foi solícita e competente sem descanso e todos os professores que compartilham seus saberes por meio de suas contribuições valorosas.

Aos meus mais que colegas, amigos da turma de mestrado, servidores da UFC, da EBSEH e Institutos Federais pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas. Aprendi muito com vocês.

Ao meu amor pet, meu cãozinho Axel Rose, pelo amor incondicional, fidelidade e companheirismo em todos os momentos de escrita, principalmente pela sua solidariedade em ficar acordado comigo nas incontáveis madrugadas de estudos.

“A nobreza de nosso ato profissional está em acolher aquela pessoa por inteiro, em conhecer a sua história, em saber como chegou a esta situação e como é possível construir com ela formas de superação deste quadro. Se reduzirmos a nossa prática a uma resposta urgente a uma questão premente, retiramos dela toda a sua grandeza, pois deixam de considerar, neste sujeito, a sua dignidade humana.”

(Maria Lúcia Martinelli)

## RESUMO

Esta pesquisa trata da avaliação do Programa Cedefam: centro de extensão, ensino e pesquisa e as suas ações de saúde enquanto um direito social, descrito na Constituição de 1988 sob a perspectiva da avaliação em profundidade (RODRIGUES, 2008). Desvela o significado dado pelos gestores, servidores técnico-administrativos e usuários por meios de suas representações sobre as ações ofertadas pela clínica de Saúde Bucal do Cedefam, inserida no programa que se apresenta como uma Ação de Extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC). Tem como objetivo avaliar as representações sociais dos sujeitos envolvidos com a política de saúde bucal desenvolvida pelo programa, em articulação com o direito à saúde e os princípios que norteiam a Política de Saúde Bucal brasileira. A base analítica fundante deste estudo é a teoria das representações, que segundo Moscovici (1981) é um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no decurso de comunicações individuais. A metodologia desse estudo é de natureza qualitativa, que de acordo com Rey (2011) tem como aspecto a produção de conhecimento estar centrada na dimensão da singularidade do estudado. Este fenômeno foi avaliado por meio de pesquisa bibliográfica, observação participante, diário de campo e entrevista semiestruturada. Dos significados desvelados, pode-se citar que os gestores se posicionaram a partir de um conhecimento que vão desde o planejamento, implantação e execução do programa, bem como se referem como partícipes em alguns estágios de estruturação física e assistencial do programa. Verificou-se que os mesmos compreendem o seu papel dentro da unidade de saúde, ao executar a garantia da saúde como um direito social constitucional. Acreditam que as ações promovem a melhoria da qualidade de vida da população. Os gestores e servidores técnico-administrativos reconhecem o papel da Clínica de Saúde Bucal como uma unidade de extensão da UFC e como tal, compreendem para quem destina-se as suas ações. Foram enfáticos em afirmar que garantem o direito à saúde dos usuários, demonstrando que estes são viabilizados por meio do acesso, da atenção humanizada e da equidade. Ressaltam que o controle de placa bacteriana é a grande contribuição do Cedefam para a qualidade de vida das pessoas e que estão muito satisfeitos ao desenvolverem suas ações na clínica de saúde bucal do Cedefam. Identificou-se através das falas dos três sujeitos que existem vínculos entre os agentes operadores da política (gestores e servidores) e os usuários. Os usuários em sua maioria reconhecem a clínica com um lugar de solução de suas necessidades de saúde e que utilizam outras ações ofertadas pelo programa. Os mesmos ainda afirmam que, seus familiares também são acolhidos e atendidos. Por isso colocam a necessidade que o programa ter de continuar e ampliar as suas ações.

Pode-se inferir que, embora alguns usuários não tenham demonstrado entender que destino a clínica poderia ter a partir do congelamento nos investimentos da saúde, o que eles colocam, como solução de suas necessidades relativas à saúde bucal, é a manutenção e ampliação das ações. Verificamos também a ausência da participação da comunidade no planejamento das ações. O respeito ao ser humano precede ao reconhecimento de seus direitos, por isso pensar em as ações destinadas à comunidade sem o prévio contato com ela, pode levar ao insucesso de qualquer programa pela ineficiência. Diante do exposto, verificou-se por meios das representações sociais dos sujeitos envolvidos com as ações de saúde ofertadas pelo Cedefam, que a Política de Saúde bucal executada responde às demandas dos usuários entrevistados por esta pesquisa, embora tenha ficado explícito nas falas deles que, torna-se imprescindível o fortalecimento e a ampliação de todas as ações ofertadas pela clínica, de modo a alcançar toda a comunidade.

**Palavras-chave:** Avaliação. Saúde bucal. Representações.

## ABSTRACT

This research deals with the evaluation of the Cedefam Program: extension, teaching and research center and its health actions as a social right, described in the 1988 Constitution. It reveals the meaning given by the managers, technical-administrative and users by means of their representations on the actions offered by the Oral Health Clinic of Cedefam, inserted in the program that presents itself as an Extension Action of the Federal University of Ceará (UFC). It aims to evaluate the social representations of the actors involved with oral health policy developed by the program, in articulation with the right to health and the principles that guide the Brazilian Oral Health Policy. The analytical basis of this study is the theory of representations, which according to Moscovici (1981) is a set of concepts, affirmations and explanations originated in the everyday, in the course of individual communications. The methodology of this study is qualitative in nature, whose aspect is that the production of knowledge is centered in the dimension of the singularity of the studied, according to Rey (2011). An in-process evaluation was developed, suitable for a thorough understanding of this type of object, the representations. This phenomenon was evaluated through bibliographic research, participant observation, field diary and semi-structured interview. Social representations, models of oral health, extension, right to health, university, equality, integrality, community participation, participative management, ethics, access, reception, bond and professional responsibility. The analysis of the research data was carried out according to the method of analysis of Bardin (2009), which can be applied to the most diverse discourses, serving to unveil what is hidden, by decoding the message. From the meanings unveiled, it can be mentioned that the managers positioned themselves from a knowledge that goes from the planning, implantation and execution of the program, as well as they refer like participants in some stages of physical and assistencial structure of the program. It has been found that they understand their role within the health unit, with health guarantee being unconditioned as a constitutional social right. They believe that actions promote the improvement of the quality of life of the population. The managers and technical-administrative servants recognize the role of the Oral Health Clinic as an extension unit of the UFC and as such, understand for whom they destine their actions. They were emphatic in asserting that they guarantee the users' right to health, demonstrating that these are made feasible through access, humanized attention and equity. They point out that plaque control is Cedefam's great contribution to people's quality of life and they are very pleased to develop their actions at Cedefam's oral health clinic. Most users recognize the clinic as a place to

address their health needs. Most of them use other actions offered by the program. It has been identified through innumerable lines that there are links between the operators of the policy (managers and servers). Users still claim that their families are also welcomed and cared for, so they place the need for the program to continue and expand its actions. It can be inferred that although some users have not demonstrated to understand what destination the clinic could have from the freeze on health investments, what they put as a solution to their oral health needs is the maintenance and expansion of actions. Respect for the human person precedes the recognition of their rights. Thinking about actions aimed at the community without prior contact with them, respect for their needs in the perspective of serving them, would lead to failure due to inefficiency in any program. In view of the above, it was verified by means of the social representations of the subjects involved with the health actions offered by Cedefam, that the oral health policy implemented meets the demands of the users interviewed by this research, although it was explicit in their statements that, it is essential to strengthen and expand all the actions offered by it, in order to reach the whole community.

**Keywords:** Evaluation. Oral health. Representations.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Principais Ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente...	19
Figura 2	– Ciclo PDCA.....	28
Figura 3	– Organograma do Centro de Desenvolvimento Familiar – Cedefam .....	53
Figura 4	– Foto do Centro de desenvolvimento Familiar – Cedefam.....	67

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– TEMA 1 – Percepções sobre a saúde bucal .....	107
Quadro 2	– TEMA II – Concepções sobre a clínica de saúde bucal .....	109
Quadro 3	– TEMA III – Percepções sobre o contexto institucional de implantação da clínica de saúde bucal .....	115
Quadro 4	– TEMA IV – Dinâmica de atuação da clínica de saúde bucal e suas especificidades .....	119
Quadro 5	– TEMA V – Contexto social dos usuários da clínica de saúde bucal e suas necessidades .....	131
Quadro 6	– TEMA VI – Inserção dos profissionais da clínica de saúde bucal e satisfação no trabalho .....	135
Quadro 7	– TEMA VII – Entendimento dos sujeitos sobre o papel da Extensão .....	139
Quadro 8	– TEMA VIII – Concepções dos usuários sobre a relação dos profissionais com a população .....	143
Quadro 9	– TEMA IX – Inspirações doutrinárias das ações desenvolvidas na clínica de saúde bucal .....	147
Quadro 10	– TEMA X – Visões dos sujeitos sobre a contribuição da clínica de saúde bucal para a saúde bucal da população .....	150
Quadro 11	– TEMA XI – Entendimento sobre o trabalho desenvolvido no Cedefam no atual contexto de desmonte de políticas públicas .....	155

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Procedimentos realizados pela Unidade de Saúde Bucal do Cedefam em 2017 .....	56
Tabela 2 – Procedimentos realizados pela Unidade de Cuidados Médico e de Enfermagem do Cedefam em 2017.....	57
Tabela 3 – Procedimentos realizados pela Unidade de Fisioterapia do Cedefam em 2017 .....	58
Tabela 4 – Perfil sociodemográfico dos gestores da clínica de saúde bucal do Cedefam em 2017 .....	102
Tabela 5 – Perfil sociodemográfico dos servidores técnico-administrativos da clínica de saúde bucal do Cedefam em 2017 .....	103
Tabela 6 – Perfil sociodemográfico dos usuários da clínica de saúde bucal do Cedefam em 2017 .....	105

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ACD	Atendente de Consultório Odontológico
AIS	Ações Integradas em Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CEDEFAM	Centro de Desenvolvimento familiar
CEPE	Centro de Ensino Pesquisa e Extensão
CF	Constituição Federal
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COPD	Índice de Dentes cariados, perdidos e obturados
CSBC	Clínica de Saúde Bucal do Cedefam
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EC	Emenda Constitucional
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de saúde da Família
FCPC	Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OPS	Odontologia Preventiva e Social
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PIA	Programa de Inversão pela Atenção
PIASS	Programa de Interiorização das Ações e Saneamento no Nordeste

PNH	Política Nacional de Humanização
PNSB	Política Nacional de saúde Bucal
PRODASEC	Programa de Ações Socioeducativas e Culturais
PSF	Programa de Saúde da Família
PU	Projeto Uruguaiana
PUCMG	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
RMSF	Residência Multiprofissional em saúde da Família
SBC	Saúde Bucal Coletiva
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
TRS	Teoria das Representações Sociais
UCME	Unidade de Cuidados Médicos e de Enfermagem
UBS	Unidade básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>1.1</b>	<b>A pesquisadora e sua temática de estudo</b> .....	25
<b>1.2</b>	<b>Fontes de inspiração no processo de construção do trabalho</b> .....	30
<b>1.3</b>	<b>A dinâmica expositiva do texto</b> .....	31
<b>2</b>	<b>A SAÚDE COMO UM DIREITO SOCIAL</b> .....	34
<b>2.1</b>	<b>A saúde bucal no Brasil: um resgate dos modelos públicos</b> .....	38
<b>2.2</b>	<b>Programa Cedefam, a quem interessa essa proposta consolidada em saúde?...</b>	52
<b>2.2.1</b>	<i>Das ações desenvolvidas no Cedefam</i> .....	52
<b>2.2.2</b>	<i>Dos entraves ao desenvolvimento das ações do Cedefam: a violência</i> .....	58
<b>2.2.3</b>	<i>A Universidade Federal do Ceará como lócus institucional do Cedefam</i> .....	60
<b>2.2.4</b>	<i>A Extensão: um dos pilares da Universidade</i> .....	61
<b>2.2.5</b>	<i>O Cedefam nos percursos de sua trajetória</i> .....	64
<b>2.2.6</b>	<i>O espaço de atuação: a clínica de saúde bucal do Cedefam</i> .....	67
<b>3</b>	<b>BASES TEÓRICAS FUNDANTES DO PROCESSO AVALIATIVO</b> .....	77
<b>3.1</b>	<i>Teoria das Representações Sociais</i> .....	77
<b>3.1.1</b>	<i>Objetivação</i> .....	82
<b>3.1.2</b>	<i>Ancoragem</i> .....	83
<b>3.1.3</b>	<i>Zona muda</i> .....	84
<b>4</b>	<b>AVALIAÇÃO EM PROCESSO: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA</b> .....	86
<b>4.1</b>	<b>Percurso histórico-metodológico da avaliação de políticas públicas</b> .....	86
<b>4.2</b>	<b>Natureza da pesquisa avaliativa</b> .....	90
<b>4.3</b>	<b>O campo investigativo: a clínica de saúde bucal como espaço de atuação das Ações de Extensão</b> .....	92
<b>4.4</b>	<b>Os interlocutores da pesquisa</b> .....	93
<b>4.5</b>	<b>Dinâmica investigativa: instrumentos e técnicas</b> .....	96
<b>4.6</b>	<b>Parâmetros éticos</b> .....	97
<b>4.7</b>	<b>Métodos analíticos de interpretação das informações</b> .....	98
<b>5</b>	<b>AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS SUJEITOS ENVOLVIDOS COM A CLÍNICA DE SAÚDE BUCAL DO CEDEFAM</b> .....	102
<b>5.1</b>	<b>Perfil dos Gestores, Servidores Técnico-Administrativos e Usuários da clínica de saúde bucal do Cedefam</b> .....	102

<b>5.2</b>	<b>As Representações dos sujeitos no âmbito do Programa Cedefam .....</b>	<b>107</b>
5.2.1	<i>Percepções sobre a saúde bucal .....</i>	107
5.2.2	<i>Concepções sobre a clínica de saúde bucal .....</i>	109
5.2.3	<i>Percepções sobre o contexto institucional de implantação da clínica de saúde bucal .....</i>	115
5.2.4	<i>Dinâmica de atuação da clínica de saúde bucal e suas especificidades .....</i>	119
5.2.5	<i>Contexto social dos usuários da clínica de saúde bucal e suas necessidades .....</i>	131
5.2.6	<i>Inserção dos profissionais da clínica de saúde bucal e satisfação no trabalho .....</i>	135
5.2.7	<i>Entendimento dos sujeitos sobre o papel da Extensão .....</i>	139
5.2.8	<i>Concepções dos usuários sobre a relação dos profissionais com a população .....</i>	143
5.2.9	<i>Inspirações doutrinárias das ações desenvolvidas na clínica de saúde bucal .....</i>	147
5.2.10	<i>Visões dos sujeitos sobre a contribuição da clínica de saúde bucal para a saúde bucal da população .....</i>	150
5.2.11	<i>Entendimento sobre o trabalho desenvolvido no Cedefam no atual contexto de desmonte de políticas públicas .....</i>	155
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>164</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>167</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA COM GESTORES .....</b>	<b>176</b>
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA COM SERVIDORES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS .....</b>	<b>178</b>
	<b>APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA AOS USUÁRIOS.....</b>	<b>180</b>
	<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO .....</b>	<b>182</b>
	<b>ANEXO A – PROTOCOLO DE CONTROLE DA PLACA BACTERIANA ....</b>	<b>183</b>
	<b>ANEXO B – RELATÓRIO DIÁRIO DE ATENDIMENTO DA CLÍNICA DE SAÚDE BUCAL .....</b>	<b>189</b>
	<b>ANEXO C – PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA .....</b>	<b>190</b>
	<b>ANEXO D – FICHA CLÍNICA DE ASSSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA .....</b>	<b>191</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil é marcado pela profundidade dos contrastes sociais gerando a exclusão de parcela expressiva da nossa população, no acesso aos mais elementares direitos sociais, dentre eles, o direito à saúde. Desde o seu descobrimento, sob a dominação política de elites insensíveis ao sofrimento do povo, foram se consolidando em nosso país diferenças que atingiram níveis de iniquidades a serem superadas até hoje.

Destas iniquidades, a precariedade na saúde é a mais expressiva delas, observada no cotidiano em nossas cidades e mais ainda na zona rural, impulsionada pelas desigualdades sociais que humilham, degradam e fazem sofrer milhões de pessoas com doenças gerais, da boca e dentes.

As condições atuais de saúde bucal representada pelo aumento das doenças de cárie, doenças periodontais e pela perda de dentes, bem como as dificuldades para acessar os serviços nesta área são sinais significativos de exclusão social. A baixa escolaridade, a falta de trabalho e a baixa renda impactam diretamente na qualidade de vida das pessoas, produzindo efeitos devastadores, originando doenças, inclusive as bucais expressadas pelas dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos.

Para o enfrentamento desses problemas deverá haver por parte das instituições, inclusive do Estado o comprometimento com o seu dever de prover a saúde da população por meio da implementação de políticas que assegurem o direito à saúde com ações preventivas, curativas e de reabilitação. Como determina, com toda a clareza, a Constituição da República.

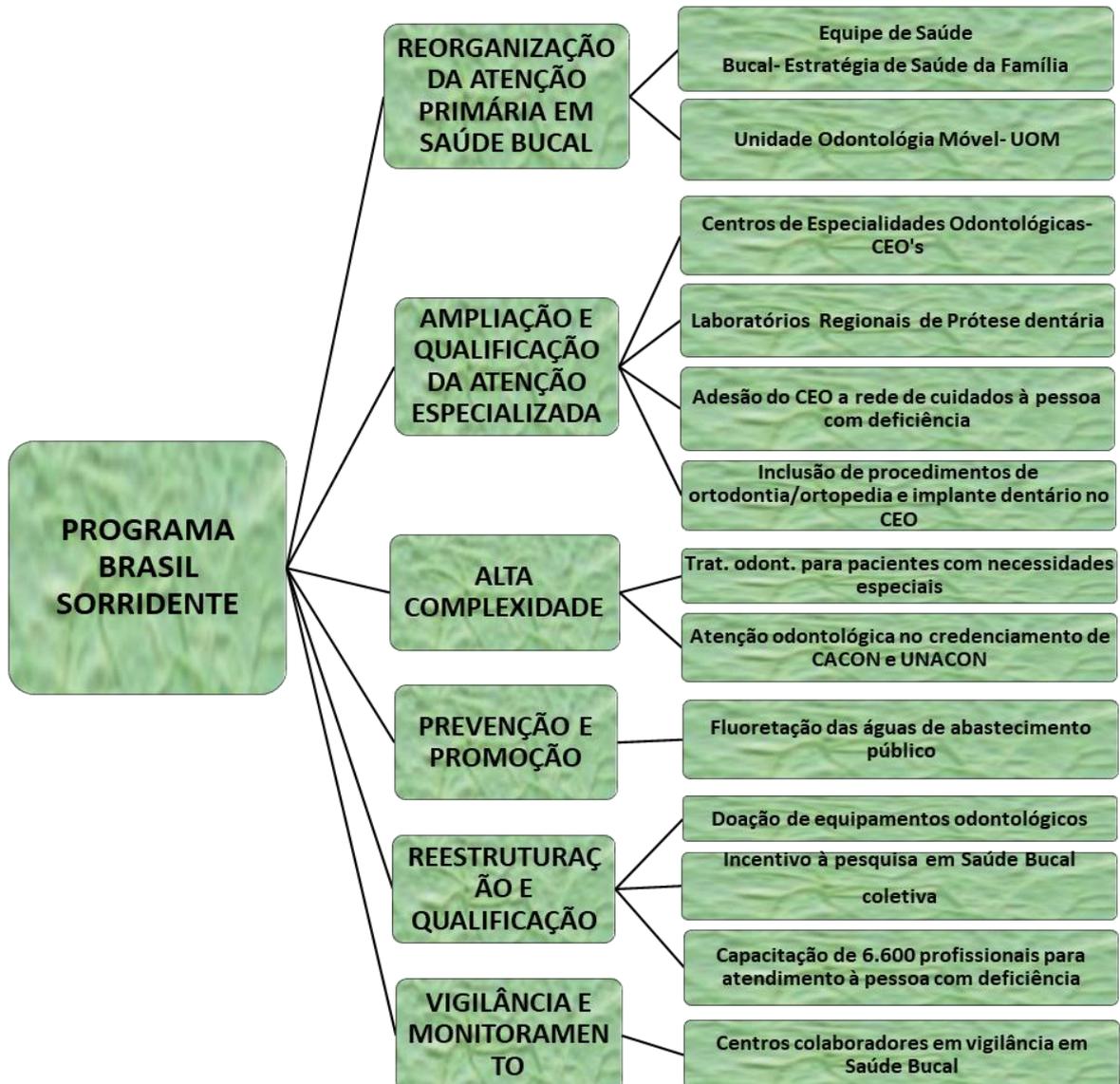
Os avanços no campo da saúde bucal, principalmente para quem se utiliza do sistema público, são visíveis e inegáveis, isto devido ao lançamento em 2003 pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente constitui-se de uma série de medidas que têm como objetivo garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, por compreender que estas ações são fundamentais para a saúde geral e a qualidade de vida da população. No que diz respeito às suas principais metas, o programa tem a reorganização da prática profissional, a qualificação das ações e a ampliação da cobertura. Direciona as ações em saúde bucal para os cidadãos de todas as idades, qualificando-as e ampliando o acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros e, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na atenção primária o acesso foi ampliado para a população de todos os municípios de todas as Unidades de Federação por meio das equipes de Saúde Bucal que trabalham integradas às equipes de Saúde da Família, com composição básica de:

- a) Modalidade I (dois profissionais): cirurgião-dentista + auxiliar de saúde bucal ou técnico em saúde bucal.
- b) Modalidade II (três profissionais): cirurgião-dentista + técnico em saúde bucal + auxiliar de saúde bucal.

A reorganização da atenção básica em saúde bucal (principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal- ESB na Estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da atenção especializada (especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público identificam-se como as principais linhas de ação do Brasil Sorridente.

Figura 1 – Principais ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente



Fonte: elaborada pela autora.

Todas essas ações acima referidas principalmente quando vinculados à sua proposta de reorientação das concepções e práticas, no sentido de promoverem um novo processo de produção do cuidado que traz consigo outra proposta essencial para as mudanças nas relações do *ser cuidador* e do *ser cuidado*, interferindo consideravelmente na resolutividade das demandas. A Humanização, que se apresenta para além de um eixo central constituindo-se um novo modo de conviver dos diversos atores envolvidos com a política de saúde bucal, efetiva-se como uma política transversal, capaz de fomentar discussões sobre a produção de saúde como um bem comum.

A Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como HumanizaSUS, elaborada no ano de 2004, como uma resposta a vários problemas e limitações identificados no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se nesse processo como um conjunto de estratégias, capaz de viabilizar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS. Configura-se como a construção/efetivação de atitudes ético-estético-políticas, em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários (BRASIL, 2004 a).

Nesse sentido, a Humanização implica a valorização e o protagonismo dos diferentes atores envolvidos no processo de produção da saúde, sejam trabalhadores, usuários ou gestores e a criação de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão. Significa, ainda, a potencialização de espaços de troca e reflexão sobre os modos de produzir saúde com a co-responsabilização de todos os sujeitos, além do compromisso com a ambiência e a melhoria das condições de trabalho e atendimento (BENEVIDES; PASSOS, 2006).

Quanto à operacionalização, esta se dá por meio de múltiplas estratégias: viabilização de espaços de troca de saberes e experiências entre sujeitos; fortalecimento do trabalho em equipes multiprofissionais; valorização das necessidades e interesses dos diferentes sujeitos; resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS; pactuação entre gestão, atenção e usuários; construção de redes solidárias e interativas. Entre elas, destaca-se a Rede de Humanização da Saúde, que se configura como uma estratégia fundamental para disseminação de tecnologias de humanização da gestão e da atenção, que permite que a Humanização seja percebida como uma política construída a partir de experiências concretas a serem compartilhadas (BENEVIDES; PASSOS, 2006).

Levando em consideração que o SUS, embora ao longo de seus 27 anos de homologação, ainda é um sistema em construção, seus princípios e diretrizes vêm sendo implementados de forma gradativa, através de uma série de mecanismos legais, institucionais

e organizacionais. No universo de experiências que foram surgindo, o Programa de Saúde da Família, criado em 1994, destacou-se como principal estratégia impulsionadora da reorganização do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS. Tendo como princípio básico a aproximação do serviço de saúde com a comunidade, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) aposta no estabelecimento do vínculo e na criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, a fim de garantir acesso equânime aos serviços de saúde e atenção integral e contextualizada no indivíduo e sua família.

Entretanto, apesar dos inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira, operados a partir da implementação do SUS e da progressiva ampliação da cobertura da saúde bucal pelo Programa Brasil Sorridente, nos dias atuais, identifica-se problemas de diversas ordens, que faz surgir alguns questionamentos: O acesso a ações e serviços de saúde tem sido universal? Há resolutividade nas ações? Há a continuidade do tratamento? O planejamento das ações e serviços toma por base as reais necessidades da população e as condições de saúde local? O atendimento à população é de qualidade? A atuação setorial tem melhorado as condições de saúde da população? (SILVA; ALVES, 2008).

O Ministério da Saúde reconhece que o SUS apresenta diversos problemas, e entre eles, destaca a precarização das relações entre os profissionais de saúde e entre estes e o usuário; o desrespeito aos direitos dos usuários; a formação ainda alienante dos trabalhadores em relação ao debate e à formulação da política pública de saúde; o controle social incipiente; a centralização da atenção na doença e na relação queixa-conduta e o despreparo da equipe de saúde para lidar com as dimensões sociais e subjetivas inerentes às práticas de atenção à saúde (BRASIL, 2008).

Muitos avanços foram contabilizados do ano de 2008 pra cá, porém o caráter universal balizado nos princípios do SUS, *a universalidade*, ainda está em processo gradativo de efetivação. De acordo com as observações da pesquisadora, existe uma demanda reprimida - necessidade apresentada por usuários que procuram o serviço e é negada ou agendada para uma data posterior, por motivos diversos, inclusive, oferta reduzida com a possibilidade de que eles sejam impedidos de acessar ao serviço de saúde, seja em qualquer nível de atenção, que vai desde a vacina a um procedimento mais complexo, tipo transplante cardíaco.

A inversão de prioridades nos investimentos, política adotada pelo atual governo federal, de demonte dos direitos e de políticas públicas, através do congelamento nos investimentos nas políticas sociais, por meio da Emenda Constitucional nº 95 por um período de vinte anos, optou pelo pagamento das dívidas referente à economia, deixando a população

sem a proteção social conferida pelo texto constitucional e que tem revelado um quadro de focalização nas políticas.

Segundo aponta o Ministério da Saúde, outra dificuldade específica para o avanço da política de saúde é a formação alienante de seus profissionais que Pinto (1982) afirma deve ser orientada para dar resposta às demandas partindo de uma compreensão totalizadora sobre a realidade social, nacional, regional e internacional dentro da qual se insere de forma dialética a problemática da saúde.

Ao reconhecer que a formação dos profissionais necessitava de mudanças, o Ministério da Saúde propõe uma superação de uma abordagem comportamentalista/ behaviorista para uma abordagem dialógica em que se articulam tarefas e recursos cognitivos, afetivos e psicomotores, entretanto, ele toma pra si a responsabilidade pela orientação na formação dos profissionais de saúde para atender as necessidades do SUS.

Com a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, projetos como o Pró-saúde e o PET Saúde sinalizaram essa indução para a formação inicial dos profissionais. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), que para Feuerwerker (1998) tem por objetivo articular os conhecimentos adquiridos na graduação, na maioria das vezes, fragmentados e dissociados com a complexidade dos determinantes relacionados com a vida, no cuidado com a saúde da população foi outra medida tomada para melhoria da formação.

A centralização na doença é outra dificuldade do SUS apontada pelo órgão máximo federal de saúde e faz parte do conceito Flexneriano adotado no séc. XIX pela saúde brasileira. Do século XX em diante é introduzido outro pensamento voltado para a saúde, que de acordo com os estudos desenvolvidos por Portillo e Paes (2000), a saúde é um bem compartilhado por todos sendo de responsabilidade coletiva. Saúde e doença não estão resumidas à apenas uma experiência biológica, orgânica e objetiva. Para Minayo (1999) saúde constitui uma realidade socialmente construída de forças sociais com o ambiente social.

Diversas formas de existir das sociedades expressas em diferentes culturas e formas de organização podem apresentar diferentes significados para um mesmo objeto. Na sua relação ser vivo – ambiente, saúde-doença está condicionada pela capacidade intelectual do homem de existência e em cada contexto histórico (SOUZA; OLIVEIRA, 2016).

Pode-se inferir que a saúde não se institui separada da realidade social, cabendo a cada sociedade de acordo com sua cultura dar um significado distinto ao processo saúde/doença. A sociedade capitalista tratou de dar o seu significado a doença a partir da sua lógica individualista do modo de vida, afastando do fenômeno saúde/doença o seu caráter social

(MINAYO, 1999). E não é raro encontrar profissionais da Odontologia que absorveram a ideologia individualizante e que reforçam a argumentação de culpar as pessoas pelas doenças que adquirem.

Podemos afirmar em consonância com os autores acima citados que o mesmo modo de representar o processo saúde/doença influencia no entendimento da doença orgânica e dos fatores que levaram o indivíduo aquela situação.

A indissociabilidade entre a pessoa e o seu meio constitui a base de uma concepção sócio-ecológica, que acredita-se ter fundamentado o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e influenciado o Artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde de 1990 e que dispõe em seu texto:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 2003, p. 22).

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, garante a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde. Estabelecidos em cada esfera de governo, sem haver prejuízo das funções do legislativo, estas instâncias asseguram a representação dos vários segmentos da sociedade.

Realizada a cada quatro anos, nas três esferas de governo, a Conferência de Saúde que tem por objetivo a avaliação da situação de saúde bem como propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos seus três níveis de governo, realizada pelos diversos segmentos da sociedade. Pode ser convocada extraordinariamente pelo poder executivo e pelo Conselho de Saúde.

Espaços efetivos de participação e exercício do controle social nas políticas de saúde, as conferências e os conselhos se consolidam como importantes locais onde a sociedade se articula para garantir os interesses e as necessidades da população na área da saúde e asseguram as diversas formas de pensar o SUS, entretanto, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) entende que deverá haver mudanças em vários de seus aspectos para que se atinja essa real efetividade, no sentido de ampliar seus propósitos, melhorar seus formatos, bem como o modo de fazê-los.

À exemplo disso a 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília/DF no mês de dezembro de 2015 demonstrou inovações quando promoveu a ampliação da participação social, articulando segmentos menos representados e, portanto, menos assistidos pela política de saúde, como a população ribeirinha, do campo e da floresta, comunidades tradicionais

indígenas, LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transgêneros), imigrantes ciganos dentre outras.

Com o tema: “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas. Direito do povo brasileiro”, a 15ª Conferência, teve sua metodologia estruturada em quatro etapas: avaliação da saúde no Brasil, etapas municipais, etapa nacional e na última com a realização do Plano Nacional de Saúde (PNS/2015) e o monitoramento das liberações. Sendo este o último o maior desafio, pois os relatórios finais das conferências foram tratados pelas gestões como mera carta de intenções. Segundo a presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza, a agenda do governo, em todas as esferas, só terá legitimidade se incorporar as agendas da sociedade (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 1995).

Para o Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), André Bonifácio, são inegáveis os avanços em termos de participação e controle social na saúde, quando destaca a existência de conselhos de saúde em 100% dos municípios brasileiros possibilitando a participação direta dos cidadãos, ampliada a outros mecanismos como as Ouvidorias em Saúde, audiências públicas nos comitês de políticas de promoção da equidade em saúde entre outros. Ressalta ainda que mais do que pensar em formato é pensar no papel político na defesa do SUS, reafirmando seus princípios de universalidade, integralidade, equidade e a participação efetiva onde considera este o maior desafio do controle social.

De caráter permanente e deliberativo, o Conselho de Saúde é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais e usuários que atuam na formulação de estratégias, no controle da execução da política de saúde referente a cada esfera do governo e inclusive tem o poder de inferir nos aspectos econômicos e financeiros da política (BRASIL, 1990a).

O desrespeito aos direitos constitucionais caminha a passos largos do caráter universal e integral ao caráter subsidiário da rede privada. O direito à saúde está sendo violado quando o Estado ao invés de aprimorar e expandir a oferta de serviços na rede pública de saúde, passa a tomar medidas de contenção orçamentária.

Numa situação atual de crise econômica, política e ética que vive o país emerge o risco de desmonte do SUS, conquistado a duras penas pela sociedade. Os membros do Poder Legislativo, que juraram respeitar e cumprir a Constituição, rasgaram-na ferindo de morte o direito à saúde. A desvinculação de recursos da União de 20% para 30%, a partir do Projeto de Emendas Constitucionais (PEC's) nº 04/2015, 87/2015, 143/2015 e 31/2016, o teto fiscal atrelado à correção do gasto pela inflação do ano anterior, além das receitas dos Estados,

Distrito Federal e Municípios atingirão à saúde, um dos tripés da Seguridade Social. Destaca-se a Emenda Constitucional (EC) nº 95, que congela por vinte anos os gastos públicos na área das políticas sociais, inclusive a saúde.

De acordo com o que afirmam Nascimento e Quevedo (2008 p. 48):

É a partir da vivência prática nos serviços, permeada por um suporte pedagógico específico e voltado para as necessidades da população, que se concretiza uma formação técnica e humanística, do profissional de saúde, uma vez que as situações-problema vivenciadas no cotidiano desses profissionais exigem ações que extrapolem o âmbito puramente científico/clínico.(NASCIMENTO; QUEVEDO, 2008, p. 48).

De acordo com as DCN da área da saúde, o profissional deverá ter perfil generalista, capacidade de atuar com qualidade e resolubilidade no SUS e que incorpore a visão humanista, crítica e integradora. Na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), que se caracteriza como um processo de formação a partir da inserção no trabalho, contemplando as reais necessidades de saúde da população haverá grandes oportunidades para o profissional contribuir para o desenvolvimento e a consolidação do SUS. Os profissionais de saúde deverão possuir competências para responder às necessidades e demandas de saúde da população em situações concretas.

### **1.1 A pesquisadora e sua temática de estudo**

Este estudo perpassa a minha história de vida, referindo-se a um direito social, especificamente de saúde bucal que me foi negado quando dele necessitei. A minha história pessoal foi marcada por sequelas dentárias que foram reparadas apenas no ano de 2016. A negação desse direito me causou muitos transtornos funcionais e estéticos comprometendo a minha vida pessoal, vida estudantil e laboral. Ofendida em minha dignidade humana e desprovida de proteção à saúde bucal, segui o curso de minha vida. No ano de 1998, por necessidade de um profissional para o setor, fui lotada pela Divisão de Dimensionamento e Movimentação, na urgência odontológica da faculdade de odontologia para desempenhar a função de auxiliar de saúde bucal.

Houve um reencontro com a odontologia, desta vez para ocupar uma posição de agente público, responsável em garantir o direito de usuários na unidade de saúde. Presenciando em meu cotidiano laboral o sofrimento do outro por meio da dor de dente, sangramento e inchaço facial, este último causado por obstrução do acesso dentário, revivi minha história de violação de direito, sendo provocada a refletir sobre aquela situação de desproteção no âmbito da saúde

bucal. No entanto, nos percursos da prática profissional, deixei a reflexão crítica em um segundo plano, sendo o primeiro plano preenchido pela ação efetiva de cuidar do outro.

O setor de urgência da Faculdade de odontologia passou por algumas reestruturações e, dentre elas, foi firmado um convênio com a Prefeitura Municipal de Fortaleza. Como acordo resultante dessa parceria, a Secretaria de Saúde do Município referido, entraria com a sua parte fazendo a contratação de cirurgiões-dentistas, bem como auxiliares de saúde bucal. A nós servidores da UFC ficou facultativa a permanência no setor.

Na situação de convidada, pela então coordenadora Dra. Adeliani Almeida Campos, fui desenvolver minhas atividades na clínica de saúde bucal do Cedefam no ano de 2004. Nos percursos de minha atuação profissional, fui aprimorando-me mediante uma gama de conhecimentos sobre as necessidades de saúde bucal da população, a política de saúde bucal e as contradições estabelecidas no cotidiano desta política. Esse contexto me instigou a fazer mais reflexões sobre as relações dos agentes públicos, entre eles mesmos e com os usuários.

Com muita clareza, percebi tensões nessas relações, conflitos, por vezes generalizados. Em caráter simultâneo às minhas atividades laborais, realizei um curso superior da Tecnologia da Gestão da Qualidade que tinha por objetivo fomentar a melhoria da qualidade no setor de trabalho. O público alvo deste curso era de 70% servidores técnico-administrativos da UFC e 30% do público externo. Por ocasião da disciplina de Estágio Supervisionado I, onde a prática foi realizada na clínica de saúde bucal em que trabalhava, eu com um olhar agora de pesquisadora, analisando o meu espaço laboral, comecei a perceber que os conflitos, em sua maioria, ocorriam devido ao modo de organização das práticas em saúde adotadas pela equipe.

Por meio da observação participante, foi revelada insatisfação dos usuários quando ao tratamento dos profissionais com eles, quanto ao agendamento das consultas e, por último, por meio de entrevistas, verificamos que essas insatisfações vieram a se expandir, demonstrando outras dificuldades.

Nesse sentido, elaborei junto com a minha orientadora da monografia do Curso de Tecnologia em Gestão da Qualidade, em virtude do meu trabalho de conclusão, um projeto de intervenção para a melhoria da qualidade do atendimento daquela unidade de saúde bucal. Tal projeto tinha por objetivo sugerir um protocolo de acolhimento que viabilizasse a implantação do acolhimento como diretriz operacional das ações da clínica de saúde bucal do Cedefam.

O projeto do Protocolo de Acolhimento foi apreciado em 2014, pela chefia da clínica de saúde bucal, representada pela profa. Walda Viana Brígido de Moura, que junto com outros

profissionais da clínica, entre estes o docente prof. Antonio Sérgio Luz e Silva, implantaram o projeto que mudou o modo de receber os pacientes, minimizando os conflitos existentes.

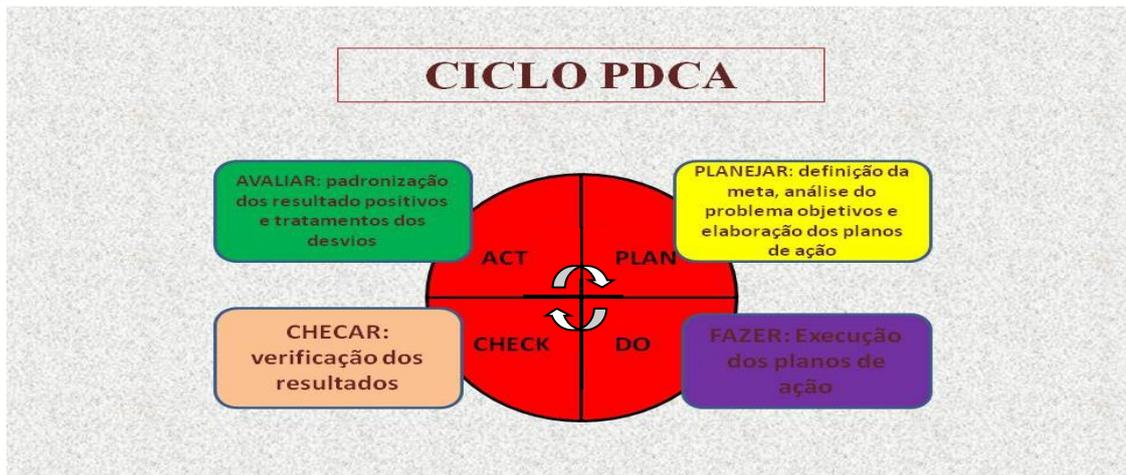
Para Solla (2005), o Acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma 'escuta interessada'. Constitui-se de um conjunto formado por práticas de escuta, elucidação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, otimizando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, potencializando o papel de viabilizador da política de saúde aos profissionais. Nesse sentido, rompe com a lógica hegemônica de agendas fechadas e busca redirecionar a demanda espontânea – pessoas que chegam ao serviço sem estarem agendadas, para atividades organizadas pelo serviço com oferta programada. Possibilita ainda para os profissionais a criação de mecanismos que os permitam identificar e acionar os recursos necessários para dar respostas adequadas a cada tipo de problema identificado.

O acolhimento seria, então, uma estratégia para promover a reorganização do serviço de saúde, onde o foco não está mais na doença e, sim, nas necessidades da pessoa. Promove ainda, a valorização do potencial da equipe multiprofissional, garante o acesso universal e equânime aos serviços de saúde, atinge a tão buscada resolutividade dos problemas ou necessidades de saúde, bem como a Humanização na assistência, estimulando os profissionais a se capacitarem, na perspectiva que eles assumam uma postura acolhedora (SILVA; ALVES, 2008).

Nesse sentido, o acolhimento teria o significado de, estimular o profissional responsável pela a ação de recepcionar o usuário, colocar-se no lugar dele para sentir quais são suas reais necessidades e, na medida do que é possível, atendê-las ou direcioná-las para o setor que seja capaz de responder àquelas demandas, seja no mesmo nível de atenção à saúde ou em outros níveis (RAMOS; LIMA, 2003).

Considerou-se a ferramenta de gestão da qualidade Ciclo PDCA (do inglês Plan, Do, Check, Act – Planejar, Fazer, Checar e Agir) como apropriada para implantação do projeto de melhoria contínua, pois trata de uma forma rápida e eficaz de se obter o índice desejado de qualidade, numa metodologia simples e que torna possível o alcance de metas traçadas.

Figura 2 – Ciclo PDCA



Fonte: elaborada pela autora.

O Ciclo PDCA é o método gerencial mais utilizado para controle e melhoria de processos. Tal método foi desenvolvido na década de 1930 pelo americano Shewhart, mas foi Deming seu maior divulgador, na década de 1950. Deming ficou mundialmente conhecido ao aplicar os conceitos de qualidade no Japão. Por isso, o Ciclo PDCA também é conhecido como Ciclo de Shewhart ou, mais comumente, Ciclo de Deming.

De acordo com Silva (2006), o PDCA é um método para a prática do controle.

Segundo Lima (2006) o Ciclo PDCA é uma ferramenta utilizada para a aplicação das ações de controle dos processos, tal como estabelecimento da “diretriz de controle”, planejamento da qualidade, manutenção de padrões e alteração da diretriz de controle, ou seja, realizar melhorias. Essas ações se dividem em quatro fases básicas que devem ser repetidas continuamente.

1 - Plan (P) – Planejamento – Fase em que o plano é traçado. Nesta fase se fixa a diretriz de controle, ou seja, definem-se os itens de controle e se estabelecem metas para estes itens. Nesta etapa também, são decididos os métodos para atingir as metas pré-estabelecidas, que podem ser procedimentos padrões, planos de controle, em suma, uma ação ou uma sequência de ações que levem ao cumprimento da meta. Algumas 20 ferramentas como Diagrama de Ishikawa, Gráfico de Pareto, brainstorming e 5W2H são muito úteis nesta fase, para suporte à tomada de decisões. Quanto melhor você planejar, melhores metas você atingirá. Deixe os fatos e dados (informação e conhecimento) iluminarem seu planejamento (CAMPOS, 1992). Deve-se lembrar que, a fase de planejamento é sempre a mais complexa e a que exige mais esforços. No entanto, quanto maior for o número de informações utilizadas,

maior será a necessidade do emprego de ferramentas apropriadas para coletar, processar e dispor estas informações (WERKEMA, 1995).

2 - Do (D) – Execução – Fase em que se executa o plano traçado na fase anterior, exatamente como prevista, de acordo com o procedimento operacional padrão. Deve-se educar e treinar todas as pessoas envolvidas, antes do início da execução, para que haja comprometimento e a execução saia conforme o planejado. Neste passo, ocorre a coleta de dados, para futura verificação na fase de verificação (checagem).

3 - Check (C) – Verificação – Fase em que se verifica os resultados da tarefa executada e os compara com a meta planejada, a partir dos dados coletados na fase anterior. É de suma importância o suporte de uma metodologia estatística para que se minimize a possibilidade de erros e haja economia de tempo e recursos. A análise dos dados desta fase indicará se o processo está de acordo com o planejado.

4 - Act (A) – Atuar corretivamente – De posse das análises realizadas na etapa anterior (verificação), decide-se atuar no sentido de adotar como padrão o plano proposto, no caso das metas terem sido alcançadas; ou atuar corretivamente sobre as causas que não permitiram que a meta fosse atingida. Ao final dessa fase, origina-se a primeira fase do próximo PDCA (gira o ciclo, voltando ao planejamento), permitindo que se faça o processo de melhoria contínua. De acordo com os estudos de Lima (2006 *apud* RIBEIRO, 2006), a conexão entre a última e a primeira fase (Agir – Planejar) é denominada circularidade do Ciclo PDCA.

Prossegue o autor acima referido dizendo que, o Ciclo PDCA padroniza as informações do controle da qualidade, evitando erros lógicos nas análises, tornando as informações mais fáceis de serem compreendidas. Na melhoria contínua pode também ser usado para facilitar a transição para o estilo de administração direcionada.

Silva (2006), afirma que a metodologia PDCA é um método de gestão que representa o caminho para que as metas delineadas sejam alcançadas.

Importa destacar que o monitoramento e a avaliação são estratégias fundamentais para garantir a eficácia da implantação do acolhimento, e para tanto, devem ser realizados sistematicamente no decorrer de todo o processo. O monitoramento pode configurar-se como um importante instrumento para ajuste e adequação periódicos do projeto a partir da identificação de dificuldades ou obstáculos enfrentados. Já a avaliação, segundo afirma a autora supracitada, deve ocorrer de forma periódica, possibilitando assim o acompanhamento da evolução do processo de implantação do acolhimento e o esclarecimento da capacidade do projeto de atingir todos os objetivos propostos.

Vale lembrar que, *O Projeto de Acolhimento* não foi avaliado no tempo que deveria ser porque a autora ingressou no Mestrado de Avaliação de Políticas Públicas (MAPP/ UFC), o mesmo que a fomentou refletir sobre a política de saúde bucal, na qual estava inserida, de modo que a mesma fizesse um estranhamento ao seu cotidiano como agente público, elaborando questionamentos a partir de várias dimensões em que a política se apresentava. Na tentativa de compreender esse movimento, a mesma observou existir contradições. Para isso, foi buscando aproximar-se da sua dinâmica, buscando conhecê-la, desde os objetivos que a impulsionaram à sua formulação, à sua coerência com a política, bem como entender a articulação com outras esferas, destacando-se a internacional, nacional, estadual e local, sem desvincular-se da compreensão da importância de sua trajetória institucional. Esse tipo de avaliação é proposta por Rodrigues (2008), uma avaliação em profundidade, caracterizada por ser extensa, detalhada, densa, ampla e multidimensional. Avaliação da qual será apresentada em outro capítulo deste estudo.

## **1.2 Fontes de inspiração no processo de construção do trabalho**

No processo de desenvolvimento de um estudo, o pesquisador, após delimitar o seu tema de investigação, irá problematizá-lo em busca do seu objetivo de contribuir para os avanços científicos em uma determinada área e temática. Considera-se essencial que este pesquisador faça ampla revisão de literatura, onde passará a conhecer o que foi escrito e publicado sobre o seu tema em busca de fundamentação teórica.

Na perspectiva de tornar o processo mais produtivo é necessário compartilhar de ideias e opiniões de alguns autores, não sendo essa uma tarefa fácil. Entretanto, fazer uma comunhão ou ir para o confronto requer um esforço do pesquisador, no que diz respeito a fazer uma imersão nos escritos de autores que antecederam a escrita sobre o seu tema. Para Marx (1875) o novo é sempre gestado, tendo o velho como ponto de partida.

Diante do exposto, este estudo segue as regras tradicionais para uma produção acadêmica, ao respeitar suas fases de elaboração, ancoradas em inspirações intelectuais, seguindo à luz das ideias de autores internacionais e nacionais, os quais acha-se necessário destacar: Guba e Lincoln (2011), Moscovici (1981), Jodelet (2001), Narvai (1994, 2006), Rodrigues (2008), Minayo (1999), Sousa (2013), Carvalho (2016) e Coqueiro (2013). Teóricos dos quais a pesquisadora deste estudo, após fazer o Estado da Arte sobre o tema “avaliação das representações sociais”, os identificou como mais apropriados, para constarem como base analítica deste estudo.

Esta pesquisa foi inspirada na produção científica de Coqueiro (2013) pesquisa considerada relevante tanto para o Mestrado de Políticas Públicas MAPP, para os sujeitos envolvidos com a política de saúde mental, bem como para os novos pesquisadores que pretendem adentrar nessa temática, pois a autora utiliza-se de métodos de investigação apropriados que possibilitaram-na à sucessivas aproximações com o objeto e lançou mão de relevantes obras escritas por teóricos que fundamentaram suas análises a citar Moscovici (2012), Bourdieu (2007), Jodelet (2001), Holanda (2006), Carvalho (2016), Silva (2008), entre outros.

Importa dizer que a inspiração intelectual, tanto da referida autora, como da pesquisadora partiram da identificação do pensamento da professora Alba Maria Pinho de Carvalho, professora do Mestrado em que autora e pesquisadora participaram na condição de estudantes. A professora citada destaca-se no circuito acadêmico nacional e local por meio de suas produções científicas que trazem à discussão os mais variados temas, entre estes, a *Mundialização do Capital em Tempos de Ajuste, Transformações na América Latina, Emancipação Social no Século XXI, Brasil Contemporâneo, Estado e Políticas Públicas, Democracia, Política de Assistência Social, Avaliação de Políticas Públicas, Epistemologia e Metodologia das Ciências Sociais*.

### **1.3 A dinâmica expositiva do texto**

O presente estudo está estruturado em seções consecutivas que se apresentam da seguinte forma: na primeira seção tem a introdução geral, a qual está subdividida em dois momentos. A situação da saúde como uma demanda constante é problematizada por meio de levantamento epidemiológico e de necessidades da população. Levando em consideração os avanços do Sistema Único de Saúde e o surgimento do Programa Brasil Sorridente e as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. A segunda subseção expôs a forma como o presente estudo foi organizado.

A segunda seção faz uma discussão rica, por sua fundamentação teórica em Bobbio (1992), sobre a saúde vinculada a um direito social. Na primeira subdivisão é realizado um resgate dos modelos públicos de saúde bucal por meio da evolução histórica da política de saúde no Brasil, passando pelas principais conferências nacionais de saúde que, ao longo do tempo, através das ideologias foram dando as características da saúde brasileira. A segunda subseção contextualizada no Programa Cedefam como uma Ação Extensionista da Universidade Federal do Ceará (UFC), revelando que suas ações desenvolvidas naquele

espaço da comunidade consolidam-se como uma proposta de saúde bucal. Nas subseções seguintes tratamos em qual universo está inserido o Programa, sua trajetória e descrevemos a clínica de saúde bucal como espaço de atuação das ações de saúde desenvolvidas.

Na terceira seção, estão as bases teóricas que fundamentaram este estudo de caráter avaliativo, a Teoria das Representações Sociais. Nas subseções foram elaboradas definições dos processos dos quais as ideias e os conhecimentos transformam-se em não familiarizados a familiarizados. Estes processos são objetivação, ancoragem e zona muda.

A quarta seção discorre sobre a avaliação de políticas públicas com o objetivo de conceituá-las e tipificá-las a partir dos mais diversos teóricos que encontramos na literatura sugerida pelo programa de pós-graduação, do qual a pesquisadora participou como aluna. Outro objetivo desta seção é pontuar a avaliação em processo como proposta metodológica deste estudo. Na subseção seguinte foi abordada a natureza da pesquisa, na qual se insere como qualitativa fundamentada na análise das representações sociais dos sujeitos envolvidos com a política de saúde bucal. Realizada a descrição da clínica de saúde bucal como campo investigativo da pesquisa e como espaço de atuação de ações de Extensão da Universidade Federal do Ceará, os interlocutores da pesquisa foram perfilados e identificados, foi descrita a prática investigativa. Finalizamos as subseções com a exibição dos métodos de análise e interpretação das informações da pesquisa, fundamentados no pensamento de Laurence Bardin (2009).

Na quinta e penúltima seção serão encontradas duas subseções, onde a primeira apresenta o perfil dos gestores, servidores técnico-administrativos e usuários, sujeitos envolvidos com a política de saúde bucal, tendo por objetivo mostrar a sua caracterização sócio-demográfica a partir de variáveis como idade, gênero, escolaridade tempo de atuação na clínica, entre outras. A segunda foi caracterizada pelas representações sociais de gestores, técnico-administrativos e usuários, onde objetivamos desvelar os significados atribuídos por eles ao atendimento oferecido pela Clínica de Saúde Bucal do Centro de Desenvolvimento Familiar (Cedefam). Está apresentada por quadros distribuídos em 11 temas, onde estarão situadas as concepções, visões e significados que os sujeitos desvelaram e que foram interpretadas à luz de Bardin (2009), a respeito do atendimento ofertado pela clínica de saúde bucal. Ainda de acordo com definição da autora sobre o tema, o mesmo é uma categorização extraída de suas falas e são, portanto, unidades atribuídas de significados que podem representar um discurso ou parte dele, que norteia a leitura como um caminho bem traçado para se alcançar as representações dos investigados. Os temas analisados pela pesquisa foram: TEMA I – Percepções sobre a saúde bucal; TEMA II – Concepções sobre a clínica de saúde

bucal; TEMA III – Percepções sobre o contexto institucional de implantação da clínica de saúde bucal; TEMA IV – Dinâmica de atuação da clínica de saúde bucal e suas especificidades; TEMA V – Contexto social dos usuários da clínica de saúde bucal e suas necessidades; TEMA VI – Inserção dos profissionais da clínica de saúde bucal e satisfação no trabalho; TEMA VII – Entendimento dos sujeitos sobre o papel da Extensão; TEMA VIII – Concepções dos usuários sobre a relação dos profissionais com a população; TEMA IX – Inspirações doutrinárias das ações desenvolvidas na clínica de saúde bucal; TEMA X – Visões dos sujeitos sobre a contribuição da clínica de saúde bucal para a saúde bucal da população; TEMA XI – Entendimento sobre o trabalho desenvolvido no Cedefam no atual contexto de desmonte de políticas públicas.

Na sexta seção estão apresentadas as constatações e interpelações que foram suscitadas com o desenvolvimento da pesquisa.

Finalizando com a bibliografia apresentada por livros, artigos, revistas, normativas, documentos instituídos ou outras formas de produção científica que foram consultadas, no âmbito da pesquisa documental.

## 2 A SAÚDE COMO UM DIREITO SOCIAL

A Constituição Federal de 1988 elenca o direito à saúde como um dos princípios de proteção aos cidadãos, no sentido de assegurar o respeito à cidadania e à dignidade da pessoa humana, preconizando em seu art. 196 a obrigação do Estado de prestar o serviço de saúde de forma integral e gratuita para aqueles que necessitam, a fim de que se possa dar igualdade de acesso a todos os indivíduos que procuraram o serviço público de saúde. Assim, está desta forma, descrito em seu artigo 196:

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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 118-119).

Percebe-se que a saúde torna-se a partir desse conceito, um direito fundamental da pessoa humana, um direito social de todos e inerente à sua condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica. Portanto, a saúde está assim apresentada como um valor coletivo, um bem de todos, de obrigação do Estado, que deve ser prestada com eficiência, pelos órgãos incumbidos deste serviço, principalmente por aqueles que compõem o sistema de saúde brasileiro.

Etimologicamente, saúde procede do latim *sanitas*, referindo-se à integridade anátomo-funcional dos organismos vivos (*sanidade*). E pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a definição de saúde está determinada como sendo o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a simples ausência de doença ou enfermidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946).

No que diz respeito ao indivíduo, quanto à definição de bem-estar físico é referido à saúde geral do corpo e não apenas de uma parte dele. Para o perfeito equilíbrio neuropsíquico, o considerado bem-estar mental, o homem deve estar bem adaptado às suas condições de vida dentro do ambiente que vive, com equilíbrio, tolerância e partilhando da compreensão dos indivíduos entre si. A saúde social ou o bem-estar social é aquela resposta ou ajustamento às exigências do meio, e depende fundamentalmente das condições socioeconômicas do agrupamento humano onde ele está inserido, da distribuição da riqueza circulante e das oportunidades de inserção no mercado de trabalho que se oferecem ao indivíduo.

Esta concepção ampla de saúde pela Organização Mundial de Saúde (1946) está disciplinada e em consonância com a Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948, em seu art. XXV, cap. I, onde o Brasil é seu signatário:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, p. 13).

Do conceito restrito ao amplo que foi dado à saúde ao longo de décadas, o que preocupa de fato é como ele está sendo compreendido e executado, de acordo com o atendimento aos princípios constitucionais que regem esse direito à saúde, de forma a assegurá-los com medidas efetivas que respeitem esse direito declarado e protegido, uma vez que ainda existem dificuldades enfrentadas pela sociedade, no que diz respeito ao atendimento das demandas que os cidadãos apresentam nos serviços de saúde. Lembrando Bobbio (1992, p. 24-25):

O problema que temos diante de nós não é filosófico, mas jurídico e, num sentido mais amplo, político. Não se trata de saber quais e quantos são esses direitos, qual é a sua natureza e seu fundamento, se são direitos naturais ou históricos, absolutos ou relativos, mas sim qual é o modo mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados.

No intuito de garantir o direito à saúde foi criado em 19 de setembro de 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como conceito: O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público e a iniciativa privada.

As ações e serviços de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, sendo desenvolvidas para a organização do sistema de saúde estão fixadas no artigo 198 da Constituição a partir das seguintes diretrizes:

- I- Descentralização- com direção única em cada esfera de governo;
- II- Atendimento integral- com direção única em cada esfera de governo;
- III- E a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

É necessário entender quais os princípios específicos que regem esse direito à saúde, bem como as suas ações e não se tem a pretensão de desconsiderar aqui os 14 (quatorze) princípios do SUS, que são fundamentais para a garantia do direito à saúde no Brasil, no

entanto vamos nos deter a 04 (quatro) princípios que estão relacionados diretamente com ações de saúde do programa Cedefam, sendo trabalhados em todas as linhas de atuação dos projetos desenvolvidos para a comunidade assistida nesta unidade de saúde.

O primeiro princípio destacado é o da **universalidade** – o acesso deve ser assegurado para todos sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica. A partir desse caráter universal o SUS rompe com a política segmentada, outrora vinculada a uma relação formal trabalhista, passando a praticar, desta forma uma política de saúde mais inclusiva.

O segundo é princípio da **integralidade** – o Estado tem o dever de oferecer atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, estabelecendo um conjunto de ações que vão desde a prevenção até a assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade.

O terceiro a ser examinado nesse trabalho é o princípio da **igualdade** – da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, pois segundo o que dispõe o art. 5º da constituição Brasileira é que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, [...]” (BRASIL, 1988).

E o quarto e último princípio a ser destacado para análise é o da **participação da comunidade** – a participação das comunidades e da sociedade civil no desenvolvimento de políticas públicas, no monitoramento de sua implementação e na avaliação de seus resultados é essencial para qualquer conjunto de ações e os serviços que oferecem saúde devem ter como valor intrínseco o respeito a autonomia das pessoas e garantir-lhes o seu direito de estarem envolvidos em processos decisórios que os afetam. Esses entendimentos foram, de certa forma, adotados e discutidos pela OMS na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais em Saúde que aconteceu na cidade do Rio de Janeiro em outubro de 2011 e estão em seu relatório “Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011, p. 19).

Inegavelmente a criação do SUS foi uma grande conquista democrática, resultados da luta de entidades políticas, associações e centros de estudos, profissionais liberais, estudantes, movimentos sociais e dos vários segmentos da população. Antes dele, apenas pessoas com vínculo formal de emprego, que estavam vinculadas à previdência social e seus dependentes poderiam dispor dos serviços públicos de saúde. Hoje, 27 anos após sua criação e mesmo enfrentando problemas financeiros, políticos e administrativos, o SUS continua sendo destinado a todos e muitas políticas públicas floresceram a partir dessa visão, todavia, o que

está sendo vivenciado é o mais cruel contingenciamento com a implantação da Emenda Constitucional nº 95, que trata do teto dos gastos, ou seja, os investimentos em políticas sociais, inclusive a saúde, estarão congelados por 20 (vinte) anos.

Considera-se que a partir do congelamento nos investimentos da política de saúde, desconfigure o seu caráter universal, infringindo o direito à saúde, que além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas, representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. Ficando responsável o Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, por não poder mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob a pena de incidir, ainda que por omissão, em censurável comportamento inconstitucional diante de emenda.

O direito público subjetivo à saúde traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público (federal, estadual ou municipal), a quem incumbe formular e implementar políticas sociais e econômicas que visem a garantir a plena consecução dos objetivos proclamados no art. 196 da Constituição da República.

O art. 196 da Constituição Federal estabelece como dever do Estado a prestação de assistência à saúde e garante o acesso universal e igualitário do cidadão aos serviços e ações para sua promoção, proteção e recuperação. O direito à saúde, como está assegurado na Carta, não deve sofrer embaraços impostos por autoridades administrativas, no sentido de reduzi-lo ou de dificultar o acesso a ele.

Importa destacar que a promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um marco na evolução do processo democrático e na consolidação do Estado de Direito, pois em seus dispositivos oferece uma ampla proteção normativa para o que denominou direitos e garantias fundamentais, protegendo, assim, os direitos individuais, civis e políticos, e os direitos coletivos e sociais, como os direitos dos trabalhadores e os direitos à saúde, à educação, à moradia e ao lazer. Nessa direção o Ministério da saúde, em seu “manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde”, reforça a ideia de direito à saúde como direito social:

O direito à saúde, como direito social que é, realmente possui a característica de exigir do Estado brasileiro ações concretas e efetivas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Deve assim o Estado intervir na dinâmica social para a proteção do direito à saúde. Ao mesmo tempo, a saúde também possui diversas características que lhe oferecem contornos de direito subjetivo público. (BRASIL, 2006 a, p. 51).

Pode ser também considerado o direito à saúde, como um direito subjetivo público - faculdade de agir por parte de um cidadão ou de uma coletividade para ver um direito seu ser observado, na medida em que permite que o cidadão ingresse com uma ação no Poder Judiciário para exigir do Estado ou de terceiros responsáveis legalmente a adoção ou a abstenção de medidas concretas em favor da saúde.

Assim, não se podem aceitar atitudes e ações que venham a ferir o direito fundamental à saúde, por parte de quem é obrigado a prestar um serviço eficiente na área da saúde. Neste caso, seja por ação ou omissão dos encarregados dessa função, não se pode fugir de responsabilizá-los e de se buscar a concretização de tal direito, como será visto mais adiante.

## **2.1 A saúde bucal no Brasil: um resgate dos modelos públicos**

A evolução histórica das políticas de saúde, relaciona-se diretamente com a evolução política social e econômica brasileira. De forma excludente e individual, as políticas de saúde bucal evoluíram no Brasil, sendo esse processo de evolução vinculado ao da saúde geral, impulsionados pela lógica do individualismo e do lucro, refletindo de forma negativa para os seus clientes por meio da mutilação de bocas e vidas (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

A odontologia fundamentou suas atividades de forma bastante similar aos padrões assistenciais da medicina e o reproduzia integralmente, de acordo com o que propunha o modelo educacional de prática odontológica da Escola Norte Americana, adotado nas universidades brasileiras. Modelo hegemônico caracterizado como cientificista ou flexneriano (mecanicista, biologicista, individualista, especialista e curativista). A prática odontológica baseava-se firmemente no individualismo, que tinha o indivíduo como objeto e o único responsável pela sua saúde, sendo os serviços encontrados, em sua maioria, nos centros urbanos. Outra característica era a livre demanda, pois não havia uma lógica programática definida e foi marcada pela mera transposição da lógica de mercado para o serviço público. Para Carvalho e Loureiro (1997 *apud* RONCALLI, 2000, p. 119), esta fase:

Caracterizava-se pela falta de planejamento e avaliação, pela ausência de sistemas de trabalho e técnicas uniformes, pelo preparo inadequado do profissional para execução das tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão, reproduzindo, no serviço público, o mesmo tipo de atenção prestado nos consultórios particulares.

Pode-se encontrar no século XIX referências iniciais de ações públicas odontológicas no Brasil, de acordo com os estudos de Roncalli (2000). Os primeiros registros de serviços públicos, de caráter institucional, referem-se à assistência odontológica nas Santas Casas de Misericórdia as quais, no início da década de 1880, mantinham um gabinete dentário destinado à realização de extrações onde eram praticadas exodontias a granel. Mais tarde no segundo semestre do ano de 1882, foram realizadas 1.595 extrações dentárias e prescritas 368 receitas.

Ainda no século XIX, precisamente em 1809, e dando continuidade ao pensamento do mesmo autor, foi criado o cargo de cirurgião sangrador no Hospital Militar da Corte, o qual desempenhava às vezes a função de dentista, realizando extrações de acordo com as normas da época. Isso deu no início do século onde boa parte da atuação da odontologia no campo da assistência se deu dentro das Forças Armadas.

A assistência odontológica para escolares tem seu marco temporal no século XX, para ser precisa, no ano de 1912, tendo como marco espacial a cidade de São Paulo. Com a criação da fundação das Clínicas Dentárias Escolares por Baltazar Vieira de Melo, pode-se dizer que as primeiras evidências de participação da odontologia as quais, anos depois, se transformaram na Associação Paulista de Assistência Escolar, mantendo sete consultórios em escolas públicas (CARVALHO; LOUREIRO, 1997).

No ano de 1938, em Belo Horizonte, de acordo com Werneck (1994), havia o serviço para estudantes que foi instalado em um Grupo Escolar, e com a criação do Departamento de Assistência à Saúde, datada nos anos 1940, registra-se o primeiro serviço público odontológico no Estado de Minas Gerais.

A partir da década de 1950 do século XX, diversos movimentos ditos contra-hegemônicos apareceram no cenário brasileiro: a Odontologia Sanitária, Odontologia Preventiva, Odontologia Social, Odontologia Simplificada, Odontologia Comunitária e Odontologia Integral (NARVAI, 1994), vertentes que fundamentaram os modelos assistenciais brasileiro.

Para o Ministério da Saúde, a expressão Modelo Assistencial é o modo de produzir as ações de saúde e a maneira com que os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e atendê-las (BRASIL, 1990b).

Pode-se inferir que o modelo assistencial é uma base, um norte para ações no sentido da reorganização do serviço. Não deve ser visto como um padrão, pois as ações, além de terem a perspectiva de dar respostas às demandas da população, ele necessita considerar os aspectos demográficos, o clima e a cultura de um território ou região.

O primeiro programa de saúde pública foi criado na década de 1950, tinha como público-alvo os escolares do primeiro grau, identificados como a população mais vulnerável e a mais sensível em intervenções de saúde pública (NARVAI, 2006), viabilizado por meio do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que surgiu no Brasil, em 1942, sendo mantido por um Acordo de Cooperação Técnica entre Brasil e Estados Unidos.

O modelo de assistência a escolares do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) introduziu uma lógica organizativa, científica do ponto de vista do planejamento, porém da perspectiva da prática não chegou a romper com o modelo hegemônico de acordo com Narvai (1994).

O modelo Incremental conhecido por ser composto por duas fases: a fase preventiva, que objetivava reduzir a incidência de doenças por meio das medidas de fluoretação das águas ou mesmo pelas aplicações tópicas de flúor. Já na fase curativa, procuram reduzir as demandas assistenciais na tentativa de melhorar o grau de atenção e tinha como vertente ideológica a Odontologia Sanitária, compreendida como uma disciplina de saúde pública, tendo como objeto a saúde oral da comunidade (CHAVES, 1986), exercendo sua prática nas comunidades de acordo com os seus problemas, onde o agente principal é o sanitarista.

Este sistema, apesar das tentativas de adaptação a realidade, de ser considerado programático e das suas limitações, sempre esteve voltado para a população em idade escolar de 6 a 14 anos, foi adotado na época por grande parte dos municípios. Segundo Chaves (1977) poderia ser aplicado a qualquer clientela, foi um marco para a saúde pública brasileira, se mantendo como hegemônico por mais de 40 anos.

Em 1970, durante o período da repressão, surge a Odontologia Preventiva e Social (OPS), que relaciona-se diretamente com a medicina preventiva advinda, também das escolas norte-americanas. Na esfera da saúde bucal criam-se os departamentos de OPS em todo o país, através das universidades, fomentados por seminários promovidos pela Organização Pan Americana de saúde (OPAS) e pela Fundação Kellogg.

Prossegue o autor em seu raciocínio, remetendo esse modelo de Odontologia às bases do modelo anterior, *organizado na comunidade e para a comunidade*.

Ainda na década de 1970, aconteceu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, que trouxe, em seu texto, a ampliação do conceito de saúde:

A saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros

setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1979, p. 28).

A partir da meta mundial “Saúde para Todos no Ano 2000”, foram travadas discussões sobre Atenção Primária à Saúde (APS), bem como os componentes que não podem estar dissociados dela, como educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno infantil, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição e medicina tradicional também tiveram seus princípios e suas relações enunciados em Alma-Ata, 1978. Conforme Starfield (2002), para que a APS seja amplamente implementada os serviços de saúde devem estar geograficamente e ideologicamente próximos às pessoas e relacionados às suas necessidades, e isto se dará por meio de procedimento de territorialização, assunto a ser tratado no decorrer desse texto. Considerando as interpretações da autora, ela assim define Atenção Primária:

A concepção de atenção primária à saúde discutida em Alma-Ata surgiu no reino Unido, em 1920, no relatório Dawson, que preconizou a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis: centros primários e Atenção essencial à saúde em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis a eles e a um custo que tanto a comunidade como o País possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (STARFIELD, 2002, p. 30).

A proposta da APS é ter como mote a saúde em seu sentido amplo, trabalhando com vieses da prevenção, atenção e cura; baseia-se na promoção de saúde, na atenção abrangente e continuada; é desenvolvida por clínicos gerais em atividades interdisciplinares com outros profissionais, de maneira intersetorial, buscando a participação da comunidade para que desenvolva o autocuidado. Deverá ser compreendida pela sua característica de promoção de saúde e prevenção de doenças, de maneira continuada e, necessariamente, integral, permitindo referências ao especialista quando necessário, e que a responsabilidade sobre a saúde do indivíduo seja não somente da APS, mas do sistema do qual esta faz parte, envolvendo desde os formuladores da política de saúde, os agentes implementadores, aos sujeitos que se utilizam dela.

Destaque-se que o indivíduo deve ser observado no contexto de suas necessidades e, desta forma, impõe-se a compreensão de que a APS nem sempre será o primeiro contato deste

com o sistema de saúde, permitindo que possa buscar o sistema de saúde através das demais instâncias hierarquizadas sem, no entanto, obrigatoriamente seguir a trajetória da hierarquização. A diferença é que na APS o acesso deve ser universal, para indivíduos doentes ou não, o que diferencia do acesso ao serviço direto especializado, que depende da necessidade apresentada pelo indivíduo.

Enquanto no âmbito internacional eram discutidos os cuidados primários, acordados em Alma-Ata a partir da compreensão da APS como estratégia de reorganização da saúde, permitindo maior eficiência, satisfação da clientela e impacto sobre os níveis de saúde, permanecia, no Brasil, uma política reducionista de atenção primária seletiva, com programas de Medicina simplificada e cuidados com os grupos de risco. Coincidiram com a emergência na cena internacional da proposta da APS dos anos 1970, os programas de extensão de cobertura, entre eles, o Programa de Interiorização das Ações e Saneamento no Nordeste (PIASS) (MENDES, 2002).

O PIASS, criado em 1976, foi o primeiro programa de Medicina Simplificada em nível federal, possuindo ações concentradas nas Secretarias Estaduais de Saúde, que passaram a desconcentrá-las nas diversas regiões do Estado. O PIASS, bem como o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil, foram constituídos como Programas de Extensão de Cobertura - PEC, e representavam uma proposta de prestação de serviços a grupos populacionais excluídos, com a ressalva de que os interesses privados do setor saúde fossem resguardados (PAIM, 2002).

A expansão do PIASS para todo o território nacional, em 1979, significou o segundo ciclo de expansão da APS no Brasil, na forma de programa de Medicina simplificada (MENDES, 2002).

O PIASS impulsiona o surgimento de uma nova prática, considerada profissional, a Odontologia Simplificada, que tem em seu bojo a padronização, a diminuição dos passos, a eliminação dos supérfluos objetivando a manutenção da qualidade do trabalho por um método mais simples e com menos custos.

A Odontologia Simplificada, devido ao seu dualismo, quantidade *versus* qualidade, possibilitou segundo Mendes (1986), o impulsionamento de uma versão mais ampliada dessa corrente, a Odontologia Integral, que já nasce ancorada em três pilares fundamentais: a prevenção, a desmonopolização do saber e a simplificação do equipamento odontológico.

Estabelecida a Nova República no ano de 1985, e dentre seus discursos estava como foco central, o direito universal à saúde como um dever do Estado em promovê-la e

operacioná-la, de acordo com um amplo processo de descentralização das ações de saúde. (MENDES, 1999).

Prossegue as reflexões do autor expressas em uma referência de ano anterior que a Odontologia Integral, segundo coloca-se como uma possibilidade teórica e prática na substituição à Odontologia Científica. Cabe salientar, que essa concepção insere a questão da prevenção numa perspectiva ampliada (MENDES, 1986). Seria então:

[...] uma prática, ecologicamente orientada, alternativa à prática odontológica flexneriana, que tem como objetivo último a manutenção da saúde, e que é caracterizada pela natureza coletiva do seu objeto, pela ênfase na prevenção do seu significado mais amplo, pela simplificação dos elementos da prática profissional, com a utilização intensiva de tecnologia apropriada e pela desmonopolização do saber odontológico. (MENDES, 1986, p.545).

Para Paim (1999), enquanto estava sendo elaborada a Constituição de 1988, havia a necessidade de implementação de uma estratégia ponte que reorientasse as políticas de saúde e reorganizasse os serviços, o que evitaria a descontinuidade na prestação de serviços à população. Essa estratégia ponte, a ser implementada eram as Ações Integradas de Saúde (AIS), em virtude de seus princípios e objetivos estarem em consonância com os do movimento de democratização de saúde; planejamento e administração descentralizados, instâncias deliberativas permeáveis à negociação política; possibilidade concreta de participação popular organizada; percurso para o estabelecimento do sistema unificado de saúde; respeito ao princípio federativo; respaldo das forças sociais atuantes no setor; perspectivas mais concretas de viabilidade; incorporação do planejamento à prática institucional; e responsabilidade da universidade na formulação e na implementação das políticas de saúde.

Em substituição às AIS, surgiu o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, onde havia fragilidade política do Ministério da Saúde e falta de legalidade das ações concretas que o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS/INAMPS).

Paim (1999), afirma que a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS) precisava ser aperfeiçoada, enxugando as estruturas e descentralizando as ações do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), transferindo recursos e atribuições para 21 estados e municípios, o que resultou no SUDS, passando assim este sistema a ter um caráter transitório. O SUDS objetivava prioritariamente a universalização do atendimento, baseada nos princípios da integração, integralidade, hierarquização, regionalização do sistema de saúde e controle social, sendo implementado por meio de convênios firmados entre o INAMPS e as Secretarias Estaduais de Saúde. Avançou-se com o SUDS pelos processos de

desconcentração, estadualização e a municipalização da saúde. Contudo, apesar dos avanços, pôde-se observar clientelismo no processo de municipalização, pouca valorização, na prática, da implantação dos distritos sanitários, como maneira de modificar o modelo assistencial vigente (MENDES, 1999).

Diante das reflexões dos autores acima citados, pode-se inferir que o SUDS não era consonante com a proposta da Reforma Sanitária, defendida e discutida pela Assembleia Constituinte. O relatório com as proposições da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, onde se ressaltava a garantia da saúde como direito social universal e dever do Estado, oriundo da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 só veio a ser acolhido pelos Constituintes quando da elaboração da Carta de 1988, que constituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Mendes (1999), a questão da saúde na Constituição e no SUS ressalta alguns aspectos fundamentais: a) o conceito de saúde entendido numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas; b) o entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena; c) a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; d) a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade; e) a integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social.

Tratando-se da saúde bucal, ainda nos anos de 1980, na 7ª Conferência Nacional de Saúde, ocorre o que foi pioneiro na história da Odontologia, a construção de um trabalho que fizera uma análise sobre a prática odontológica vigente no Brasil, colocando as críticas ao modelo atual marcado pela ineficiência, ineficácia, má distribuição, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter mercantilista, caráter monopolista e pela inadequação de recursos humanos.

Na Primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal realizada no mesmo ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, a população incitada também, pelo movimento redemocrático brasileiro, fez parte do amplo processo de discussão e participação, onde foi contabilizada a presença de mais de 1.000 participantes e 286 delegados com direito à voz e voto. Foram tratados e explorados alguns temas como o direito à saúde e o dever do Estado, diagnóstico em saúde bucal no Brasil, reforma sanitária com inserção, é claro, da Odontologia no SUS e o financiamento do Setor de Saúde (BRASIL, 1986). Estas discussões dentro desse processo se tornaram um divisor de águas para a saúde bucal, bem como os temas propostos deram fundamento ao relatório final.

A Constituição Brasileira de 1988, através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), inscreve a saúde como um direito social e de cidadania, em consonância com os ideais da Reforma Sanitária. A mudança do enfoque de “cura” da cárie para o “controle” da mesma é o princípio básico do Programa Inversão da Atenção (PIA). Foi proposto no final dos anos 80 e início da década de 1990, tendo como seus idealizadores teóricos Loureiro e Oliveira (1995) ambos, professores da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG).

A metodologia empregada neste programa constitui-se de três fases: a primeira é a **estabilização** e tem por objetivo reduzir a incidência e a velocidade de progressão da doença bucal por meio de ações preventivas coletivas e individuais através de tecnologia invasiva para controle da lesão. A segunda fase constitui a **reabilitação**, é onde acontece o reparo da estética e da função quando do ocorrido de sequelas das doenças bucais. A terceira fase, considerada final, ocorre o **declínio** da doença e lesão onde estão supostamente sobre o controle, some-se a isso a importante introdução de métodos de autocuidado.

Apesar de trabalhar com os fatores condicionantes da doença, que era o pensamento mais avançado, programa teoricamente bem estruturado na odontologia até o momento, segundo Zanetti *et al.* (1996), as críticas ao PIA não deixaram de existir. Prosseguem os autores dizendo que esse modelo foi voltado para os escolares e as creches com desenvolvimento de ações programáticas, sem levar em conta as reais necessidades epidemiológicas da população com um todo. E para a população a quem estava destinada o programa não houve redução significativa do CPOD, índice odontológico que tem por objetivo a contabilização de dentes cariados, perdidos e obturados.

Vale lembrar, que até aqui os modelos assistenciais foram pensados e executados para uma única parcela da população, os escolares, precisamente os da faixa etária entre 6 e 14 anos, Na perspectiva de prevenção e tratamento dos seus molares permanentes por desconhecer a relação concreta no que se refere a cárie, entre a dentição decídua e a permanente. Nesse sentido, a partir de 1985 estudiosos começaram a pensar na parcela excluída a partir do desenvolvimento da cariologia e da definição de cárie como uma doença infectocontagiosa. Surgindo assim a Atenção Precoce Odontologia para Bebês, na Universidade Estadual de Londrina no Paraná, a primeira Bebê Clínica (BALDANI *et al.* 2008; GUIMARÃES; COSTA; OLIVEIRA, 2003; WALTER; GARBELINI; GUTIERRES, 1991).

Mais uma vez a focalização do modelo assistencial prejudica a totalidade da população, revelando seu caráter excludente, pouco resolutivo apesar de a atenção precoce ser um marco no desenvolvimento das políticas públicas de qualidade, voltada para o sentido da prevenção,

todavia considerando que ainda não estava se pensando em respeitar a integralidade das ações e a universalidade no acesso.

Com a criação do SUS, resultado vitorioso do Movimento de Reforma Sanitária, viabilizado pela Constituição de 1988, inicia-se o grande desafio de implantar a proteção e a defesa da saúde, tendo que, para isso ser disciplinada por um aparato legal para o seu cumprimento. Para isso foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), em 19 de setembro de 1990, que manteve os princípios constitucionais e um deles foi a *saúde como um direito e dever do Estado*.

As práticas curriculares dos cursos de Odontologia no Brasil tiveram que se adaptar à nova realidade para atender os novos moldes da saúde bucal que foram trazidos a partir da implantação do Sistema Único de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família. Tal fato impulsionou o curso de Odontologia da UFC a reorientar suas práticas de acordo com o modelo de Saúde Bucal Coletiva (SBC). A SBC trata-se de um marco teórico distinto daquele classicamente conhecido como Odontologia, portanto, não se confunde com Odontologia Preventiva ou Odontologia Social, mas, vai além delas, e é considerada um campo de conhecimentos e práticas que integram um conjunto mais amplo, identificado como Saúde Coletiva, incorporando também o campo da Odontologia, mas redefinindo-a.

A SBC visa uma ruptura epistemológica com a prática odontológica hegemônica, tecnicista e centrada nos aspectos individuais e biológicos, por isso compreende a dimensão dos determinantes sociais da saúde e da saúde bucal. Percebe-se que esse modelo foi originário das ideias da Reforma Sanitária Brasileira, do qual se fundamentou como um movimento teórico-político que compreende a saúde bucal como um direito humano. Para tanto, as práticas da SBC pressupõem o acesso universal, cuidados integrais e a participação popular (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS por meio das conferências nacionais, estaduais e municipais, bem como por meio das representações em conselhos de saúde instalados nas três esferas de governo. Esta lei também dispõe sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde entre as esferas de governo.

Ainda na década de 1990, com a crescente discussão sobre a organização de um programa nacional de saúde geral, comunitária e da família que tinha por objetivo a reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS é criado o Programa de Saúde da Família (PSF) pela portaria 692/93 do

Ministério da Saúde. Esse programa trazia uma articulação com o conceito de interiorização da saúde do PIASS, na década de 70, porque nele havia a pretensão de interiorizar o SUS.

O novo modelo de assistência implantado pelo PSF era voltado para a família e para a comunidade, envolvia desde a proteção e a promoção da saúde ao diagnóstico precoce e ao tratamento das doenças, o qual rompia com o modelo vigente que priorizava a cura em detrimento da prevenção das doenças. A criação do PSF tem como objetivo geral:

Melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseada na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade. (BRASIL, 1994, p. 8).

No que diz respeito à Saúde Bucal, no período entre 1994 e 2000, que antecedeu a inclusão desta no PSF norteou-se por cinco grandes princípios: universalização, participação da comunidade, descentralização, regionalização e integração institucional. A seguir no próximo ano, as formas de habilitação são as propostas pela NOAS-SUS 2001/2002 onde a Gestão Plena da Atenção Básica era um princípio que afirmava, ainda, que as ações de Saúde Bucal deviam ser de responsabilidade do setor público que as prestaria por serviços diretos (BRASIL, 2001).

Por meio da inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF, composta pelo cirurgião-dentista, Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico em Higiene Dental (THD), oficializada em 28 de dezembro de 2000, através da publicação da Portaria GM/MS nº 1.444, o financiamento para reorganização da Atenção à Saúde Bucal nos municípios, criando separadamente o incentivo da ESB, em vez de incorporá-lo ao já estabelecido para o PSF.

Uma nova Portaria GM/MS 673, de 03 de junho de 2003, estabelece duas modalidades de equipe dentro da ESF para funcionarem nos municípios. As modalidades da ESB são do tipo: I composta por um cirurgião-dentista e um ACD; e II, a mais completa, composta por um cirurgião-dentista, um ACD e um THD. Os profissionais que compõem as equipes de saúde bucal devem desenvolver atividades obedecendo aos princípios do PSF, incorporando-se ao trabalho das equipes. O número de ESB implantadas fica a critério do gestor municipal, por não ser parte da equipe mínima do PSF, evoluiu de 124 (cento e vinte e quatro) ESB em março de 2001 para 8.384 (oito mil, trezentas e oitenta e quatro) em agosto de 2004.

A Coordenação Nacional de Saúde Bucal, em 2003, envolveu várias instituições e entidades odontológicas, mobilizou todos os estados e os seus respectivos municípios sorteados aproximadamente 2.000 trabalhadores – cirurgiões-dentistas, auxiliares e agentes de saúde, dentre outros de 250 municípios para composição da amostra nacional com o objetivo

da retomada da proposta do levantamento epidemiológico nacional em Saúde Bucal denominado “SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira” (BRASIL, 2004).

Este projeto teve início em 1999, onde houve a realização de estudos-piloto em 2001 para validação da metodologia e oficinas de treinamento e calibração das equipes, em 2002 e 2003. Do levantamento foram observados os problemas de saúde dos quais podemos citar: cárie dentária, doença periodontal, má oclusão, fluorose, uso e necessidade de prótese e alterações de tecidos moles.

Os indicadores socioeconômicos, acesso e utilização de serviços de saúde bucal e auto percepção em saúde bucal fizeram parte dessa avaliação (BRASIL, 2004 a). O objetivo geral do levantamento SB Brasil consiste em produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira e subsidiar o planejamento/avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, criando uma base de dados eletrônica relativa aos principais problemas nesse campo, articulando diferentes agências e unidades de saúde, contribuindo assim, na perspectiva da estruturação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal.

Os resultados do SB Brasil demonstram que, no país, o Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD), aos 12 anos de idade, é de 2,78, atingindo a meta da OMS para o ano 2000 (CPOD =3,0). O Norte e o Nordeste apresentaram pela pesquisa os piores índices quando revelaram ter maiores números de dentes cariados não tratados nos indivíduos; o ataque de cárie e o número de dentes perdidos entre adultos e idosos são profundamente elevados. Vale ressaltar que a perda dentária é considerada uma situação bucal grave, pois demonstra que a pessoa terá a necessidade do uso de prótese, sem contar que foi identificada essa situação também na faixa-etária de 15 a 19 anos, evidenciando que o edentulismo continua sendo um grave problema em nosso país, no entanto foi potencialmente encontrada entre os idosos. Nos municípios onde havia a fluoretação da água de abastecimento, estes apresentaram menor CPOD aos 12 anos e na faixa etária de 15 a 19 anos (BRASIL, 2004 a).

Contabilizam-se alguns avanços na área de saúde bucal, entretanto o que foi percebido na última década, a partir do SB-Brasil, é um quadro crítico onde foi identificado que a situação de saúde bucal dos adolescentes, adultos e idosos brasileiros esteve entre as piores do mundo. Em virtude desses resultados, o Governo Federal, por meio do MS, criou a Política de Saúde Bucal denominada “Brasil Sorridente”, que tinha por objetivo a ampliação do atendimento e melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira, permitindo que as ações não se restringissem apenas aos repasses de incentivos financeiros isolados, mas que

propiciassem aumento dos incentivos para as ESB; implantação de laboratórios de prótese em todo o país e disponibilização de procedimentos de prótese dentária na rede de assistência básica, ampliando e qualificando a Atenção Básica; inclusão de insumos odontológicos na farmácia básica do PSF, com distribuição trimestral, sendo enviados diretamente aos municípios; aumento da fluoretação da água de abastecimento para 100% dos municípios com água tratada; reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal por meio do aumento de número de ESB, objetivando alcançar 9 (nove) mil equipes até o final de 2004 e 12 (doze) mil até 2005; implantação de uma política de rede com implantação de serviços de referência para atenção secundária e terciária; conclusão do SB Brasil; formação dos trabalhadores em Saúde Bucal; consolidação de parceria com o Ministério da Educação, na formação de pessoal e em ações de prevenção, como adicionar escova, creme dental e cartilha educativa sobre saúde bucal aos materiais e uniformes que serão distribuídos na rede de ensino para cerca de 500 (quinhentos) mil crianças; inclusão do cirurgião-dentista e ACD na equipe de profissionais de saúde, com atuação no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2004 a).

Em relação aos investimentos na saúde bucal, podemos evidenciar que antes da instalação do “Programa Brasil Sorridente”, em 2002, foram investidos R\$ 56,6 milhões (cinquenta e seis milhões, seiscentos mil reais), ampliados para R\$ 84,5 milhões (oitenta e quatro milhões e quinhentos mil reais) em 2003. O número de equipes de saúde bucal duplicou no início, por meio do aumento do repasse de recursos, o número de ESB passou de 4,2 mil (quatro mil e duzentas), no início da atual gestão do governo federal, para quase 9 (nove) mil, proporcionando uma cobertura populacional de mais de 36 milhões (trinta e seis milhões) de pessoas.

A meta do “Brasil Sorridente” era investir aproximadamente R\$ 1,3 bilhão (um bilhão e trezentos milhões de reais) até o final de 2006 na saúde bucal (BRASIL, 2004a). Esses incentivos financeiros para Saúde Bucal variam conforme a modalidade da equipe I ou II, compreendendo também o incentivo inicial único no valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais), no entanto, para manter a regularidade destes recursos, é indispensável que haja a presença do cirurgião-dentista na ESB.

A consolidação do SUS tem sido dificultada pela ausência, insuficiência e qualidade de recursos humanos em alguns municípios brasileiros, particularmente nos de pequeno e grande porte. A proposta do MS para fixação de profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, nos municípios desprovidos ou com precários serviços médicos sanitários, é o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), ofertando incentivos financeiros e de formação

profissional aos participantes. A interiorização dos profissionais, objetiva impulsionar a reorganização da Atenção Básica e do PSF.

A crise econômica contemporânea brasileira, impulsionada por suas reformas, tem sido responsável pelas atuais mudanças na saúde pública no Brasil. A reforma trabalhista e a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, tem aquecido esse cenário de mudança. De forma direta a crise afeta a qualidade do atendimento nas instituições públicas de Saúde por falta de concursos, terceirização desenfreada, aumento do número de profissionais e precarização da qualidade do serviço. Justifica-se ainda, pelo congelamento nos investimentos na saúde, considerando a taxa de crescimento da população, bem como o crescimento da expectativa de vida dos brasileiros, motivo pelo qual os fazem procurar pelos serviços de saúde.

Com a crise 12,9 milhões de brasileiros tornaram-se desempregados, o que equivale a 12,6% da população economicamente ativa. O País nunca teve tanta gente à procura de um trabalho, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (IBGE, 2016). Em 12 meses, houve acréscimo de 3,3 milhões de pessoas sem ocupação, alta de 34,3% em relação a janeiro de 2016. Nesse contexto, 1,6 milhão de brasileiros deixaram de investir em operadoras particulares somente no ano passado.

Outro fator crítico para a saúde pública brasileira, sendo este de responsabilidade ideológica da elite brasileira que sintetiza e executa o Golpe que se iniciou em 2016 e vem se configurando até os dias atuais; que apoia o Projeto Neoliberal e executa o desmonte das políticas sociais, ao congelar os gastos sociais federais pelos próximos 20 anos, sendo ainda referenciado no valor dos gastos de 2016, ano recessivo por um ajuste fiscal radical e excludente onde os mais prejudicados serão os mais pobres. Eles acreditam que a saída para a crise econômica atual é a execução do ajuste fiscal, que estabelece um teto para os gastos públicos da saúde (dentre outros setores). Por longos 20 anos, o volume de recursos direcionados ao Sistema Único de Saúde (SUS) será afetado. Isso em um momento em que os brasileiros se veem diante de surtos de doenças, a exemplo do mais recente, de febre amarela, e os que persistem há alguns anos, como dengue, zika e chikungunya, sem falar nas doenças crônicas como hipertensão e diabetes que tem afetado a população brasileira crescentemente e que se relacionam diretamente com os determinantes de saúde da população. E o que se pode concluir é que suas consequências tornarão mais grave a doença do paciente. Um agravamento que poderá ser irrecuperável por atingir em “cheio”, o projeto nacional de “bem viver” definido em nossa Carta Constitucional de 1988.

Medidas como essa, da Emenda Constitucional nº 95/2016, nos obriga refletir, que ao atingir a classe mais pobre desse país, quando desmonta as políticas sociais, políticas de

proteção aos direitos das pessoas, que continuarão trabalhando, agora ainda mais, numa jornada de trabalho exaustiva, com o mínimo de garantias possível, orientadas pela reforma trabalhista. No entanto, essa mesma classe trabalhadora vivendo com os seus direitos restringidos, terá que continuar a assistir o governo federal fortalecendo o capital especulativo e rentista que, só nos últimos 12 meses, receberam R\$ 454 bilhões – quase meio trilhão de reais – de serviço da dívida, vendo o governo rasgar seus direitos constitucionais através de reformas e emendas constitucionais que denunciam o quanto esse governo não tem a pretensão de governar para todas as classes, privilegiando apenas uma, que não é a trabalhadora.

A PEC dos gastos, popularmente conhecida pelos movimentos sociais, se coloca como a saída para a crise econômica que assola o país, culpabilizando o povo brasileiro pelos investimentos que os governos executivos fazem em saúde, educação e assistência social, só não coloca limites para o gasto específico com os juros da dívida. Considerando que o financiamento e a gestão da saúde pública são tripartite, dito de outra forma, compartilhados entre união, estados e municípios. Os estados e o Distrito Federal devem investir, no mínimo, 12% de sua receita própria, enquanto que os municípios, pelo menos 15%.

De acordo com o parecer de Karnikowski (2016) a EC 95 de 2016, ao conter a limitação de gastos com a manutenção do mesmo orçamento anual de um ano para outro, acrescido tão somente com a correção do Índice de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA), está representada pela retomada da política de modernização conservadora, que concentrou renda, criou riquezas imensas para os ricos e teve como efeito o deslocamento dos pobres para a pobreza perene, colocando bolsões de populações inteiros na condição de marginalizados. Ao restringir gastos públicos quer dizer que o governo não empregará mais nenhum recurso para o desenvolvimento econômico e dentro dessa perspectiva, tornará mais grave a realidade social onde prevalece a desigualdade e a pobreza a despeito de todo avanço proporcionado pelo Plano Real e pelos programas de renda mínima dos últimos governos.

Segue seu raciocínio o autor afirmando que, além disso, a EC 95 provocará a precarização da administração pública com a descaracterização do art. 37 da Constituição Federal e por consequência da continuidade dos serviços públicos, atingindo assim, a maior parte da população brasileira, tão necessitada dos investimentos de saúde, educação e segurança pública.

Sobre a dimensão jurídica, o autor refere que a EC, também afronta os princípios constitucionais da cidadania e da dignidade humana, que são cláusulas pétreas consagradas no artigo 1º da Constituição de 1988 que trata em seu texto que:

A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I - a soberania; II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana; IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V - o pluralismo político. (BRASIL, 2016, p. 11).

Além de praticamente destruir com o seu artigo 37 onde trata que a administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. A proposta de limitação dos gastos públicos corrigida no orçamento seguinte tão somente pelo IPCA implicará no fim do atendimento das demandas sociais.

Prossegue o autor em sua reflexão ao dizer que a EC nº 95 contraria ainda, os pressupostos do desenvolvimento econômico que são os investimentos sociais na educação e na saúde da população. O desenvolvimento econômico e não o crescimento, pois este deve ser o objetivo capital da política fiscal do Brasil, manter qualidade de vida e a cidadania do povo brasileiro, passando pelo desenvolvimento econômico que está assentado no investimento na educação e no conhecimento. Considera ainda que a Emenda Constitucional promove a precarização da administração pública e da desigualdade social e diante do que expôs acima, sugere a sua revogação.

Observa-se que as políticas de saúde no Brasil perseguiram uma trajetória em busca da universalidade, que veio a se consolidar com a legislação constitucional, o que até os dias atuais não é tão fácil de acessar. Para Paim (1999), o processo de democratização da saúde esteve ligado à democratização da vida social e não poderá restringir-se aos sistemas de saúde, à constituições ou leis, este deverá perseguir a utopia de um projeto socialista para o povo brasileiro.

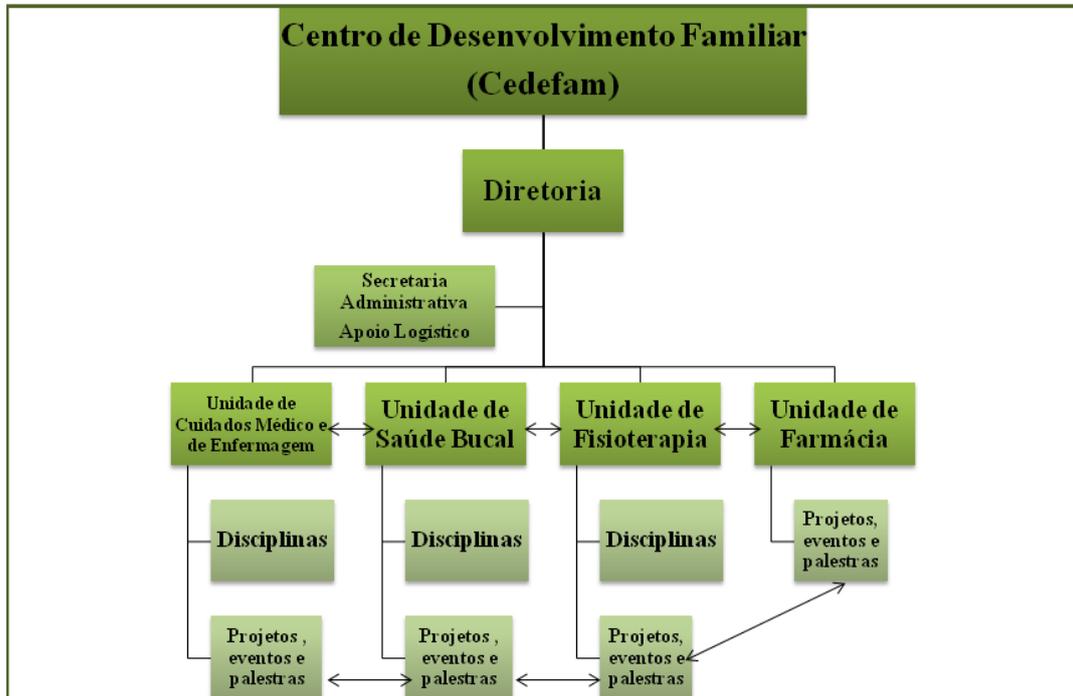
## **2.2 Programa Cedefam, a quem interessa essa proposta consolidada em saúde?**

### ***2.2.1 Das ações desenvolvidas no Cedefam***

O Programa Cedefam: Centro de Ensino, Pesquisa e Extensão tem por objetivo a integração de atividades desenvolvidas pelos cursos de graduação e pós-graduação em Farmácia, Odontologia, Enfermagem e Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará, bem como nas Ações de Extensão na área de Educação e Saúde. Estas destinadas aos pacientes atendidos pelos projetos existentes vinculados ao Programa. Fazem parte das metas de saúde estabelecidas pelo Cedefam prevenir e tratar doenças, promover a saúde, garantir a qualidade

de vida da população, que reside no entorno do Campus do Pici, com a perspectiva da integralidade do cuidado. Segundo dados do IBGE (2010), a população do bairro do Pici é aproximadamente de 42.494 habitantes, compreendida entre, 20.330 homens e 22.164 mulheres.

Figura 3 – Organograma do Centro de Desenvolvimento Familiar



Fonte: elaborado pela autora.

Nessa estrutura administrativa, a direção do Cedefam se vinculou diretamente à Pró-Reitoria de Extensão, exercendo controle sobre as unidades de cuidados em saúde. A direção exerce uma função sistêmica, sendo responsável pelo planejamento, execução e avaliação do Programa Cedefam. O papel das coordenações é de responsabilização pelas ações pedagógicas e administrativas.

A direção foi indicada pela direção máxima da instituição, enquanto os coordenadores pedagógicos e administrativos foram indicados pela direção local, bem como os secretários e pessoal do apoio logístico. Todos os servidores que trabalham nas unidades são da UFC, exceto os serviços terceirizados pela instituição, serviços de vigilância e serviços gerais.

Na Unidade de Cuidados Médico e de Enfermagem (UCME), são desenvolvidas ações na área de saúde da criança, da mulher e do idoso. Também há o atendimento rotineiro de consultas de pré-natal de baixo risco, prevenção do câncer de colo uterino, planejamento familiar (orientações para o uso de anticoncepcional oral, injetável, entrega de camisinhas e

encaminhamento para uso de DIU), revisão pós-parto e acompanhamento da criança e do recém-nascido pelos profissionais – médico, enfermeiros e estudantes da área. A equipe institucional é composta por uma coordenadora técnica (enfermeira), um médico, duas técnicas de enfermagem e uma auxiliar de serviços gerais.

A Unidade de Saúde Bucal (USB), por sua vez, desenvolve ações individuais e coletivas por meio de ações em educação em saúde, a partir de visitas às famílias, creches e escolas, realizando atividades que objetivam a promoção de saúde, prevenção de doenças bucais e higiene bucal supervisionada no sentido de controlar e combater a placa bacteriana. Além disso, há atuação na Clínica de Saúde Bucal, onde se executam procedimentos de acolhimento, higiene bucal, exame bucal, profilaxia, exodontia e restauração, incluindo as crianças das Escolas José Bonifácio e Adroaldo Teixeira, gestantes e os idosos encaminhados pela (UCME), bem como as famílias visitadas pelos estudantes das Disciplinas de Saúde Coletiva.

A unidade de saúde bucal, lócus desta pesquisa atende através de duas linhas do cuidado: a educação em saúde, individual e coletiva e a assistência odontológica. A equipe é composta por 2 (dois) coordenadores, um pedagógico e um técnico, 2 (duas) cirurgiãs-dentistas e 5 (cinco) Auxiliares de Saúde Bucal (ASB).

Na Unidade de Fisioterapia são desenvolvidas ações ambulatoriais com acompanhamento de pacientes portadores de sequelas neurológicas pelo Projeto de Extensão Grupo Fisioneuro. E pelo Internato em Saúde Coletiva, realizam-se atendimentos de fisioterapia individual e em grupo a crianças, escolares e seus professores, adultos e idosos com comprometimentos diversos.

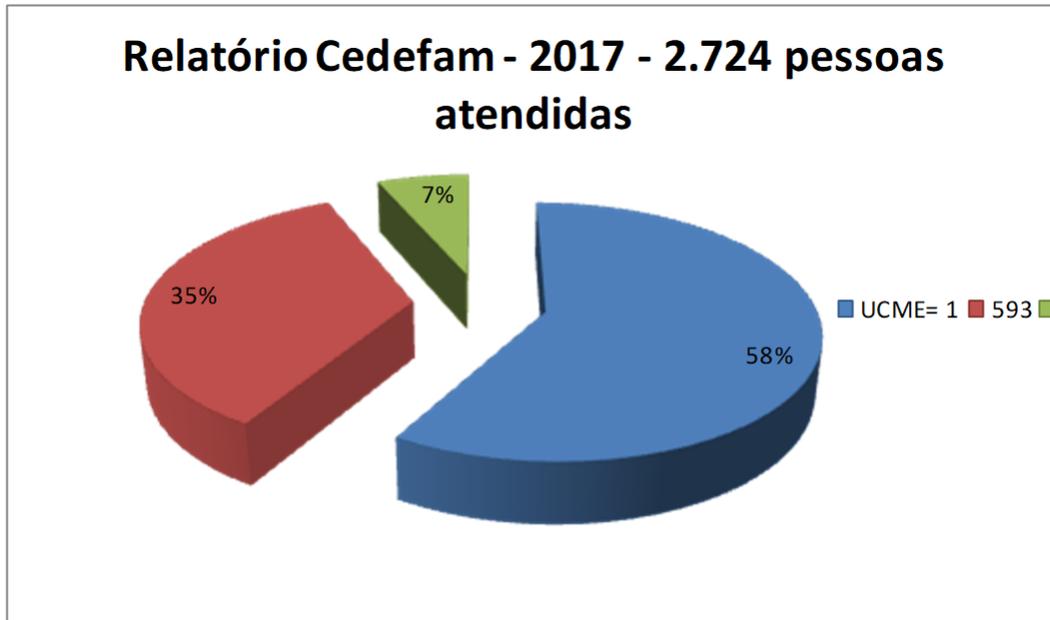
A unidade de Fisioterapia é composta pela professora da disciplina de Neuro fisioterapia da UFC e seus estudantes. Atendem aos pacientes sequelados de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e com problemas no desenvolvimento.

Na Unidade de Farmácia, os trabalhos são desenvolvidos por meio de dois níveis de atendimento: orientação sobre preparação de remédios caseiros com plantas medicinais e preparação de fitoterápicos segundo técnicas farmacêuticas. Atualmente estas ações se desenvolvem no Horto Francisco José de Abreu Matos – Campus do Pici, onde são dispensados os medicamentos fitoterápicos feitos no laboratório de manipulação.

O Cedefam foi criado a partir da necessidade de se definir um espaço onde fossem vivenciadas experiências de Ensino, Pesquisa e Extensão de forma integrada e teve seu início contando com o apoio financeiro de políticas governamentais para a promoção de trabalhos comunitários e nos dias atuais conta com a Pró-Reitoria de Extensão, o Departamento de

Clínica Odontológica – que garante insumos para o funcionamento da clínica de saúde bucal, com o Departamento de Enfermagem para o funcionamento da UCME e com a contribuição do Departamento de Fisioterapia da UFC para as ações de fisioterapia.

Gráfico 1 – Total de pessoas atendidas no Cedefam em 2017



Fonte: Relatório anual do Cedefam (2017b).

Conforme observado no Gráfico 1, correspondente ao relatório anual do Cedefam, ano de 2017, foram atendidas 2.724 pessoas da comunidade do Pici, desse total, 1.593 foram atendidas pela Unidade de Cuidados Médico e de Enfermagem (UCME), 954 pessoas foram atendidas pela Unidade de Saúde Bucal (USB) e 177 pela Unidade de Fisioterapia (UF).

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013) apenas 19,6% da população, a partir de 18 anos, procuram atendimento odontológico na unidade básica de saúde, restando um percentual de 74,3% que procuram consultórios particulares. E 58,8% da proporção de pessoas entrevistadas pela pesquisa acima referida consideram sua saúde bucal boa ou muito boa.

Tabela 1– Procedimentos realizados pela clínica de saúde bucal do Cedefam em 2017

Unidade de saúde bucal	Frequência	Percentual
<b>Prevenção e promoção</b>		
Evidenciação de placa	434	14,67
Escovação supervisionada	490	16,55
Uso do fio dental supervisionado	382	12,90
Aplicação tópica de flúor	339	11,46
Profilaxia	83	2,80
Selante oclusal	14	0,47
Exame bucal	173	5,84
<b>Procedimentos cirúrgicos restauradores</b>		
Restauração de resina	214	7,23
Restauração de amálgama	30	1,01
Restauração de ionômero	99	3,35
Restauração provisória	40	1,35
Capeamento pulpar	2	0,06
Exodontia	161	5,44
Raspagem supra n° sextantes	358	2,09
Raspagem sub n° sextantes	98	3,31
Tratamento alveolar	4	0,13
Radiografia oclusal	8	0,27
Radiografia periapical	94	3,17
Drenagem de abscesso	25	0,84
Sutura	87	2,94
Remoção de sutura	13	0,44
Ajuste oclusal	5	0,17
Atendimento de urgência	145	4,90
<b>Total</b>	<b>2.959</b>	<b>100</b>

Fonte: elaborada pela autora.

Verifica-se na Tabela 1, na subdivisão de prevenção e promoção que os procedimentos mais executados são evidenciação de placa, escovação supervisionada, uso do fio dental supervisionado e aplicação tópica de flúor, correspondendo respectivamente a 14,67%, 16,55%, 12,90% e 11,46%. Justifica-se o alto número de procedimentos, por serem considerados pelos professores, que planejam as ações do Cedefam, importantes ações na possibilidade concreta de remoção da placa bacteriana dos dentes e promoção do autocuidado, evitando as doenças bucais, objetivando a prevenção das doenças e promovendo à saúde da boca.

Ainda na Tabela 1, observa-se em seus dados na subdivisão procedimentos cirúrgicos restauradores a predominância da raspagem supra e sub-gengival, referente a 15% do percentual total, procedimento que se trata de uma prevenção mais especializada que remove a placa calcificada, quando não foi removida em sua fase de formação, ocasionando além de

gingivite – inflamação com sangramento gengival, a periodontite – uma doença no osso e estruturas que sustentam o dente.

As restaurações de resina composta assumem o segundo lugar no ranking dos procedimentos cirúrgico-restauradores, perfazendo um percentual de 7,23% do total. A exodontia – extração dentária, corresponde à 5,44%. Embora deparando-se em seu cotidiano, com as pessoas chegando na unidade com o objetivo de arrancar os seus dentes, o número de extrações por ano contabilizados em 2017 pela clínica do Cedefam é de apenas 161 dentes extraídos, pois considera-se aqui que os dentes têm importância funcional, mastigatória, nutricional estética. A cultura de extração que trazem os pacientes em suas necessidades diárias é desconstruída no cotidiano pelos profissionais da clínica de saúde bucal.

Tabela 2 – Procedimentos realizados pela Unidade de Cuidados Médicos e de Enfermagem do Cedefam em 2017

<b>Unidade de Cuidados Médicos e de Enfermagem</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Atividade assistencial		
Consulta de pré-natal	907	32,22
Prevenção ginecológica	1.275	46,70
Consulta de puericultura	318	11,65
Vacinação contra hepatite B	60	2,2
Vacinação contra H1N1	90	3,3
Teste rápido de sífilis	40	1,46
Teste rápido de HIV	40	1,46
<b>Total</b>	<b>2.730</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaborada pela autora.

Observa-se na Tabela 2, que a procura por atendimento na Unidade de Cuidados Médico e de Enfermagem é 46% para prevenção ginecológica - exame de rastreio do câncer de colo uterino e de mama, que ainda é a medida mais eficaz para se prevenir o câncer, seguida pelo autoexame de mama – onde a pessoa através do toque em suas mamas pode detectar algum nódulo, que ao ser identificado deve ser levado ao conhecimento de um ginecologista – médico que cuida da saúde da mulher, ou mastologista – médico especialista em cuidar das mamas, para que eles solicitem um exame para detectar a benignidade ou malignidade do mesmo.

Ainda na Tabela 2, verifica-se que as consultas de pré-natal estão elencadas como o segundo motivo de procura dos pacientes pelo serviço. As gestantes fazem as consultas de pré-natal do primeiro ao nono mês e depois são encaminhadas para realizarem o parto na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC).

O terceiro lugar na procura do serviço corresponde à consulta de enfermagem em puericultura – avaliação periódica para acompanhar o crescimento e desenvolvimento de criança de 0 a 1 ano e 11 meses, perfazendo o percentual de 11,64% do total de procedimentos oferecidos pela UCME.

Tabela 3 – Procedimentos realizados pela Unidade de Fisioterapia do Cedefam em 2017

<b>Unidade de Fisioterapia</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Reabilitação</b>		
Acompanhamento de pacientes	33	18,64
Atendimentos a pacientes com AVC	144	81,35
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaborada pela autora.

Constata-se na Tabela 3 que, os atendimentos de pacientes acometidos por acidente vascular cerebral correspondem a 81,35% do total de atendimentos. A partir da procura por este serviço identificou-se que havia uma demanda reprimida nesta população, visto que a unidade registrou em torno de 400 pessoas a espera desse atendimento. Supõe-se que os usuários não encontraram resposta ao seu problema nas unidades de saúde, onde deveria ser garantido pela atenção secundária.

### **2.2.2 Dos entraves ao desenvolvimento das ações do Cedefam: a violência**

Embora oferecendo ações de saúde, através de 5.866 atendimentos à comunidade do Pici por ano, o Cedefam sofre com a violência cometida por jovens da mesma comunidade. Só este ano foram 2 (duas) mortes, um jovem que foi morto nos arredores das piscinas do Instituto de Educação Física (IEFES), vizinho ao Cedefam e outro jovem que foi encontrado morto dentro do *contêiner*, próximo à Unidade de Cuidados Médico e de Enfermagem. Outra ocorrência foi a tentativa de um linchamento na presença de aproximadamente de 40 alunos e 2 professores da disciplina de Atenção Primária à Saúde (APS) do Curso de Odontologia. O professor para evitar que o linchamento se consumasse interveio, solicitando aos jovens que parassem aquela sessão de espancamento, que poderia ter como fim a vida de um jovem, que reside na própria comunidade. Outra atitude tomada pelo professor foi de levar os estudantes para dentro da sala de aula, tentando preservar que os mesmos diante dessa cena de violência, ficassem traumatizados e se desmotivassem a continuar o trabalho na comunidade. Por outro lado, essa estratégia não se mostrou efetiva, sendo necessários vários momentos de discussão e reflexão para que os estudantes compreendessem que a violência está generalizada e não é

particularidade de uma comunidade, mas que permeia a cidade inteira. Para estes momentos de discussão que ocorreram no Curso de Odontologia que tinha por objetivo o retorno dos estudantes ao campo de práticas, o professor contou com a participação de profissionais da psicologia e da direção da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem - FFOE, obtendo êxito nessa nova estratégia.

O espaço do Cedefam, além de ser usado como espaço da universidade oferecendo ações de saúde para a comunidade, é utilizado pelos traficantes da comunidade para uso, venda e iniciação de crianças no mundo das drogas. Segundo a diretora do Cedefam, muitos ofícios foram enviados para a Superintendência de Infraestrutura da UFC – instância responsável pela vigilância patrimonial da instituição, relatando os episódios de violência e solicitando providências quanto ao reforço da segurança no prédio e algumas medidas que minimizariam a crescente violência dentro da unidade de saúde.

Outro episódio aconteceu no ano de 2016, quando um jovem se desentendeu com um dos vigilantes do Instituto de Educação Física e Esportes – prédio que fica vizinho ao Cedefam, e como resultado dessa discussão houve um espancamento. O jovem agredido pelo vigilante ordenou ao seu grupo que depredasse o auditório do Cedefam, espaço utilizado como sala de aula.

Após tomar conhecimento dos episódios de mortes consecutivos, o Reitor da UFC a pedido da direção da unidade ordenou o fechamento temporário do Cedefam e acionou os órgãos responsáveis pela segurança no Estado a se posicionarem sobre a violência crescente no campus do Pici. Vale lembrar que, a UFC pertence a uma jurisdição federal, portanto a polícia federal é quem deverá se responsabilizar por resolver casos de violência dentro da UFC, mas só fará se acionada pela instância responsável pela segurança da instituição.

De concreto, nenhuma medida foi tomada pelos órgãos de segurança estadual, federal e nem pela UFC. No conteúdo dos ofícios enviados à superintendência de infraestrutura, segundo a diretora, havia solicitação de uma guarita com um porteiro para controlar o fluxo de pessoas que entram na unidade, um reforço na segurança com a presença de mais um vigilante e a presença ostensiva da supervisão de segurança, bem como o aumento do muro dos fundos do Cedefam que o separa fisicamente da comunidade e por onde os jovens pulam para realizarem seus desvios de conduta.

Sem contar com alguma medida tomada pela instituição para minimizar a violência, os gestores do Cedefam resolveram retomar as atividades cotidianas por considerarem as mesmas de muita importância tanto para os estudantes, como para a comunidade. Fecharam o portão central na tentativa de selecionar o público que poderia ter acesso à unidade, deixaram

um portão aberto que possibilita apenas a entrada de pedestres, mas não conta com um porteiro para controle do fluxo e continua a vigilância sendo feita pelo mesmo número de vigilantes patrimoniais terceirizados, dois durante o dia e um no período noturno.

Identifica-se que esse espaço é essencial para os profissionais que estão ali desenvolvendo suas atividades, como também para a comunidade que utiliza dos serviços oferecidos, bem como para a UFC, um campo rico na formação dos estudantes, que está totalmente entregue à violência e ao poder das organizações criminosas que comandam aquela área ao tempo em que a instituição, parece desconhecer ou ignora este grave problema que atinge, de modo crescente, a saúde mental dos trabalhadores e estudantes que atuam naquela unidade, segundo relatos dos mesmos.

Importa lembrar que esses jovens envolvidos com e pela violência urbana estão inseridos em um contexto de uma comunidade de renda familiar baixa com características de pobreza, sem acesso à escola de qualidade, saúde, cultura, esportes e lazer. Estas demandas sociais são, geralmente invisibilizadas pelo poder público o que provoca uma situação de vulnerabilidade e risco social para esse segmento da população impulsionada pela precarização de assistência oferecida pelo Estado.

Sem acesso às políticas de formação e desenvolvimento as perspectivas de entrada no mercado de trabalho também diminuem, sem contar com o agravante da baixa escolaridade. Cada vez tem se tornado mais estreita a relação entre o consumo de drogas e a violência para esses jovens desassistidos de políticas. Em sua vivência na comunidade o contato com as drogas se torna mais cedo devido também à presença intensa e indiscriminada das mesmas nas comunidades.

A situação colocada é bastante complexa e tem como uma das justificativas a ineficiência do Estado em prover políticas intervencionistas com foco voltado para a garantia dos direitos desses jovens à educação básica e profissionalizante de qualidade e a promoção dos direitos humanos no intuito da reparação do abismo causado pela desigualdade social.

### ***2.2.3 A Universidade Federal do Ceará como locus institucional do Cedefam***

O Termo universidade é proveniente do latim “universitas” cujo significado relaciona-se com conjunto, universalidade, comunidade. A partir do conceito atual empregado para a universidade como um espaço multidisciplinar a expressão “universitas magistrorum et scholarium” tem como tradução comunidade de mestres e estudiosos, onde os mesmos

compartilham com a sociedade os conhecimentos necessários para o seu desenvolvimento socioeconômico, sendo este um dos papéis da universidade.

As universidades públicas brasileiras são instituições criadas para atender às necessidades do país. Estão distribuídas em todo o território nacional e em toda a sua existência sempre estiveram associadas ao desenvolvimento econômico, social, cultural e político da nação, constituindo-se em espaços privilegiados para a produção e acumulação do conhecimento e para a formação de profissionais cidadãos.

Criada pela lei nº 2.373 no ano de 1954 e instalada no ano seguinte, a Universidade Federal do Ceará (UFC), nasceu como resultado de um movimento amplo de opinião pública. Pessoa jurídica de direito público, a UFC é uma autarquia vinculada ao Ministério da Educação (MEC), sendo constituída inicialmente pela Escola de Agronomia, Faculdade de Direito, Faculdade de Medicina e Faculdade de Farmácia e Odontologia sob a gestão de seu fundador, o prof. Antônio Martins Filho.

Seu espaço de atuação é o território cearense e desenvolve as atividades de ensino, pesquisa e extensão objetivando o desenvolvimento socioeconômico da sociedade, a promoção da melhoria da qualidade de vida da população conforme o que está descrito em sua missão. Está sediada na capital do Estado do Ceará, Fortaleza, onde estão localizados o Campus do Benfica, Campus do Pici e Campus do Porangabuçu. No interior, além do Campus de Sobral, Campus de Quixadá, Campus de Crateús e Campus de Russas totalizando um número de 7 (sete) Campi, nos quais estão representadas praticamente todas as áreas do conhecimento apoiadas em um sólido patrimônio com seus 119 cursos de graduação (110 presenciais e nove a distância por meio do Instituto UFC Virtual) e 94 de pós-graduação, sendo 41 mestrados acadêmicos, sete mestrados profissionais e 36 doutorados. Além disso, são mais de 700 ações de extensão, beneficiando milhares de pessoas em todo o Estado por mais de 60 anos com o compromisso de servir a essa região, na perspectiva de intervir na realidade objetiva da população.

#### ***2.2.4 A Extensão: um dos pilares da Universidade***

É importante ressaltar que a intervenção na realidade não visa levar a universidade a substituir funções de responsabilidade do Estado, mas sim produzir saberes, tanto científicos, tecnológicos quanto artísticos e filosóficos, tornando-os acessíveis à população, ou seja, a compreensão da natureza pública da universidade se confirma na proporção em que diferentes setores da população brasileira usufruam dos resultados produzidos pela atividade acadêmica,

o que não significa ter que, necessariamente, frequentar seus cursos regulares. Segundo os estudos de Nogueira (2000) essa é a real intenção da Extensão.

Numa sociedade cuja quantidade e qualidade de vida se assenta em configurações cada vez mais complexas de saberes, a legitimidade da universidade só será cumprida quando as actividades, hoje ditas de extensão, se aprofundarem tanto que desapareçam enquanto tais e passem a ser parte integrante das actividades de investigação e de ensino. (SANTOS, 2005a, p. 1).

O artigo 207 da Constituição Brasileira dispõe que “As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial e obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.” (BRASIL, 1988, p. 55).

Ensino, pesquisa e extensão constituem as três funções básicas da Universidade, as quais devem ser equivalentes e merecer igualdade em tratamento por parte das instituições de ensino superior, pois, ao contrário, violarão esse preceito constitucional.

Identificamos que a palavra extensão, no contexto acima referido, implica em estender-se, em levar algo a algum lugar, ou até alguém. De outro modo, a Universidade por meio da extensão tem a oportunidade de levar, até a comunidade, os conhecimentos de que é detentora, os novos conhecimentos que produz com a pesquisa e o ensino. Desta feita também é influenciada pela comunidade, havendo uma clara troca de conhecimentos, valores e culturas.

A extensão universitária é uma forma de interação que existe entre a universidade e a comunidade na qual está inserida. É uma espécie de ponte com duas vias permanentes entre a universidade e os diversos setores da sociedade. Funciona como uma via de “mão dupla”, em que a Universidade identifica as reais necessidades, anseios e aspirações por meio de escuta qualificada, coleta dados e informações, e desenvolve estudos e pesquisas, na perspectiva de levar resolutividade às demandas da comunidade.

Socialização e democratização do conhecimento são formas de acesso propostas pela Universidade para a comunidade por meio da Extensão Universitária, que se traduz em compartilhar saberes que são do próprio interesse da Universidade.

Portanto, essa comunicação com a realidade local, oferece à universidade a possibilidade de reconfigurar sua estrutura, seus currículos, bem como ressignificar suas ações, com um olhar para o atendimento da demanda real daquela comunidade.

Em 19 de setembro de 1989 a Resolução nº 06 do Conselho de Ensino, pesquisa e Extensão (CEPE) da Universidade Federal do Ceará (UFC) regulamenta as atividades de

Extensão nesta universidade, na forma do que dispõe o Artigo 3º da Lei nº 5.540 de 28 de novembro de 1968, que fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior no Brasil.

De acordo com a resolução supracitada, são consideradas atividades de extensão os serviços, as atividades de ensino e cultura desenvolvidas pelas Casas de Cultura Estrangeira e pelo Curso de Esperanto, a educação continuada, os eventos artísticos, as ações culturais, científicas e tecnológicas que expressem ralação entre universidade e sociedade, como consequência da articulação Ensino e Pesquisa.

As atividades extensionistas se apresentam nas formas de programas, projetos, eventos, cursos, publicações e prestações de serviços e todas elas devem estar em consonância com o Plano Nacional de Extensão Universitária que reflete o compromisso com a transformação da sociedade expressos nos valores civilizatórios de justiça, solidariedade e democracia, documento este, elaborado em 1999 pelo Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e do Desporto.

Em sua plataforma política o Plano Nacional de Extensão orienta que a posição da universidade seja inclinada para os interesses e as necessidades da maioria da população, por isso, destacamos um de seus princípios básicos **a prestação de serviços** – produto de interesse acadêmico, científico, filosófico, tecnológico e artístico do ensino, pesquisa e extensão devendo ser encarada como um trabalho social, ou seja, ação deliberada que se constitui a partir da realidade e sobre a realidade objetiva produzindo conhecimentos que visem à transformação social, bem como um de seus **objetivos** – dar prioridade às práticas voltadas para o atendimento de necessidades sociais emergentes como as áreas de educação, saúde, habitação, produção de alimentos, geração de emprego e a ampliação de renda.

A Resolução do CEPE de nº 04 de fevereiro de 2014 se configura como a mais atual e resolve em seu Artigo 1º que as atividades de extensão na Universidade Federal do Ceará – UFC tem por objetivo primordial promover uma sociedade, articulando ensino e pesquisa por meio da relação mutuamente transformadora entre a universidade e a cultura, arte, ciência, tecnologia e inovação tendo em vista o desenvolvimento social. No seu capítulo V descreve que a diretriz de impacto e a transformação social configuram as seguintes características nas atividades de extensão: a consideração da complexidade e da diversidade da realidade social; abrangência suficiente para oferecerem contribuição relevante às comunidades, bem como efetividade na solução de problemas.

A partir do tipo de atividade e do objetivo do Plano Nacional de Extensão, dos princípios dispostos nas resoluções do CEPE e dos princípios norteadores que reorientam o desenvolvimento das ações do modelo de atenção em saúde bucal descritos por: **Gestão Participativa, Ética, Acesso, Acolhimento, Vínculo e Responsabilidade Profissional**, documentos estes que balizam as atividades de extensão é que fomos instigados a fazer reflexões sobre como se desenvolvem as ações no Cedefam e se são observados esses princípios, principalmente no que se refere ao atendimento das necessidades dos usuários, os reais protagonistas deste Programa de Extensão.

Diante do exposto, decorreu a necessidade de examinar a representação social dos atores envolvidos no atendimento de um programa de extensão universitária da UFC, identificando quais os meios utilizados pelo serviço para a efetivação do direito mencionado, avaliando a importância da prestação desse serviço de saúde para a comunidade, bem como conferir se os princípios do SUS estão sendo envolvidos nas ações de saúde ofertadas pelo Programa Cedefam.

#### ***2.2.5 O Cedefam nos percursos de sua trajetória***

Para que se entenda a trajetória da qual percorreu o Programa Cedefam desde a sua fase embrionária até os dias atuais, houve uma busca por documentos oficiais que registrassem tal percurso e que se encontravam arquivados dentro da Unidade de Cuidados Médicos e de Enfermagem que nunca foram publicizados pela instituição. Também foram realizadas entrevistas com sujeitos que contribuíram e ainda hoje atuam no desenvolvimento das ações no Cedefam.

O Programa Cedefam: Centro de Ensino, Pesquisa e Extensão tem sua fase embrionária no ano de 1980, com o Projeto Uruguaiana (PU), que se iniciou a partir da formação de um grupo formado por 08 (oito) professores e 20 (vinte) estagiários dos cursos de Ciências Sociais, Educação, Enfermagem, Engenharia, Economia Doméstica, Letras, Medicina e Teatro. A proposta inicial do projeto era realizar visitas domiciliares, ministrar aulas de alfabetização para os alunos “fora de faixa”, fazer recreação, ter contato com os pré-escolares, realizar aulas de corte e costura, o que foi executado. Essas atividades aconteciam nas instalações da Escola de 1º grau José Bonifácio de Souza, escola que foi construída pelo Estado do Ceará em um terreno cedido pela UFC para que fossem atendidas prioritariamente as crianças da favela, o que segundo registram os documentos oficiais, não aconteceu durante os primeiros dois anos de sua construção.

Considera-se importante frisar, que segundo relatos da professora Sulamita Vieira, integrante do PU, o projeto nasceu com o nome de Projeto Papoco por causa da denominação da favela que ele beneficiaria com suas ações, principalmente na rua Uruguaiana. O que a docente afirma se constituir no que chamou de *erro pedagógico*, devido ao fato de se revelar com essa denominação - uma postura autoritária advinda dos integrantes do projeto e que os mesmos desconheciam a realidade da comunidade – pois os moradores não gostavam que o seu lugar de moradia fosse identificado por aquele termo pejorativo, onde a palavra *Papoco* que representaria as frequentes brigas, assassinatos, tiros e atritos com a polícia que havia naquele local. Por mais que fosse uma realidade local, os moradores não gostavam que seu espaço de moradia fosse reconhecido por Favela do Papoco e nem de serem identificados desta maneira, pois a maioria se caracterizava como *pessoas de bem*.

O Projeto passou a ser chamado pelo seu próprio nome, Projeto Uruguaiana, atendendo aos pedidos dos moradores, o que caracterizou ainda mais a participação dos moradores na construção das ideias que seriam trabalhadas no projeto de acordo com as exigências da realidade.

O PU tinha por objetivo central romper com as práticas assistenciais vigentes, inserindo na comunidade, práticas consideradas a época, emancipatórias baseadas nos estudos de Paulo Freire. A construção de creches para que as mães pudessem deixar suas crianças e fossem em busca de emprego, na perspectiva de romper com o assistencialismo vivenciado por aquela comunidade, foi um exemplo. Outro exemplo veio através da instalação de uma lavanderia para que as mulheres pudessem fazer dali um “meio de vida”. A construção de uma horta comunitária, onde sete famílias produziam seus alimentos para seu sustento e podiam também ter uma renda pela venda das hortaliças e plantas medicinais cultivadas, também caracterizou esse objetivo. A ideia era desenvolver um trabalho para a comunidade e que tivesse a participação dela, o que os integrantes do projeto denominavam trabalho feito “de baixo para cima”.

Numa perspectiva de ampliação deste projeto, objetivo maior de seus idealizadores, o então reitor da UFC a época, o professor Paulo Elpídio conseguiu recurso do Ministério da Educação e Cultura (MEC), através do Programa de Ações Socioeducativas e Culturais (Prodasec), destinado a periferias urbanas contendo três linhas básicas de ação, dentro das quais todos os interessados em participar do programa tinham que se enquadrar. Tratava-se do apoio ao ensino de 1º grau, educação e produção de ações comunitárias. Estando esta última consonante ao trabalho que a UFC estava desenvolvendo nas comunidades e que tinha como objetivo despertar a consciência social e individual, numa perspectiva do fortalecimento da

cidadania, promovendo o resgate de sua identidade cultural, atrelada a formação de uma consciência crítica na tentativa de substituir atitudes sociais de submissão, resignação, alienação e dispersão por atitudes que fortalecessem a prática coletiva, comunitária e política da população urbana e rural, que contribuiriam para que a população se organizasse, participasse das decisões políticas, sociais e econômicas de sua região baseado no *Plano de Ação Comunitária* desenvolvido pela Universidade Federal do Ceará.

O convênio com o MEC pelo Prodasec para o PU foi assinado pela Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura (FCPC) que ficou responsável em receber todos os recursos financeiros e destiná-los ao PU. Destes recursos, segundos escritos, uma parte foi destinada para a construção da Rádio Universitária, o que não havia nenhuma relação com o projeto. Outra parte deste recurso, destinou-se para a construção do Centro de Desenvolvimento Familiar – Cedefam, espaço principal de atuação do Programa Cedefam, bem como a aquisição de equipamentos e materiais que possibilitassem o atendimento ambulatorial de Medicina, Enfermagem e Odontologia. A grosso modo, os recursos do Prodasec foram utilizados para compor o Cedefam, instalar uma creche, comprar de máquinas de costura, equipar uma lavanderia, material de secretaria em geral, como também foi realizada a aquisição de uma Kombi para transporte de material, dos integrantes do grupo e deslocamento da população para retirada de documentos.

Contabilizou-se muitos avanços para o PU, a citar como exemplo, o ano de 1981 foi marcado pela promoção do despertar da comunidade para o trabalho comunitário (a organização por meio de uma associação comunitária); em 1982 a construção de uma lavanderia que foi gerenciada pelas mulheres da comunidade; no ano de 1983, obras de saneamento, época em que foram construídos os primeiros sanitários sob a forma de pré-moldado, todavia em 1984 o corte nos recursos destinados ao projeto foi se intensificando, impossibilitando que o mesmo continuasse o trabalho nas suas três linhas de ação.

Ainda no de 1984 foi instalada uma horta comunitária no espaço do Cedefam por meio de recursos financeiros provenientes da Cáritas Arquidiocesana para atender os anseios de cultivo de hortaliças e plantas medicinais de sete famílias da comunidade. Vale lembrar que, até os dias atuais a horta comunitária é mantida, sendo utilizada por aproximadamente três membros da comunidade, tendo em sua composição a permanência de dois integrantes do grupo inicial. As informações até aqui descritas foram retiradas de um documento datado de 16 de janeiro de 1985, onde estão os relatos e reflexões de uma integrante do Projeto Uruguaiana, a professora Sulamita de Almeida Vieira do Curso de Sociologia da UFC.

Na efervescência dos movimentos de redemocratização, com as ideias de direito público universalizante e de igualdade permeando o pensamento dos estudantes e professores da UFC, no contexto de uma Constituinte, surge a clínica de saúde bucal no Cedefam, mas já havia sido instalado o ambulatório de enfermagem que atendia às mulheres grávidas e fazia a prevenção ginecológica. Para as crianças da creche havia um médico pediatra para atendê-las e em outro ambulatório, realizavam-se exames para identificar se o indivíduo tinha tuberculose.

A clínica surge nesse contexto, porém o objetivo foi para o desenvolvimento da disciplina de Estágio Extra Mural e atividades de Extensão, o que já existia por parte da enfermagem com o acompanhamento dos alunos em visitas domiciliares na comunidade.

No ano de 1996, o departamento de Farmácia trouxe para o Cedefam, o Projeto de Fitoterapia que tinha por objetivo oferecer assistência farmacêutica à comunidade usuária na área de Fitoterapia em Saúde Pública, para diminuir os custos da população com medicamentos, bem como orientar quanto ao uso correto de plantas medicinais. Os objetivos específicos do referido projeto eram desenvolver a manipulação de formulações fitoterápicas; a avaliação da eficácia dos fitoterápicos manipulados fazendo o acompanhamento dos pacientes atendidos; treinamentos para agentes de saúde, líderes comunitários, professores da rede de ensino 1º e 2º graus, para serem elementos de divulgação do uso correto de plantas medicinais.

Até os dias atuais o Cedefam é constituído por estas unidades através dos cursos da área de saúde que tem planejado ações extensionistas, além das práticas de disciplinas na perspectiva de atender a demanda reprimida da população.

### ***2.2.6 O espaço de atuação: a clínica de saúde bucal do Cedefam***

Figura 4 – Foto do Centro de Desenvolvimento Familiar - Cedefam



Fonte: Cedefam (2017a).

De acordo com o Projeto Pedagógico do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, que tem por objetivo tornar o ensino e o aprendizado mais socialmente consciente e real, ultrapassando limites disciplinares por considerar o conhecimento como uma construção social. Consideramos importante frisar seus elementos norteadores, bem como os seus princípios para que se possa compreender o porquê da instalação da clínica de saúde bucal no Centro de Desenvolvimento Familiar – Cedefam. Os elementos norteadores são:

- Promoção da integração entre formação, produção do conhecimento e assistência;
- Provimentos de ambientes físicos adequados aos métodos de abordagens educacionais;
- Reafirmação de compromissos com a defesa de políticas de interesse coletivo, especialmente nas áreas de educação e saúde.

Percebe-se que nesse projeto curricular, a UFC assume, como referência, o compromisso com a universalização do conhecimento por uma visão crítica, atualizada em sua base técnica e científica, necessária para a compreensão da realidade política, social, econômica e cultural, permitindo que o seu estudante venha a se adaptar às equipes multidisciplinares e serviços socializados. Para que fossem atingidos os objetivos da instituição houve a necessidade de ter como base alguns princípios que os nortearam, são estes:

- Currículo integrado e formação de um cirurgião-dentista generalista e humanista, tendo como objetivo principal a promoção da saúde, a prevenção e cura das doenças bucais e gerais, em que o indivíduo deve ser visto como um todo, dentro de uma abordagem, sistêmica, holística e universal;
- Correlacionar e aplicar os conhecimentos básicos à sua utilização clínica, bem como às ações de promoção e prevenção em saúde, priorizando desde o início do curso a aplicação prática do conhecimento apreendido;
- Corresponsabilizar a comunidade universitária gestores, docentes, discente e servidores técnico-administrativos do Curso de odontologia na melhoria da qualidade do ensino, pesquisa e extensão, na prestação de serviços à comunidade, além do aperfeiçoamento em contextualizações democráticas.

Nessa perspectiva de execução dos objetivos, e norteadas pelos princípios acima citados, a Pró-Reitoria de Extensão da UFC estruturou uma clínica modular com seis consultórios odontológicos simplificados no Cedefam.

No ano de 1987 houve um seminário coordenado pelo Prof. José Dilson Vasconcelos de Menezes e intitulado “Estágio Extra Mural”, onde foram apresentadas experiências com estágios que tinham resultados positivos nas cidades do interior do Brasil. Neste seminário foram discutidas propostas para a implantação de um campo de estágio da própria UFC para atender suas necessidades de implantar mais um espaço de práticas. Participaram deste evento, técnico – administrativos de nível superior, bem como docentes. A profa. Walda Viana, hoje diretora do Cedefam, a época recém – ingressa na instituição e que havia atuado como preceptora pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, orientando os estudantes da UFC no Centro de Saúde Darcy Vargas, relatou a sua experiência apresentando propostas no sentido de contribuir para a instalação de uma Clínica de Saúde Bucal, que se coadunava com o projeto planejado para o Cedefam pelo Prof. Flávio Prata Crisóstomo e sua equipe. A clínica seria gerenciada pela Pró-Reitoria de Extensão (PREX) e localizada em um dos Campus Universitários – o Campus do Pici, onde já existia um programa multidisciplinar financiado pelo Governo Federal com verba internacional, o Projeto Uruguaiana.

Ainda neste mesmo ano, a disciplina de Estágio Extra Mural do Curso de Odontologia inicia suas atividades nesse novo espaço de práticas, após ter tido algumas experiências em diversos campos de estágios em escolas e serviços de saúde. Para Teixeira (2017), essas atividades eram desenvolvidas ainda nos moldes da Odontologia Incremental e Odontologia Simplificada, ou seja, modelos de atenção considerados inovadores para a época, mas que focavam suas ações no público escolar, priorizando procedimentos curativos e pautados na racionalização de material e pessoal auxiliar. Os estagiários, alunos da graduação, realizavam ações de assistência a grupos escolares sob a supervisão de preceptores - cirurgiões-dentistas vinculados à UFC.

No 1º semestre de 1988, ano seguinte à implantação da clínica de saúde bucal iniciaram-se as atividades de Prevenção e Promoção de Saúde Bucal nas Creches e Escolas do entorno do Cedefam, enquanto eram firmados convênios, sob a coordenação do Prof. Manoel Perboyre Castelo, para a aquisição de equipamentos odontológicos, instrumental, insumos e para a contratação de profissionais tanto para a preceptoria dos alunos, como para atuarem com atendentes de consultório odontológico.

Alguns cirurgiões – dentistas lotados no Departamento de Clínica Odontológica (DCO), foram cedidos para atuarem na clínica, entre estes, o dentista Antônio Marques Formiga, hoje aposentado, conhecido até hoje na comunidade do Pici, como Dr. Formiga ou Dr. Formiguinha, devido ao seu carisma, compromisso em dar respostas às demandas dos usuários e ser extrovertido. Características essas observadas durante anos, tanto pelos usuários

como pelos profissionais que compartilharam com ele o cotidiano laboral. Quase uma década depois, vieram fazer parte do quadro de odontólogos do Cedefam as cirurgiãs-dentistas, Dra. Áurea Maria Viana e Maria Renir Campos. Em seguida devido às crescentes demandas foram contratados mais cirurgiões – dentistas (Adriano Menezes, Antônio Sérgio Luz e Silva, João Hildo de Carvalho Furtado Júnior, Liz Monteiro de Carvalho, Ricardo Rolim, dentre outros), sendo necessária a contratação de Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) para colaborarem com esses profissionais durante o atendimento à comunidade.

A contribuição dos mesmos foi de fundamental importância, tanto no que diz respeito à orientação direta aos estudantes dos Estágios Extra Mural I e do Extra Mural II, como diretamente atuando na prevenção e na assistência odontológica.

Para fundamentar e nortear todas as ações realizadas na clínica de saúde bucal do Cedefam houve a necessidade de ser elaborado um projeto, o qual contou com as contribuições de importantes professores do Curso de Odontologia, principalmente os que pertenciam ao grupo de saúde coletiva, grupo este que ancoravam suas ações nas ideias e princípios da Reforma Sanitária. A profa. Walda Viana formou um grupo, que veio para o Cedefam a seu pedido, na perspectiva de elaborarem o Projeto Extra Mural, o qual recém - elaborado foi apresentado e aprovado pelo DCO, tendo por objetivo orientar a condução dos estágios no que se referia ao Ensino Pesquisa e Extensão.

Na formação desse grupo que deu projeção aos estágios na Extensão, participaram a Profa. Adelianni Almeida Campos, o atual coordenador pedagógico, Antônio Sérgio Luz e Silva, à época bolsista de Extensão e os estudantes Camélia Branca de Araújo Prado e Martins. Com o apoio do Prof. Flávio Prata Crisóstomo, coordenador de Extensão da PREx e, com o auxílio de outros docentes iniciou-se a prática de pesquisa como proposta de Pesquisa Aplicada: *Alimentação Alternativa*, coordenada pela professora Neide Ferreira Crisóstomo e *O uso do pó das folhas do juazeiro para a prevenção da cárie e doença periodontal* coordenada pelos professores Domingos Leitão Neto e Léa Maria Bezerra de Menezes. Antes era utilizada apenas a entrecasca das árvores, porém com o resultado desse estudo concluiu-se que a mesma substância (saponina) existia na folha e, portanto, não haveria destruição da árvore, bastava secar suas folhas triturar e utilizar na higiene bucal.

Essa pesquisa, associada às ações de ensino do Estágio Extra Mural (EEM) e de Extensão, conquistou o 1º lugar no prêmio ABENO 90, da Associação Brasileira de Ensino Odontológico e foi apresentada pela Professora Walda Viana Brígido de Moura, professora do Curso de Odontologia da UFC e coordenadora do EEM, que se dedicava além das suas atribuições de docente, também à pesquisa, no sentido de resolver os problemas de saúde

bucal identificados na população de escolares e atendida pela clínica, bem como estender a solução aos demais usuários que tivessem necessidades compatíveis com as dos mesmos. Esse prêmio possibilitou ao Cedefam o reconhecimento de não ser apenas um espaço de Ensino e Extensão, mas também um lócus efetivo de Pesquisa.

Vale lembrar, que até aqui os modelos assistenciais foram pensados e executados para uma única parcela da população, os escolares, precisamente os da faixa etária entre 6 e 14 anos, na perspectiva de prevenção e tratamento dos seus molares permanentes por desconhecer a relação concreta no que se refere a cárie, entre a dentição decídua e a permanente. Seguindo nessa direção, é necessário enfatizar que a partir de 1985 estudiosos começaram a pensar na parcela excluída a partir do desenvolvimento da cariologia e a definição de cárie como uma doença infectocontagiosa.

A partir dessa leitura, diante da fragilidade das ações anteriores e pela necessidade de repensar as práticas em saúde bucal, que no início década de 90, ocorreu a substituição dos equipamentos simplificados pelos convencionais com tecnologia mais simples. Deu-se continuidade às ações que não eram exclusivamente assistenciais incorporando-se às práticas, atividades preventivas da Odontologia que foram executadas em outros espaços fora da clínica desde 1987, nas creches comunitárias que se situavam no entorno do Cedefam (João Paulo I, João Paulo II, Tia Mariquinha e Tia Toinha, Parque Universitário, dentre outras) e em escolas municipais do bairro (José Bonifácio de Souza, Maria Liduina Correia leite, Adroaldo Teixeira, dentre outras).

Nos escritos de Teixeira (2006) a autora afirma que as atividades desenvolvidas eram de caráter educativo, do tipo, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e, entretanto, as crianças que apresentavam doenças bucais eram selecionadas e encaminhadas à clínica de saúde bucal do Cedefam para realizarem seu tratamento odontológico. O modelo desenvolvido na década de 90 era de práticas de Odontologia Integral, que envolvia ações preventivas de forma integrada, bem como as assistenciais, embora que ainda destinada ao público escolar, até esse momento da história da saúde bucal no Brasil, o único público que a odontologia privilegiou. Cursos sobre Alimentação Alternativa para as mães dos alunos e professoras das creches, com o objetivo reduzir o número de dentes cariados nessa população, como também evitar as doenças, fizeram parte das atividades desenvolvidas nesses espaços de creches e escolas, ministrados pelos professores e alunos do Curso de Odontologia.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), as práticas curriculares dos cursos de Odontologia no Brasil tiveram que se adaptar a nova realidade. Tal fato impulsionou o curso de Odontologia da UFC a reorientar

suas práticas de acordo com o modelo de Saúde Bucal Coletiva (SBC). A SBC trata-se de um marco teórico distinto daquele classicamente conhecido como Odontologia, portanto, não se confunde com Odontologia Preventiva ou Odontologia Social, mas vai além delas e é considerada um campo de conhecimentos e práticas que integram um conjunto mais amplo identificado como Saúde Coletiva, incorporando também o campo da Odontologia, mas redefinindo-a (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A SBC compreende a dimensão dos determinantes sociais da saúde e da saúde bucal, logo, visa uma ruptura epistemológica com a prática odontológica hegemônica, tecnicista e centrada nos aspectos individuais e biológicos. Esse modelo teve sua origem na Reforma Sanitária Brasileira, no qual se fundamentou como um movimento teórico-político que compreende a saúde bucal como um direito humano. Assim, as práticas da SBC pressupõem o acesso universal, cuidados integrais e a participação popular (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A partir da inserção de novas práticas e necessárias para atender às demandas atuais da população, se incorporaram ao Cedefam projetos que viriam viabilizar o direito à saúde em conformidade como os preceitos do SUS. Por isso no ano de 1995, tanto dentro do Estágio Extra Mural, como por meio do projeto de Extensão Extra Mural, coordenado pelo professor Antonio Sergio Luz e Silva passou-se a desenvolver ações preventivas por meio de visitas domiciliares com as famílias que moravam na comunidade do Papoco, localizada atrás do Cedefam. Do modelo focado apenas em escolares, passa-se a trabalhar saúde bucal, reorientando-se as suas práticas, rompendo com um olhar apenas no indivíduo, passando para uma visão comunitária, em especial para o núcleo familiar. Isso ocorre, devido à compreensão de que a família ocupa um espaço intermediário entre o indivíduo e o grupo comunitário ou a sociedade, onde práticas de cuidados em saúde podem ser compartilhadas e ressignificadas (TEIXEIRA, 2006).

Outra abordagem é empregada pelas disciplinas que desenvolvem suas práticas no Cedefam, as visitas domiciliares, dirigidas às famílias inseridas na comunidade do Papoco onde utiliza-se a metodologia de três vistas: a primeira visita dos estudantes acompanhados por técnico-administrativos e por docentes - trata-se do contato inicial que o estudante faz com a família e nesse momento realiza-se um cadastro familiar com a autorização do membro-chave do domicílio ou responsável por ela naquele instante; realiza-se também um levantamento das necessidades de saúde bucal das pessoas que se encontram em casa; e o agendamento para a assistência odontológica na clínica de Saúde Bucal do Cedefam. (TEIXEIRA, 2006).

Num segundo momento, aplica-se um questionário construído por meio da observação direta, onde procura-se conhecer a realidade de vida e saúde da família, abrindo espaço para discussão com os membros - chave da família sobre os problemas de saúde – doença dentro de uma dimensão sociopolítica, além de fazer a escuta sobre os atendimentos clínicos já realizados.

A terceira visita é marcada por ações preventivas e de controle de doença no próprio domicílio, como: educação em saúde de forma geral e sistêmica; quando necessário realizar higiene bucal supervisionada com evidenciação de placa; e escovação com flúor gel. Concluídas essas etapas, uma vez tendo sido identificada necessidade de tratamento odontológico, encaminha-se por meio de agendamento o paciente para a clínica de saúde bucal do Cedefam. É importante lembrar que, durante as três etapas, se identificada a necessidade de tratamento, este será realizado em qualquer momento e será de acordo com o risco à saúde do paciente.

As ações empregadas no momento das visitas são planejadas de acordo com as necessidades da família, respeitando a singularidade de cada uma, bem como às necessidades diferentes dos indivíduos. As visitas domiciliares acontecem como uma via de “mão dupla”, os estudantes e os profissionais conhecem a realidade objetiva das famílias, em contrapartida as famílias apresentam suas demandas, possibilitando assim que construam soluções conjuntas para o atendimento dessas necessidades, objetivando o papel da Extensão Universitária sempre na busca da integração e do fortalecimento do vínculo da universidade (acadêmicos, professores e profissionais) com a comunidade.

Além do atendimento realizado para as famílias, a clínica de saúde bucal, dispõe da ampliação de suas ações para mais três tipos de público-alvo: todas as gestantes que são acompanhadas na Unidade de Cuidado Médicos e de Enfermagem (UCME) têm acesso garantido por meio de pré – agendamento ou em caráter de urgência, de acordo com a necessidade das mesmas. Os idosos que participam do Projeto V. I. D. A, outro projeto de Extensão vinculado à UCME e as crianças e os pré-adolescentes atendidos pelos estudantes, docentes e técnico-administrativos envolvidos com as disciplinas de Atenção Primária em Saúde e Estágio Supervisionado no Sistema Único de Saúde I – (ESSUS I).

É importante afirmar que as práticas assistenciais da clínica de saúde bucal do Cedefam, bem como a sua estrutura foram se modificando em consonância com os modelos assistenciais nacionalmente adotados. Indo da lógica de trabalho centrado na doença e na cura passando para um processo de reorientação de modelo assistencial, representado pela SBC - focado no modelo de promoção da saúde, com estímulo ao autocuidado do indivíduo,

tornando este sujeito partícipe e co-responsável pela sua saúde, com o compromisso de estender à sua família os conhecimentos adquiridos em razão da educação em saúde.

Na década de 90, o Cedefam é reestruturado ideologicamente de acordo com os princípios do SUS, identificando-se como essencial para aquela população e fisicamente ajustado de forma a melhorar as condições de trabalho. A partir de um levantamento epidemiológico realizado naquela área do entorno, tomando como base pesquisas nacionais como o SB – BRASIL 90, a pesquisa revelou que a prevenção e a promoção da saúde podem reverter os dados relativos ao alto índice de doenças bucais. Nesse sentido, é pensado e construído um espaço, considerado pelos docentes que atuavam na clínica com suas disciplinas, lugar de iniciação ao autocuidado em saúde bucal, composto por pias, espelhos, material educativo (banners, macromodelos bucais, folders) e de higiene bucal (vários tipos de escova, creme dental e fio dental).

Mudou-se o foco das ações para a prevenção, o que antes era voltado apenas para o tratamento doença. Ações preventivas foram estabelecidas e aprimoradas, trabalhadas por meio da higiene bucal supervisionada pelos profissionais e estudantes que atuavam na clínica, todos perseguindo um único objetivo, tornar a higiene bucal uma prática simples e adaptável de autocuidado, a ser incorporada no cotidiano das pessoas, se tornando uma ação efetiva na perspectiva da prevenção de doenças e promoção de sua saúde.

Com intuito de minimizar os impactos causados pela placa bacteriana e ou reduzir o seu índice, estabeleceu-se um *Protocolo de controle de placa bacteriana* para possibilitar a prevenção de doenças biofilme dependentes, que passou a ser utilizado nas consultas odontológicas. Dessa forma, todos os pacientes passaram a realizar atividades de educação em saúde, higiene bucal supervisionada e quando necessária escovação com flúor gel durante seus tratamentos.

A partir da utilização desse protocolo verificou-se que houve uma redução de doenças bucais nos pacientes, identificadas pelos profissionais que acompanham a evolução dos mesmos com o desenvolver do tratamento. Há uma pesquisa de mestrado sendo realizada na UFC que verificará os impactos do protocolo na melhoria de saúde bucal dos pacientes atendidos pela clínica. Nesta o Protocolo será oficialmente validado e publicizado.

Importa destacar que o objetivo desse trabalho não é capturar as representações sobre a clínica de saúde bucal do Cedefam dos estudantes das disciplinas de APS e nem de Estágio no SUS I, todavia considerou-se importante colocar aqui algumas delas, apresentadas nos portfólios desenvolvidos por eles nos trabalhos finais das respectivas disciplinas, que foi utilizado como método de obtenção de nota final. Dentre as perguntas destaca-se: Qual a

aprendizagem significativa que as ações da clínica de saúde bucal lhe trouxe? Segundo os estudos de Teixeira (2016) a autora, que também é docente da disciplina APS, compartilhando-a com o Prof. Antonio Sérgio Luz e Silva, afirma que foi possível identificar nas respostas a aprendizagem significativa dos estudantes que passaram pelo Cedefam, ou seja, que houve a incorporação de novas práticas de ensino em Odontologia, pautadas na formação para o SUS e em comunidade, dentro de uma perspectiva do cuidado em saúde. Abaixo seguem algumas falas de estudantes que fizeram as disciplinas teóricas e atuaram no Cedefam:

*ALUNO 1 (Estágio SUS 1) - Acredito que um dos maiores aprendizados foi entender as influências que o processo saúde-doença recebe da comunidade, suas peculiaridades em cada família e, até mesmo, em indivíduos de uma mesma família. O grau socioeconômico, a escolaridade, o estímulo familiar, todos esses fatores são capazes de influenciar o indivíduo na busca do atendimento médico-odontológico.*

*ALUNO 2 (Estágio SUS 1) - O trabalho realizado durante o estágio SUS no CEDEFAM foi bastante proveitoso. Trabalhar com o foco principal voltado para a família foi engrandecedor e nos tirou do foco que estávamos acostumados, que é o trabalho de livre demanda apenas realizando procedimentos curativos. As famílias acompanhadas aceitaram e colaboraram com o trabalho proposto, comparecendo a ação, as consultas marcadas e permitindo as visitas familiares. Os conhecimentos técnicos também foram enriquecedores, tanto pelos procedimentos realizados, quanto pelos novos materiais que ainda não havia utilizado.*

*ALUNO 3 (Estágio SUS 1) - Depois de ter vivenciado todo esse estágio, posso dizer que foi bastante engrandecedor para mim, pois além de ter adquirido mais prática e conhecimento científico no atendimento clínico, também pude perceber uma nova forma de viver a odontologia através do contato mais próximo com cada paciente. Além disso, o foco do CEDEFAM com o controle de placa e com a prática de uma odontologia mais preventiva, fez com que eu percebesse que é possível, sim, se ter mais cuidado e atenção com cada paciente, sem pensar somente na boca e dentes em si, mas ver a pessoa como algo complexo e como um todo.*

*ALUNO 4 (Estágio SUS 1) - Para nós, alunos, que em pouco tempo estaremos nos formando e possivelmente indo trabalhar no PSF, a vivência desse estágio nos ajuda a incorporar novas racionalidades cognitivas e operativas para romper os vícios do modelo de atenção que estamos acostumados, que é o da odontologia apenas curativa. Procuramos*

*desenvolver habilidades como relações interpessoais humanizadas, vínculo, responsabilidade, acolhimento, prática de saúde baseada em evidências, epidemiologia clínica e anamnese familiar.*

*ALUNO 5 (Disciplina de APS) - O que mais me motivou nessa disciplina é respaldada em poucas palavras e imagens aqui mostradas nesse portfolio, faz-me ver que a realidade mais profunda e verdadeira do cirurgião dentista não está entre 4 paredes (clínica), mas fora delas, onde por meio a uma visita a comunidade eu não só conheço a realidade ao meu redor, mas eu posso ajudar a transformá-la.*

*ALUNO 6 (Disciplina de APS) - Com as visitas e com o embasamento das aulas teóricas, tive a oportunidade de conhecer e acompanhar outras famílias, que vivem em uma realidade diferente da minha. Além disso, pude aprender muitos conceitos do SUS, os quais eu não conhecia, assim como sobre o PSF. Sei que entender o funcionamento do SUS é de extrema importância, pois provavelmente, no futuro, quando cirurgiã-dentista, poderei fazer parte dele.*

As experiências dos estudantes nas visitas domiciliares, diante dos problemas sociais e de saúde geral encontrada, bem como as discussões sobre os princípios do SUS que não estão garantidos pela rede, contribuem para a maturidade e uma formação de qualidade dos estudantes do Curso de Odontologia da UFC. Outra observação é a de que os docentes e técnico-administrativos que atuam na clínica são movidos pela preocupação com a qualidade do ensino-aprendizagem, a autonomia e independência na condução do processo, o que faz um diferencial na dinâmica das ações desenvolvidas, com embasamento científico.

No que diz a respeito à comunidade, há um esforço coletivo para a manutenção das ações, a UFC mantém e supre, através dos Departamentos e da PREX, a clínica com material e instrumental. No entanto, os projetos não têm verba para conduzirem as suas ações e não estão atuando diretamente na comunidade, atualmente estão atendendo a população na clínica e promovendo oficinas de saúde bucal em escolas e grupos.

### 3 BASES TEÓRICAS FUNDANTES DO PROCESSO AVALIATIVO

#### 3.1 Teoria das Representações Sociais

Considerando-se a importância do marco teórico, enquanto estrutura que proporciona direção à pesquisa e que fundamenta a discussão dos resultados, este estudo apresenta a Teoria das Representações Sociais (TRS) interpretada aqui pelas correntes sociológicas, que deram suporte a este estudo em toda sua fundamentação teórica, na perspectiva da apreensão das representações sobre o cotidiano dos sujeitos envolvidos com a política de saúde bucal do Programa Cedefam: os gestores, servidores técnico-administrativos e usuários.

Etimologicamente, ‘representação’ provém da forma latina ‘repraesentare’ – ‘fazer presente’ ou ‘apresentar de novo’. Fazer presente alguém ou alguma coisa ausente, mesmo uma ideia, por intermédio da presença de um objeto (FALCON, 2000). Representações sociais é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção guardada na lembrança ou no conteúdo do pensamento. Segundo Minayo (2011) nas Ciências Sociais as Representações Sociais são definidas como categorias do pensamento que explicam, justificam e questionam a realidade, são consideradas importantes pelas mais diferentes correntes de pensamento sobre o social.

Proveniente da Antropologia e da Sociologia, respectivamente representada por Lévi-Bruhl e Durkheim, a representação social em termos de conhecimentos inerentes à sociedade, surge inicialmente como elemento decisivo para a elaboração de uma teoria da religião, da magia e do pensamento mítico.

No intuito de desenvolver uma nova teoria psicossocial sobre a transmissão da comunicação entre os indivíduos, Moscovici (1961), psicólogo social romeno, radicado na França, partindo do conceito de representações da época, introduz na Psicologia Social, uma teoria das representações sociais numa Tese de Doutorado, intitulada “La Psychanalyse: son image et son public”, que teve como finalidade difundir a psicanálise, bem como integrá-la à cultura francesa (BARCELOS; NASCIMENTO-SCHULZE, 2002).

A teoria das representações surge como produto da discordância de Moscovici (1978) às formas de representação individual (psicológicas) e de representações coletivas (sociológicas) da Psicologia Social, ciência que exercia grande influência nos Estados Unidos da América. Seus estudos não dissociavam as ações do indivíduo na sua relação com a sociedade, o que chama de relação psicossociológica.

Contra-pondo-se a essa psicologização do indivíduo é que os estudos do referido autor, embora que, voltados para o conhecimento do indivíduo, tentam compreender como se dá a interação deste com a sociedade, numa relação psicossociológica.

Segundo Sá (1993), na perspectiva de Moscovici, as representações são formas de apreensão da vida cotidiana que se expressam por meio dos diálogos e dos comportamentos dos sujeitos. Segundo este autor as representações são dinâmicas por se apresentarem de forma heterogênea, e também pela rapidez com que a sociedade se transforma.

Moscovici (1981, p. 1), explica a representação social como sendo:

[...] um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no decurso de comunicações interindividuais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; elas podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum.

Representação social (RS) é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. Representações sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a. Enquanto material de estudo, essas percepções são consideradas consensualmente importantes, atravessando a história e as mais diferentes correntes de pensamento sobre o social (MINAYO, 1999).

Farr (1995) afirma que a teoria das representações é uma forma sociológica da Psicologia social e que Moscovici chama a atenção para essa questão, no início de sua abordagem para os diferentes conceitos de representação social. Do sociólogo Émile Durkheim, sob influência da sociologia e o estudo das representações individuais sob o domínio da Psicologia surge o conceito de representações coletivas contra-pondo-se à perspectiva individualista. Para o autor, os indivíduos que formam a sociedade são portadores e usuários das representações coletivas e estas não poderiam ser simplificadas ao conjunto de representações individuais.

Na concepção de Durkheim, as representações coletivas podiam partir de qualquer crença, ideia ou emoção socialmente compartilhada, que tratavam das ideias em geral por uma concepção estática, sem movimentos de emissão e recepção. Prossegue o autor:

As representações coletivas traduzem a maneira como o grupo se pensa nas suas relações com os objetos que o afetam. Para compreender como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, precisamos considerar a natureza da sociedade e não a dos indivíduos. Os símbolos com que ela se pensa mudam de acordo com a sua natureza [...] se ela aceita ou condena certos modos de conduta, é porque entram em choque ou não com alguns dos seus sentimentos fundamentais, sentimentos estes que pertencem à sua constituição. (DURKHEIM, 1978, p. 79).

Portanto, para Durkheim não existem “representações falsas”, elas respondem de diferentes formas às maneiras de agir, pensar e sentir, exteriores ao indivíduo e também são ditadas por um poder coercitivo que lhe é imposto de acordo com a interação do indivíduo com a sociedade.

Para Max Weber, o representante da sociologia compreensiva, citado por Minayo (2001), suas concepções sobre representações sociais se dão através de termos como ideia, espírito, concepções, mentalidade, usados como sinônimos numa forma de apreender a sua “visão de mundo”, da vida social cotidiana dos indivíduos, que segundo ele, é carregada de significação cultural, sendo esta dada pela base material, bem como pelas ideias, dentro de uma relação mútua condicionada uma pela outra.

Weber conceitua, representações como ideias, como juízo de valor que os indivíduos dotados de vontade possuem. E então define como base material, as formas de organização político-social expressa pelo capitalismo. Sistema do qual ele afirma que por um lado, educa e cria seus sujeitos pela seleção econômica e por outro, demonstra ideias de trabalho como virtude máxima e vocação do homem, prosperidade como benção divina, lucro como fator legítimo. E outro, a partir dessa tese de mútua influência dos fundamentos materiais e as ideias, o autor afirma ter uma curta autonomia no mundo das representações e que em alguns momentos históricos os fatores econômicos influenciam na formação das ideias. De outro modo, sintetiza que a forma com a qual as ideias são pensadas relaciona adequadamente com a estrutura socioeconômico e política.

Para Schutz (1982), o representante da sociologia fenomenológica, as representações, sociais construídas mentalmente dia a dia são contribuições bastante significativas no que diz respeito à operacionalização da pesquisa social qualitativa. Utilizando-se do senso comum para falar das representações sociais do cotidiano, ele o define como conjunto de abstrações, formalizações e generalizações, que são fatos interpretados no mundo a partir do dia-a-dia. Para ele, a compreensão do mundo se dá a partir de experiências pessoais e de outros, de companheiros predecessores, contemporâneos e sucessores.

A dialética marxista se apresenta como a terceira corrente sociológica ao apropriar-se na interpretação do papel das representações sociais a partir do modo de vida dos indivíduos, expressos pelo pensamento. Para Marx as representações estão na consciência dos indivíduos que está diretamente ligada a sua atividade material. Observe nesse fragmento dos seus escritos:

Indivíduos determinados que, como produtores, atuam também de forma determinada, estabelecem entre si relações sociais e políticas determinadas.

Portanto, a produção das ideias, das representações, da consciência está de início, diretamente entrelaçada com a atividade material e com o intercâmbio material entre os homens, como a linguagem da vida real. O representar, o pensar, o intercâmbio espiritual dos homens aparece aqui como a emanção direta de seu comportamento material [...] Os homens são produtores de suas representações, de suas ideias etc., mas os homens reais, ativos, tal como se acham condicionados por um determinado desenvolvimento de suas forças produtivas e pelo intercâmbio que a ele corresponde. (MARX; ENGELS, 1984, p. 35-44).

Para Marx, na consciência estão representações, as ideias, os pensamentos. Diz ainda, que a consciência é desde o início um produto social, é mera coincidência do meio sensível mais próximo e que é a conexão limitada com outras pessoas e coisas fora do indivíduo e se manifesta através da linguagem que é consciência real, prática que existe da necessidade de intercâmbio com os outros homens. Sintetiza o pensamento dizendo que a consciência jamais pode ser outra coisa que o homem consciente e o ser dos homens é o seu processo de vida real. Dois elementos são identificados por ele, numa relação dialética: as circunstâncias fazem os homens, mas os homens fazem as circunstâncias (MARX; ENGELS, 1984).

De acordo com Minayo (2011), Lukács, aprofunda-se nas representações sociais através da noção de visão “visão de mundo” e por isso diz que ela é o principal aspecto concreto do fenômeno da “consciência coletiva”, é precisamente um conjunto de aspirações, de sentimentos e de ideias que reúne os membros de um grupo ou uma classe social.

O princípio da determinação da base sobre as ideias é referendado também por Lukács quando diz que as classes sociais são ligadas por um fundamento econômico que tem importância primordial para a vida ideológica dos homens, porque eles são obrigados a dedicar, maior parte de suas preocupações e de suas atividades para garantirem a sua existência, ao contrário das classes dominantes que se dedicam na conservação dos seus privilégios e no aumento da sua fortuna.

De acordo com o que foi exposto e interpretado pelos autores, as representações sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas que se institucionalizam e devem ser analisados a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. A linguagem é a sua mediação por apropriação do conhecimento e da interação social, que ocorre no dia-a-dia dos grupos sociais.

As representações sociais devem ser analisadas criticamente porque correspondem às situações reais de vida dos atores sociais quando eles se movem, constroem sua vida e explicam-na mediante sua reserva de conhecimentos que eles utilizam para a transformação ou resistência de uma realidade.

Refere-se ao campo das representações sociais por meio da valorização da fala, evidenciando a palavra como o símbolo da comunicação por materializar o pensamento. Considera a palavra um fenômeno ideológico por excelência porque esta revela as condições estruturais, os sistemas de valores, as normas, e os símbolos por meio da fala, onde ocorre a transmissão das representações de determinados grupos, em condições históricas, socioeconômicas e culturais (BOURDIEU, 2007).

Bourdieu (1986 *apud* MINAYO, 2011), prossegue definindo o caráter histórico e social da fala, dizendo ser um campo de expressão das relações e das lutas sociais, considerando que cada época e cada grupo tem seu repertório particular de comunicação, pois reafirma ser as relações de produção e a estrutura sociopolítica que a determinam. A palavra é a arena onde se confrontam os valores sociais contraditórios. Por meio da comunicação verbal, as pessoas refletem e refratam conflitos e contradições próprios do sistema de dominação, em que a resistência está dialeticamente relacionada com a submissão.

O esquema teórico de Bourdieu denominado de “habitus” é comparado por ele ao inconsciente que relacionado ao inconsciente da história, é o espaço mental onde a história produz, e incorpora as estruturas objetivas. É uma lei imanente depositada em cada ato social desde a infância, a partir de seu lugar na estrutura social.

De acordo com as análises feitas por Minayo das representações dos clássicos da sociologia, percebe-se que, em muitos aspectos, as visões se assemelham, entretanto, observam-se divergências entre as interpretações.

Para Durkheim as representações são produtos da ação coletiva e exercem sobre os indivíduos e a sociedade uma espécie de coerção. Neste pensamento Marx converge com Durkheim. Weber diverge de Durkheim quando afirma que os indivíduos é que são portadores de valores e cultura, repassando assim a informação para os grupos do papel coercitivo dos valores e das crenças sobre as massas.

Há quase seis décadas o estudo das representações sociais (RS), desenvolvido originalmente pela psicologia social vem se constituindo num importante campo de investigação nas ciências sociais e humanas. No Brasil, o estudo da RS foi introduzido durante os anos de 1970 por brasileiros que, frequentando a École de Haute Études em Sciences Sociales (EHESS) em Paris, espaço onde os pesquisadores latinos americanos refletiam sobre os problemas que afligiam os países e acreditavam que a investigação sobre as RS poderia dar respostas a esses problemas da vida cotidiana. Estes estudantes cursaram disciplinas e realizaram suas teses com Serge Moscovici e Denise Jodelet.

Segundo Almeida (2009) de forma semelhante como aconteceu na Europa, a expansão da teoria das representações (TRS) nos meios acadêmicos assistiu-se a um longo período de latência por múltiplas razões e sua inserção no Brasil se deu nas universidades do Nordeste e Centro-Oeste do país, fora do eixo Rio – São Paulo, nos eixos considerados periféricos do ponto de vista da produção nacional.

Coincidindo com um período de crise da psicologia social, que ocorreu na década de 1980, viveu por partes da intelectualidade brasileira uma resistência e foi pouco buscada, ainda que por um segmento minoritário, na teoria marxista. Atualmente, observa-se uma clara ampliação deste estudo nas áreas da Educação, saúde e serviço social, seguidos pela história, sociologia, antropologia, geografia, comunicação e meio ambiente. Conforme a análise de Pimentel (2007) as representações no Brasil foram incorporadas desta maneira:

O estudo das representações sociais tem ganhado ênfase por parte de pesquisadores brasileiros que buscam arcabouço teórico sólido e consistente para a investigação qualitativa de fenômenos organizacionais de forma contextualizada, explicados pelas abordagens científicas tradicionais, descritiva e reveladora de significados subjetivos, significados estes que, muitas vezes não podem ser captados e/ou revelados. (PIMENTEL, 2007, p. 1).

Perante a importância das representações sociais na construção da realidade social, nos relacionamentos interpessoais e nos comportamentos, pode-se inferir que compreendê-las trará subsídios para que as políticas e ações em saúde possam contemplar mais os sujeitos para os quais se direcionam haja vista que as representações sociais podem ser utilizadas como matéria-prima para a análise do social e para a ação pedagógico política de transformação. (MINAYO, 1999).

### **3.1.1 Objetivação**

Conforme afirma Moscovici (1994) em sua tese, o processo pelo qual aquilo que é desconhecido e estranho se torna familiar é desenvolvido por um duplo mecanismo, ambos de natureza psicológica e social o da objetivação e o da ancoragem, que tem a finalidade de destacar uma imagem e, ao mesmo tempo de carregá-la de um sentido e incorporá-la em nosso universo.

A transformação do abstrato em concreto, cristalizando as ideias, tornando-as objetivas, ao que Moscovici denomina de face figurativa, é chamada de objetivação e ocorre em três fases distintas conforme apresentado por Jodelet (2001), são elas:

- Seleção e contextualização: a cultura é um critério pela qual os indivíduos se apropriam do conhecimento, a partir de experiências que o grupo possui, ocorre uma construção seletiva da realidade, todavia considerando que numa sociedade nem todos têm acesso à informação, a compreensão das mesmas pode se diferenciar.
- Formação de um núcleo figurativo: o indivíduo recorre ao seu reservatório de informações e dados que possui para compreender aquilo que lhe é novo.
- Naturalização do núcleo figurativo: a partir dessa fase, o abstrato se torna concreto, quase que palpável. O conceito sobre o objeto passa a ser considerado como elemento da própria realidade.

### **3.1.2 Ancoragem**

A ancoragem é o processo pelo qual a ideia é trazida para o contexto familiar, se tornando uma imagem comum. Nesse momento, o desconhecimento recebe um nome, sendo possível imaginá-lo e representá-lo, por meio de um registro simbólico são assimiladas as imagens dadas pela objetivação, que segundo afirma Jodelet é o processo de transformação do abstrato ao concreto.

Processo em que a ideia revela-se com uma verdade para certo grupo através da familiarização do novo, transformando em conhecimento hábil, influenciando outras pessoas pela classificação do que é inclassificável somos capazes de imaginá-lo, de representá-lo por um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categoria e nomes.

Envolvido por um juízo de valores, o processo de ancoragem torna familiarizado aquilo que era desconhecido e ao integrar-se ao pensamento é acrescido gerando uma série de significações que possibilitam a sua classificação e categorização. Moscovici (1978, p. 35) ressalta em seus estudos que:

Nenhuma mente está livre dos efeitos de condicionamentos anteriores que lhe são impostos por suas representações, linguagem ou cultura. Nós pensamos através de uma linguagem, nós organizamos nossos pensamentos de acordo com um sistema, que está condicionado, tanto por nossas representações, como por nossa cultura.

Vale lembrar que, para Moscovici (2003) a objetivação e a ancoragem ocorrem concomitantemente inter-relacionando-se para dar significado à representação social.

Explicita o autor:

Ancoragem e objetivação, são pois maneiras de lidar com a memória. A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetivos, pessoas e acontecimentos que ela classifica de acordo

com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, sendo mais ou menos direcionada para fora (para os outros), tira daí conceitos e imagens para juntá-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido. (MOSCOVICI, 2003, p. 78).

A ancoragem integra a elaboração dos indivíduos sobre o objeto a serem interpretados e faz parte da aproximação entre eles e na medida em que, os compreendem, se posicionam, compartilhando os mesmos valores ao estabelecerem as suas relações sociais. Permite ainda, que cada grupo tenha diferentes posicionamentos em torno de um mesmo fenômeno. Em cada grupo, os elementos são filtrados e partilhados. E conforme Xavier (2002) é na ancoragem que a representação assume a sua dimensão social, em que os fenômenos são percebidos conforme uma representação dominante.

### **3.1.3 Zona muda**

Para Abric (2005) a categoria denominada zona muda são espaços das representações sociais, comum a um determinado grupo e nele partilhadas, não se revelam facilmente nos discursos diários, nos questionários de investigação, e de acordo com as normas vigentes não são consideradas adequadas. Os estereótipos negativos e os preconceitos inserem-se nesta categoria das representações.

O autor levanta um problema de contabilidade nos dados obtidos a partir de um questionamento: as pessoas que interrogamos nos dizem mesmo o que pensam? (ABRIC, 2005). Adota como forma de ilustrar a pergunta, uma pesquisa para eleições presidenciais, realizada na França em 2002, em que as estatísticas mostravam que Le Pen estava em terceiro lugar nas intenções de voto (logo abaixo de Chirac e Jospin). Entretanto, os resultados o colocaram em segundo lugar. Para ele, provavelmente as pessoas entrevistadas não revelaram suas intenções de voto para não ficarem mal vistas. Assim, conclui o autor:

Para certos objetos, em certos contextos, existe uma zona muda de representação social. Esta zona é composta de elementos da representação que não são verbalizáveis pelos sujeitos pelos métodos clássicos de coleta de dados. (ABRIC, 2005, p. 61).

Segundo Guimelli e Deschamp (2000 *apud* MENIN, 2006, p. 44), a zona muda é constituída de elemento da representação que são “contra-normativos”, ou seja, conhecimentos ou crenças que não são expressas pelo sujeito em condições normais de produção, podem entrar em conflito com valores morais ou normas de um determinado grupo.

Compreende-se que alguns elementos das representações podem ficar escondidos ou mascarados, dependendo da avaliação do indivíduo que os considera ilegítimos para si ou para o grupo que representa. E para qualquer investigação normativa, a zona muda não é interessante. Por isso, Abric (2005) propõe a redução da pressão sobre o sujeito ou ao seu grupo de referência por meio de duas técnicas a primeira denominada de técnica de substituição baseia-se na ideia de que um indivíduo poderá exprimir representações “proibidas ao seu grupo” reformando a pergunta, ou seja, atribuindo a outros, onde ele fale por outras, e não por si mesmo. Primeiro pede a sua opinião e depois pergunta com o seu grupo de referência responderia à mesma. O autor lembra que, esta técnica da substituição permite apenas uma hipótese, a de que as representações colocadas são da zona muda.

Já a técnica de descontextualização normativa, consiste em manipular o receptor das respostas do sujeito, o investigador a quem o sujeito responde ao questionário que poderá ser do grupo de referência do próprio sujeito. O exemplo citado pelo autor nos questionários em que o estudante do curso de letras entrevistou outros também do curso de letras comparado aos aplicados pelo estudante do curso de letras, que se utilizou da descontextualização normativa, passando-se por estudante do curso de direito entrevistando estudantes do curso de letras, percebeu que na segunda situação, onde houve a descontextualização normativa e apareceram novos elementos nas respostas. Ao que o autor considera que estavam na zona muda, exatamente porque entrevistador e entrevistado pertenciam ao mesmo grupo de referência. Abric (2000) reafirma com sua hipótese que: O conteúdo do núcleo central não muda segundo variações do contexto. Ele é simplesmente modulável. Certos elementos serão mais facilmente expressos que outros. O problema é fazê-los emergir.

Conclui-se, sobre as condições de existência de zona muda, que elas dizem respeito a certo tipo de representação de objetos impregnados por valores sócios reconhecidos e partilhados, no sentido que seu campo representacional comporta conhecimentos e crenças que se forem expressas, colocam em xeque valores morais ou normas sociais valorizadas pelos grupos.

## **4 AVALIAÇÃO EM PROCESSO: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA**

### **4.1 Percurso histórico-metodológico da avaliação de políticas públicas**

Antes de adentrarmos numa discussão teórica que envolve os processos avaliativos de políticas públicas, torna-se necessário expor, em caráter breve, a definição de política pública, o percurso histórico que fez a pesquisa avaliativa a partir de uma revisão de literatura fundamentada na teoria de Guba e Lincoln (2011) e Silva (2008).

Silva (2005) define política pública como um processo que articula diferentes que apresentam interesse e expectativas diversas e está representada por um conjunto de ações ou omissões do Estado que decorre de decisões ou não decisões constituídas por jogos de interesses, que tem como limites e condicionantes os processos econômicos, políticos, sociais e culturais de uma sociedade historicamente determinada e tem por objetivo a transformação social, quando comprometida com o bem-estar de segmentos, principalmente os destituídos.

Segundo os estudos de Guba e Lincoln (2011) a avaliação como se conhece não surgiu simplesmente do dia para a noite, ela é consequência de um processo de construção que incorporou inúmeras influências dentre as primeiras, a mensuração atribuída a avaliar crianças e jovens em idade escolar foi considerada a mais importante. Tinha por objetivo principal ensinar as crianças o que se reconhecia como certo, abordando temas como religião, filosofia e ciência. Por meio de exames escolares, com respostas orais era exigido dos alunos detalhamento e profundidade sobre o questionado através de respostas “dissertativas”.

Essa prática de avaliação surge no cenário norte-americano por meio das pesquisas de Joseph Mayer Rice, sendo este o primeiro exemplo de pesquisa educacional publicado. Outra aplicação e tão importante quanto foi a que ocorreu na França, realizada por Alfred Binet, a pedido do ministro da educação, tratava sobre triagem de jovens com retardo mental e tinha por objetivo identificar estes jovens para não permitir que ingressassem nas escolas, evitando assim o prejuízo do aprendizado para as crianças “normais”. Esse tipo de avaliação foi denominado pelos autores citados como de primeira geração, que se expressava como uma forma incipiente de avaliação.

Com o advento da ascensão das ciências sociais e o movimento da administração científica, os autores prosseguem seu pensamento dizendo que esse movimento floresceu na década de 1920, de certa maneira que suas influências acabaram provocando uma notável proliferação dos testes escolares durante as décadas de 1920 e 1930.

O programa Eight-Year Study (Estudo de Oito Anos) marcou o que os autores acima citados chamaram de segunda geração de avaliação, que tinha como característica principal a descrição. Revela-se a continuidade na preferência em trabalhar com o mesmo público-alvo da primeira geração, os escolares. O propósito desse programa, que foi desenvolvido em trinta escolas secundárias, era demonstrar que os alunos capacitados de acordo com os currículos não convencionais implementados pela Fundação Carnegie (sistema que explicitava os tipos e a quantidade de unidades de crédito necessário para colar grau) mesmo assim seriam capazes de ter um bom desempenho na faculdade.

Ralph Tyler era seu principal representante. Em virtude da sua larga experiência em diversas faculdades desenvolveu alguns testes para avaliar se os alunos haviam ou não aprendido o que seus professores pretendiam que eles aprendessem, a estes resultados chamou de objetivos, que tinha a finalidade aperfeiçoarem os currículos que estavam sendo desenvolvidos e confirmar com eles se estavam funcionando. Para os autores, nasce aqui a avaliação de programas.

Estas iniciativas no âmbito das avaliações marcaram o histórico da produção, onde se consolidaram a tradição nos Estados Unidos em avaliação, embora tenha se expandido para outros países. Para Silva (2008) na década de 1960 foi registrada grande ampliação dos financiamentos federais para avaliação de programas federais na perspectiva de avaliar os programas sociais norte-americanos que traziam em seu bojo o dimensionamento do grau de sucesso/fracasso das instituições estatais na área social, marcado pelo caráter quantitativista e neutralista.

Para Silva (2008) em consonância com o que fala Guba e Lincoln, a terceira geração foi situada na idade do ouro dos anos de 1960, no então governo do presidente Lyndon Johnson através do programa guerra contra a pobreza (War on Poverty), quando ocorreram investimentos massivos em serviços e intervenções sociais de todos os tipos, tornando a avaliação de políticas um campo específico de estudo na área da investigação social. Vale lembrar que nesse contexto até anos de 1970 ocorreu o período de expansão da pesquisa avaliativa, década que antecede aos anos de 1980, período considerado de declínio das políticas sociais, caracterizado pela significativa redução de investimentos pelo recém-eleito presidente dos Estados Unidos, Ronald Reagan.

Outra crítica à segunda geração da avaliação é feita por Robert Stake em seu artigo publicado no ano de 1967, que aponta a segunda geração tyleriana de meramente descritiva. Stake desprezou essa metodologia de avaliação por achá-la insuficiente para o que se destinava e citou Worthen e Sanders (1973) para discorrer:

A fisionomia da avaliação contemplada pelo educador não é mesma contemplada pelo especialista em avaliação. O especialista se vê como um “descriptor”, alguém que descreve aptidões e ambiente e concretizações. Entretanto, o professor e o gestor escolar esperam que o avaliador classifique algo ou alguém pelo mérito. Além disso, esperam que o avaliador julgue as coisas com base em padrões externos, em critérios talvez pouco relacionados com os recursos locais da escola. Nenhum dos dois vê a avaliação de uma maneira suficientemente ampla tanto a descrição quanto o juízo de valor são essenciais – na verdade, ambos são procedimentos básicos de avaliação. (WORTHEN; SANDERS, 1973, p. 109).

O apelo para incluir o juízo de valor tratou de conduzir o avaliador a um papel de julgador, que ainda o mantinha associado à abordagem essas funções técnicas e descritivas anteriores. Em seus estudos Stake evidenciou que para julgar, o avaliador necessitava estabelecer critérios para tomar como base, foi aí que houve o impasse entre os avaliadores por não se sentirem competentes para atuarem nessa posição, achavam presunçoso fazê-la, porque temiam tornar a avaliação vulnerável, o que veio a tornar-se um desafio enfrentado por essa geração de avaliadores que vivenciou uma profusão de novos modelos de avaliação de discrepância, modelos de fisionomia, modelos orientados à tomada de decisões, entre outros.

Na leitura de Guba e Lincoln (2011) a década de 1960 foi caracterizada pela terceira geração da avaliação e foi centrada no juízo de valor que surgiu como crítica da abordagem descritiva, pois acreditavam que a mesma apresentava-se inadequada à missão de avaliar as supostas deficiências na área de educação. Em virtude dessa descredibilidade com o modelo de avaliação descritiva, o governo federal norte-americano permitiu que os russos explorassem esta área e realizassem a avaliação.

A quarta geração de avaliação de políticas e programas sociais surge num contexto onde é retomado o interesse pela pesquisa avaliativa trazendo como importantes algumas variáveis desprezadas pelo modelo neutralista, quantitativista que predominou nas gerações anteriores a partir de uma abordagem compreensiva da realidade, que abarcou a natureza quantitativa mensurável e a natureza qualitativa que desvela significados, revela-se a dimensão política da avaliação, que agora se articula com a dimensão técnica e juntas têm por objetivo, segundo os estudos de Silva (2010), instrumentalizar as lutas sociais no campo das políticas públicas, fomentando o controle social, na perspectiva da transformação social.

Dando prosseguimento a suas análises a autora destaca que não existe uma abordagem padrão de avaliação, pois considera na proporção em que os programas sociais são afetados politicamente, são caracterizados por uma diversidade de conhecimentos, métodos e são fomentados pelas mais várias prioridades.

Para dar conta da análise do percurso histórico da pesquisa avaliativa, Silva o faz à luz dos autores Rossi e Freeman (1993), que apontam as guerras mundiais com um marco para o

avanço da pesquisa avaliativa. Discorrem que no período anterior à primeira guerra mundial, a avaliação inicia-se pela área da educação por meio dos programas de alfabetização e treinamento profissional e na área da saúde com programas para redução da mortalidade e da morbidade ocorridas por doenças infecciosas.

Desse modo, após a segunda guerra mundial nos Estados Unidos e na Inglaterra houve o aceleração da aplicação da pesquisa avaliativa no monitoramento do moral de civis e na verificação da eficácia do controle dos preços nas campanhas que propunham mudanças de hábitos alimentares. Entretanto, segue-se a guerra o programa de desenvolvimento urbano habitacional, educação tecnológica e cultural, treinamento ocupacional e com atividade de prevenção à saúde. E no âmbito internacional, a pesquisa avaliativa passa a ser aplicada para planejamento familiar, saúde, nutrição e desenvolvimento de comunidades rurais.

No Brasil, a partir dos anos 1980, com o movimento redemocrático brasileiro e o movimento de Reforma Sanitária que traziam em sua efervecência as ideias de igualdade e de cidadania, houve a expansão das pesquisas avaliativas registrada nesse contexto político e social onde os movimentos demandavam por políticas sociais universalizadas, embora tenha sido de acordo com os estudos de Silva (2008), condicionadas e exigidas pelos organismos internacionais de investimentos, a saber, Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

A disseminação das pesquisas avaliativas no Brasil deve-se aos organismos internacionais de financiamentos que condicionaram os seus investimentos em programas sociais brasileiros quando identificaram ineficácia e ineficiência por mau uso do dinheiro e desfocalização dos programas, que passaram a exigir a pesquisa no sentido aferir a eficiência na utilização dos recursos e o grau de eficácia a partir dos objetivos dos programas. Pode-se inferir que foi motivada, primordialmente, pelo caráter fiscalizatório e policialesco, formal e burocrático (SILVA, 2008).

Impulsionada pela Reforma do Estado, que teve o objetivo de alinhar o Brasil ao novo ordenamento do capitalismo mundial, nos anos de 1990, pela influência do Projeto Neoliberal, que redefine o papel do Estado, o exime da função de executor das políticas sociais e o incentiva a ser um financiador e um regulador da mesma, mediante adoção de estratégias de privatização, transferindo para o terceiro setor a execução dos programas sociais sob os signos da eficiência e da dinamicidade, de acordo com Silva (2008).

Diante do que foi discorrido pelos três autores, teóricos clássicos das pesquisas avaliativas, pode-se inferir que há um consenso na historicidade da expansão das pesquisas, tanto no âmbito internacional, como no brasileiro, bem como na descontinuidade delas e

retomada na década de 90, no caso americano com New Deal e no brasileiro coincide com o período ditatorial, embora que por interesses, exclusivamente na economia de recursos investidos. Vale salientar que por mais que tenha havido a sua expansão, mudado ao longo do tempo ou das gerações, as suas abordagens foram quantitativista, neutralista e não uma abordagem hermenêutica-dialética. Assim, os resultados das pesquisas avaliativas apresentam-se com características pouco significativas e resumem a perspectiva burocrática de dar respostas a agências financiadoras, nacionais e internacionais.

#### **4.2 Natureza da pesquisa avaliativa**

Tomando por base o cotidiano, as pessoas sempre que necessário, ao tomar suas decisões diante de algum problema fazem uma avaliação, no sentido de fazerem melhores escolhas. Apesar de dotada de um subjetivismo são desprovidas de rigor científico, embora ainda se perceba que aquela ação é carregada por um valor, sendo nenhum critério preestabelecido.

Para dar seguimento de reflexões buscou-se o conceito de avaliação nos estudos de Holanda (2006) tratado aqui em dois sentidos: no sentido lato, avaliar significa determinar valia, valor, preço, merecimento ou sistema de algo ou alguém, bem como no sentido estrito, orienta-se pelo método científico possuindo três dimensões, valorativa, a cognitiva e a comportamental, utilizadas no campo profissional que dependendo da sua área de conhecimento, busca instrumentos capazes de dar conta dos problemas.

Analisando as reflexões de Holanda(2006), Cohen e Franco (2012) comentam haver conexões do autor citado nesses dois sentidos, porém os difere nos seguintes aspectos: a utilização de métodos rigorosos, a objetividade e os resultados válidos e confiáveis, pois continuam os autores dizendo que, a exigência de instrumentos que de fato possam mensurar a informação, validam uma avaliação conferindo-lhe a confiabilidade na qualidade da informação e segurança no processo avaliativo, que embora aconteça mudança de avaliadores, modo de avaliação e instrumental não ocorra variações.

A política a ser avaliada é a política de saúde bucal como direito de saúde universal e para compreensão do objeto, será desenvolvida uma avaliação de processo baseada na proposta inspirada na avaliação de avaliação em profundidade proposta por Rodrigues (2008).

Para apreensão das representações atribuídas pelos gestores, servidores técnico-administrativos e usuários do Programa Cedefam, identificou-se que caberia a esta pesquisa uma natureza qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais, capaz de desvelar os significados atribuídos destes sujeitos. A partir desse entendimento, será descrito

neste capítulo as intenções metodológicas que permearam esse trabalho, buscando na pesquisa um caminho para desvelar o que estava “oculto” por meio de várias aproximações do objeto.

A pesquisa qualitativa assume que os fenômenos são constituídos por meio da interação entre a realidade e o indivíduo. Contudo, considera que no processo de investigação qualitativa a realidade também se constrói a partir de qual seja o caminho metodológico adotado pelo autor.

De acordo com Minayo (2004) a pesquisa qualitativa trata-se de um tipo de pesquisa que responde a questões específicas. Refere a autora que, ela ocupa-se, nas Ciências Sociais, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados; refere-se, portanto a motivos, aspirações, crenças, significados e atitudes num aprofundamento das relações, dos processos e fenômenos.

Na concepção de Rey (2011) a produção do conhecimento no campo da pesquisa qualitativa é estar centrado em aspectos da singularidade do estudado atribuindo legitimidade ao estudo de caso e vai de encontro com a pesquisa quantitativa que visa exclusivamente ao “status estatístico do não significado”.

Escolhe-se um determinado método para trilhar um estudo de acordo com sua natureza. Trata-se de um processo que se constrói cautelosamente principalmente por se trabalhar com sujeitos, falas, subjetividades, significados e compreensão sobre a realidade. Por isso optou-se pelo método qualitativo por se tratar de um modelo que valoriza os sujeitos na sua singularidade.

Devido à natureza do objeto elegeu-se a avaliação de processo, que como discorre Silva (2008) é um modelo de avaliação e programas sociais que se volta especialmente a examinar a eficácia de um programa, buscando saber em que medida a política ou programa está sendo implantado e se está em conformidade com o que foi planejado.

Segundo a autora supracitada a avaliação de processo se preocupa em identificar a relação que existe entre metas propostas podendo ainda se preocupar com a relação custo/benefício, buscando aferir o grau de otimização dos recursos eficiência, tendo como questão central o funcionamento do programa e os serviços prestados.

Identificar fatores determinantes dos êxitos e fracassos do processo de implementação de um programa, analisar os determinantes institucionais e socioculturais, oferecer aos responsáveis pelo programa sugestões e recomendações para corrigir ou impedir distorções na obtenção de metas e objetivos, são objetivos da avaliação de processos. Enfim, a avaliação de processo é uma análise crítica da implementação, cujo sucesso depende do envolvimento de todos os sujeitos.

Silva citando Ander-Egg e Aguilar (1994) discorre que a avaliação de processo alcança três dimensões: a) Cobertura de programa, referindo-se à cobertura da população-alvo, bem como a área de atuação do programa, destacando as seguintes indagações: Até que ponto o programa alcança destinatários? A população-alvo conhece o programa? Ele é acessível a essa população? Quais as barreiras e obstáculos para a população-alvo ter acesso ao programa? b) Implementação do programa referindo-se a preocupação de adequação de instrumentos e meios, sendo questionados: Se os instrumentos e meios empregados são suficientemente adequados para o alcance dos objetivos? Se há capacidades de cumprir metas? São capazes de modificar a situação-problema superando as dificuldades? c) Ambiente organizacional, espaço de atuação do programa que compreende também o rendimento do pessoal, referindo-se a preocupação com as habilidades para desenvolver as atividades necessárias ao andamento do programa.

Dos aspectos metodológicos dessa pesquisa avaliativa levou-se em consideração uma importante reflexão sobre a avaliação de políticas e programas sociais, a busca da superação de um modelo positivista de produção de conhecimento com o uso de enfoques quantitativos que se mostram incapazes de alcançar a complexidade da realidade social em consonância com a perspectiva de Guba e Lincoln (2011) que propõe a necessidade de desenvolvimento de uma avaliação voltada ao atendimento das demandas dos usuários, superando avaliações improdutivas, que defendem que avaliações devem ser tipicamente qualitativas por natureza.

#### **4.3 O campo investigativo: a clínica de saúde bucal como espaço de atuação das Ações de Extensão**

Como lócus da pesquisa de campo tem-se o Centro de Desenvolvimento Familiar – Cedefam que é uma unidade da Pró-Reitoria de Extensão da UFC que integra atividades de ensino, pesquisa e extensão dos cursos de graduação e pós-graduação da UFC com outras instituições de educação e saúde nas áreas de Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Fisioterapia e Psicologia, contando com o apoio de profissionais, além de estudantes em prática de disciplinas em Estágio Supervisionado Obrigatório e integrantes de projetos de Extensão.

Também há atendimento rotineiro pela Enfermagem de consultas de pré-natal de baixo risco, prevenção do câncer de colo uterino, planejamento familiar, revisão pós-parto e acompanhamento da criança e do recém-nascido, pelos profissionais e estudantes da área.

A Odontologia, por sua vez, desenvolve ações coletivas por meio de trabalhos em educação em saúde, consistindo de visitas às famílias, creches e escolas, realizando avaliações de risco para controle de doenças bucais e higiene bucal supervisionada.

Na área da Farmácia, há o objetivo de prestar assistência farmacêutica com Fitoterápicos utilizados em Saúde Pública oriundos das farmácias Vivas. O programa consta de um Horto de plantas medicinais com eficácia e segurança terapêuticas comprovadas.

O Cedefam, portanto, através de financiamentos próprios da UFC e de parcerias com instituições governamentais, obtém recursos, a fim de proporcionar à comunidade, estratégias que viabilizem a saúde da família e seu desenvolvimento, contribuindo também, para a qualificação dos diversos níveis profissionais, acadêmicos e comunitários. Nessa perspectiva, estão sendo realizados, atualmente, estudos e projetos para requalificação e expansão das ações do Cedefam com outros cursos de graduação e pós-graduação da UFC.

#### **4.4 Os interlocutores da pesquisa**

A investigação pretende compreender os significados dos sujeitos envolvidos na política de saúde bucal do Cedefam (gestores, servidores técnico-administrativos e usuários). É importante destacar a escolha desses três segmentos, pois se refere aos sujeitos envolvidos na política de saúde bucal para que se possa identificar como cada um percebe a política de saúde bucal executada na unidade de saúde.

Foram entrevistados os 3 gestores, 7 servidores técnico-administrativos e 22 usuários com idade acima de 18 anos, que aceitaram participar da pesquisa, se dispondo a falar de aspectos do seu cotidiano por vezes tão complexo, de conflitos ou de negação de acesso, nem sempre fácil.

Participaram como entrevistados nesta pesquisa, os três principais segmentos envolvidos com a política de saúde bucal e que constituem o cotidiano da clínica de saúde bucal do Cedefam gestores, servidores técnico-administrativos e usuários, apresentados a seguir:

##### **Gestores**

Dos 03 servidores que atuam com as disciplinas do curso de odontologia, 02 estão posicionados como gestores. Um servidor docente ocupa a função de diretora do Centro de Desenvolvimento Familiar, que envolve a prestação de serviços de saúde como ação extensionista da UFC. O segundo servidor docente assume a função de coordenador

pedagógico da clínica de saúde bucal. O terceiro e último gestor ocupa a função de diretora técnico da clínica de saúde bucal do Cedefam, e tem o cargo de servidora técnica-administrativa de nível superior, uma cirurgiã-dentista.

### **Servidores Técnico-administrativos**

Os entrevistados diferenciam-se por função e por número. Entre estes está uma cirurgiã-dentista, 04 técnicas de enfermagem, 01 atendente de consultório odontológico e 01 secretária.

### **Usuários**

Foram entrevistados 22 (vinte e dois usuários), que representaram os quatro tipos de público-alvo atendidos pelo CSBC. Foram compostos por 06 usuárias gestantes que realizam acompanhamento obstétrico na Unidade de Cuidados Médicos e de Enfermagem (UCME), 05 mães de estudantes da Escola José Bonifácio que são atendidas pelos discentes e docentes das disciplinas do curso de Odontologia da UFC, 04 idosos integrantes que participam do Projeto V. I. D. A, projeto vinculado à UCME e que são atendidos pela CSBC e 07 usuários pertencentes às famílias visitadas e cadastradas em seus domicílios pelos alunos das disciplinas de Atenção Primária em Saúde e Estágio no Sistema Único de Saúde I.

A escolha destes se deu a partir do contato com a pesquisadora, antes ou depois de seu atendimento na clínica de saúde bucal, bem como a partir de concordância dos mesmos em participarem do estudo, de acordo com os parâmetros éticos.

Dos 22 sujeitos entrevistados, dentre estes estava uma pessoa com deficiência auditiva em estágio de surdez profunda, ou seja, que não ouve nenhum tipo de som. Entrevistá-la me fez romper com a barreira que colocamos entre nós, os outros e todas as nossas diferenças. Para preservar a identidade da paciente foi utilizado o codinome Girassol.

Porque eu decidi entrevistar Girassol? Primeiro eu considero a existência das pessoas surdas importantes; segundo porque achei importante registrar os seus significados sobre aquele atendimento, o que seria uma forma de promover a acessibilidade comunicacional dela, numa perspectiva de inclusão, bem como ter respostas aos meus questionamentos. Daquele “mundo de silêncio” em que habita Girassol, eu precisava desvelar muitas significações, estimulando-a a se expressar, embora eu com tantas dificuldades para entender.

Comecei a observar seu atendimento, que estava sendo realizado pelos profissionais da clínica de saúde, onde percebi que havia muitas dificuldades na comunicação, pois a fala é uma das nossas mais importantes ferramentas para realizar a orientação sobre como os

pacientes devem promover seu autocuidado. Embora sem ouvir a equipe de profissionais, a paciente surda tentava entendê-la. Todo o processo de atendimento, desde a marcação da consulta foi mediado pela sua sogra, que não a deixou sozinha por um só momento.

Quando percebi que a paciente fazia um esforço para entender as orientações e por mais que aparecessem dificuldades pela falta de capacitação dos profissionais da clínica para lidar com a sua deficiência, a mesma não desistia. Então, pensei em estabelecer uma comunicação com ela, que até tentava balbuciar algo com a equipe, porém apenas com a mediação da comunicação por sua sogra a comunicação fluiu. Ao ver este esforço, eu, que tinha terminado de realizar uma entrevista, decidi convidar Girassol para uma conversa sobre as dificuldades que ela estava enfrentando para se comunicar com equipe. Girassol iniciou sua “fala” me revelando que gostaria de fazer seu tratamento odontológico ali, por isso se esforçava tanto para entender, estando ela em sexta consulta na clínica.

Neste momento, decidi atravessar a barreira que nos afastava e passei a construir uma ponte improvisada entre mim, a pesquisadora e a minha interlocutora, proporcionando a ela o direito à cidadania e a mim, oportunidade de interagir e aprender com ela. Acredito que seja preciso que construamos um campo de comunicação e interação amplo entre as pessoas, que as línguas tenham um lugar de destaque, porém que não seja o centro de tudo que acontece nesse processo.

Na tentativa de interpretar seus gestos, entender suas mensagens, ora eu fazia as perguntas à sua sogra que repetia pra ela, ora eu escrevia no papel, por entender que a escrita naquele momento fosse uma língua Universal entre nós duas. Esta espécie de estratégia de comunicação e interação que adotei norteou toda a entrevista que seguiu até o final com muito sucesso. Este recurso possibilitou que a paciente pudesse desvelar seus significados, apresentando para a pesquisadora suas representações sobre o atendimento e tornando-a um sujeito capaz de responder aos meus questionamentos tanto quanto um sujeito ouvinte.

Segundo dados do Censo (2000) do IBGE, existem no Brasil mais de 5,7 milhões de pessoas com deficiência auditiva a se caracterizar por perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras. São estes os tipos: surdez leve, surdez moderada e surdez profunda, sendo este o tipo de surdez da paciente que foi entrevistada (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

É importante frisar que a inclusão requer um compromisso com o outro. Uma mudança da postura de consciência, direcionando para este tipo de entendimento, que todos nós podemos ter nossas limitações e nos comunicarmos diferentes, no entanto devemos observar e respeitar as capacidades diferenciadas para nos relacionarmos com o outro.

#### 4.5 Dinâmica investigativa: instrumentos e técnicas

O labor científico caminha sempre em duas direções. Numa elabora teorias, seus resultados; noutra inventa, ratifica seu caminho, abandona certas vias e encaminha-se para certas direções privilegiadas. E ao fazer tal percurso, os investigadores aceitam os critérios da historicidade, da colaboração e, sobretudo, imbui-se da humildade de quem sabe que qualquer conhecimento é aproximado, é construído. (MINAYO, 2011, p. 13).

O caminhar desta pesquisa, conforme seu desenho metodológico teve por objetivo aprender os significados atribuídos pelos sujeitos envolvidos com a política de saúde bucal desenvolvida pelo Programa Cedefam, na perspectiva de desvelá-los por meio das representações atribuídas ao atendimento desenvolvido pela Clínica de Saúde Bucal.

A construção desse conhecimento se deu nas relações cotidianas de uma clínica de saúde bucal, equipamento pertencente a categoria de prestador de serviço, ação extensionista da UFC. A partir das observações da realidade, revisão bibliográfica e um pré-projeto de pesquisa estabeleceu-se uma trilha a ser percorrida na busca de atingir o objetivo principal deste estudo que, como foi acima referido é o de, desvelar a significação dada ao atendimento.

Foi realizada uma revisão da literatura escrita sobre o tema da pesquisa, onde foram escolhidos, de acordo com as sugestões do orientador, aqueles textos que dessem suporte teórico às nossas interrogações iniciais. Tentou-se buscar os teóricos clássicos da sociologia, bem como os contemporâneos e suas representações, para a teoria que fundamentou este estudo, a Teoria das Representações Sociais (TRS). Pode-se afirmar que todo o percurso teórico foi caracterizado pela tentativa de articulação entre os diversos níveis de compreensão e análise das representações com os modelos de saúde bucal pública.

Este estudo não é etnográfico, todavia, o tempo prolongado, o contato direto com o objeto pesquisado, o tempo em que se debruçou a conhecer os mínimos detalhes do contexto onde ocorreu a pesquisa, possibilitando a pesquisadora o acesso à complexidade e à singularidade das relações existentes naquele espaço de saúde tem características etnográficas. Poder-se-ia dizer, que essa incipiente investigação carrega em sua essência metodológica traços etnográficos.

Para o registro das observações, foi construído um diário de campo, onde estão inseridas, algumas posturas e ações entre elogios, reclamações ou sugestões dos sujeitos envolvidos. Vale lembrar que, no diário foram inseridas as falas que não foram verbalizadas diretamente à pesquisadora.

Outro instrumento para coleta de dados, sendo este para dados diretamente verbalizados, foi construído um roteiro de entrevista com uma média de vinte perguntas para

cada segmento entrevistado. Este instrumental foi dividido em duas partes. A primeira tratava-se do perfil socioeconômico do entrevistado e a segunda dos questionamentos que possibilitaram à pesquisadora conhecer as representações sociais dos sujeitos entrevistados.

#### **4.6 Parâmetros éticos**

O estudo foi realizado respeitando os padrões éticos de pesquisa, por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos. Obedeceu às exigências burocráticas legais e está em conformidade com a resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece a regulação deste tipo de pesquisa. Desta maneira, foi informado, a cada participante da pesquisa, antes do início da mesma, os objetivos do estudo, bem como o uso que seria feito dele, oferecendo-lhes a opção de participação. Para aqueles que concordaram em participar, foi solicitado o preenchimento de um termo de consentimento, onde lhes garantia o direito à privacidade e ao anonimato.

Importa dizer que esta pesquisa não envolveu riscos à integridade física ou moral e nem complicações aos que concordaram ou não em participar dela.

No espaço que a pesquisa se desenvolveu, foi realizado um contato com a diretora da Unidade, informando-lhe sobre a pesquisa, seus objetivos e a metodologia de coleta dos dados. Realizou-se um agendamento prévio para entrevistar os gestores e os técnico-administrativos envolvidos com o atendimento da clínica de saúde bucal do Cedefam, lócus da pesquisa, a fim de não comprometer o andamento das atividades cotidianas. Em virtude disso, a coleta de dados foi realizada no próprio ambiente de trabalho, em um espaço reservado pela gestora da Unidade. Para responder a entrevista cada profissional gastou em média 60 minutos.

A convivência da pesquisadora facilitou o diálogo com os usuários que diariamente buscam o atendimento oferecido pela clínica de saúde bucal. Constitui-se como um agente facilitador, enquanto profissional de saúde que atua nela e enquanto pesquisador. Facilitando assim o acesso a eles por meio do acolhimento que os oferece cotidianamente.

Vale lembrar que, antes de ser iniciada a entrevista com os usuários, foram esclarecidos os objetivos da mesma e as possíveis dúvidas, que pudessem aparecer frente a sua participação neste estudo.

Trinta e dois foi o número de entrevistados, três gestores, sete servidores técnico-administrativos e vinte e dois usuários, considerando entre estes, quatro tipos de público-alvo atendidos pela clínica – as famílias cadastradas pelas disciplinas do Curso de Odontologia, as

gestantes da Unidade de cuidados Médico e de enfermagem e os idosos do Projeto V. I. D. A. Acreditou-se que esses sujeitos possuíam um conhecimento prático de senso comum e de representações relativamente elaboradas, que construíram a sua concepção sobre aquele atendimento, portanto aptos a atribuírem seus significados sobre aquele atendimento.

Quanto ao número de sujeitos entrevistados apoiou-se na interpretação de Minayo (1994) quando disse que a amostra boa de sujeitos na pesquisa qualitativa é aquela capaz de responder a questão investigada. Por isso é importante lembrar que em pesquisas qualitativas, não é o critério numérico que determina a quantidade de sujeitos da amostra, sendo a reincidência das informações o essencial para o limite do tamanho da amostra.

As entrevistas com os receptores da política de saúde foram realizadas num espaço reservado da recepção, a sala de acolhimento e no espaço reservado para espera de atendimento de quem está previamente agendado, ou em espaços na unidade escolhidos conforme a opção do entrevistado.

Goldenberg (2007) afirma que se deve atentar para alguns aspectos, que nos fazem obter sucesso em uma entrevista, como criar uma atmosfera agradável, amigável e de confiança para que o entrevistado sinta-se à vontade para responder o que está sendo interrogado e que o tira da sua rotina diária. Transferir confiança e manter-se neutro são posturas que um pesquisador deve assumir, segundo o autor, para que tenha êxito em seu trabalho de campo.

#### **4.7 Métodos analíticos de interpretação das informações**

Para a análise dos conteúdos manifestos, buscou-se uma coerência entre as técnicas/procedimentos de coletas de dados e o aporte teórico-metodológico do estudo. Importa destacar que a pesquisa foi fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS) sendo eleita a técnica de análise de conteúdo, que segundo Bardin (2009) é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Ao tempo em que se trabalha com essa técnica de análise do discurso nos dias atuais, considera-se importante lembrar os estudos de Bardin (2009), quando afirma que as primeiras tentativas de utilizar a análise de conteúdo foram registradas para realizar as interpretações de livros considerados sagrados. Contudo, a sistematização dessa técnica se deu pela década de 20, sendo apresentada sua definição por Berelson na década de 40, entretanto foi no ano de

1977 com a publicação da Obra de Laurence Bardin, “*Analyse de Contenu*” que foi configurado um método detalhado e serve de orientação atualmente.

Godoy (1995 *apud* CÂMARA, 2013) afirma que a análise de conteúdo de Bardin, consiste em uma técnica metodológica que pode ser aplicada em diversos discursos e a todas as formas de comunicação, seja qual for a sua natureza.

Historicamente a análise de conteúdo tem oscilado entre a rigidez dos números, representada pelos dados quantitativos e a fecundidade da subjetividade através das pesquisas qualitativas. Minayo (2010) ressalta a função heurística dessa técnica em virtude de ultrapassar o alcance meramente descritivo do conteúdo, atingindo por meio da inferência, uma interpretação mais profunda. Continua a autora com suas reflexões afirmando tratar-se, a análise de conteúdo, de uma técnica que relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) das questões levantadas.

Assim, pode-se inferir que o pesquisador tem pela frente um desafio na busca pela compreensão das características que estão intrínsecas dentro das estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens verbalizadas ou não. Percebe-se que seja necessário um esforço duplo para entender o real sentido da comunicação, onde o pesquisador se porta como um receptor normal, todavia ele precisa imprimir um olhar que deve estar para além do que foi dito, na busca de significações.

Esta abordagem de análise interpretativa é constituída por três fases fundamentais e tem por finalidade sistematizar o conteúdo manifesto da mensagem e dar significado ao mesmo, através de deduções e categorizações, realizadas mediante rigor científico. Para compor o processo de apreensão dos significados dos discursos dos atores sociais tornou-se, dessa maneira necessário frisar as fases, que são elas: a *pré-análise*, constituída como fase de organização dos dados, na qual foi realizada a leitura flutuante e a preparação de material; a *exploração do material*, que consistiu essencialmente em operações de codificação e enumeração do material; e o *tratamento dos resultados, inferência ou interpretação*, consistindo em dar significado aos dados, bem como propor inferências a respeito do objeto de estudo, através da formulação de categorias e subcategorias.

De acordo com os estudos de Bardin, para que se possa atingir os resultados é necessário desenvolver uma estruturação do plano de análise composta inicialmente pela “Leitura Flutuante e Constituição do Corpus”, O corpus desta pesquisa foi constituído por 30 entrevistas, distintas para os três segmentos, que se considerou importante interrogar e foram enumeradas de 1 a 30. As mesmas foram transcritas na íntegra e submetidas à leitura flutuante, constituindo-se assim essa conduta, como o primeiro contato com os documentos

analisados e com os textos em que foram sistematizadas as ideias iniciais provenientes da entrevista, constituindo o corpus de análise.

Diante do que foi exposto pelos autores, considerou-se essa técnica a mais apropriada para o que se destina essa pesquisa qualitativa. Serão descritas as etapas, considerando ter sido a primeira, as entrevistas com os 32 interlocutores. Logo após iniciou-se a transcrição e na sequência foi realizada a leitura flutuante, em conformidade com o que orienta a primeira fase da análise de conteúdo. Esta leitura da transcrição dos documentos e dos textos possibilitou a escolha dos temas de análise, de onde surgiram os onze temas norteadores desse estudo, dos quais buscou-se priorizar as questões mais relevantes ao objeto, assim como os pressupostos teóricos. São eles:

TEMA I – Percepções sobre a saúde bucal;

TEMA II – Concepções sobre a clínica de saúde bucal;

TEMA III – Percepções sobre o contexto institucional de implantação da clínica de saúde bucal;

TEMA IV – Dinâmica de atuação da clínica de saúde bucal e suas especificidades;

TEMA V – Contexto social dos usuários da clínica de saúde bucal e suas necessidades;

TEMA VI – Inserção dos profissionais da clínica de saúde bucal e satisfação no trabalho;

TEMA VII – Entendimento dos sujeitos sobre o papel da Extensão;

TEMA VIII – Concepções dos usuários sobre a relação dos profissionais com a população;

TEMA IX – Inspirações doutrinárias das ações desenvolvidas na clínica de saúde bucal;

TEMA X – Visões dos sujeitos sobre a contribuição da clínica de saúde bucal para a saúde bucal da população;

TEMA XI – Entendimento sobre o trabalho desenvolvido no Cedefam no atual contexto de desmonte de políticas públicas.

Na exploração do material, fase que se seguiu da pré-análise, foram escolhidas as unidades de codificação onde foram adotados os seguintes procedimentos: a escolha de unidades de registro - recorte; a seleção de regras de contagem – enumeração e a escolha de categorias – classificação e agregação. No caso desta pesquisa como foi vista, classificou-se por 13 temas.

A seguir, foram agrupados os temas nas categorias definidas em quadros matriciais à luz da teoria de Bardin (2009), objetivando a construção da definição de cada categoria, fundamentada nas verbalizações relativas ao tema.

Na terceira e última fase do processo de análise do conteúdo, denominada tratamento de dados – a inferência e a interpretação diante dos dados brutos. Cabe ao pesquisador a perspicácia de torná-los significativos e válidos, indo interpretá-los para além do que foi dito, ou seja, desvelar o que ficou latente.

## 5 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS SUJEITOS ENVOLVIDOS COM A CLÍNICA DE SAÚDE BUCAL DO CEDEFAM

### 5.1 Perfil dos Gestores, Servidores Técnico-Administrativos e Usuários da clínica de saúde bucal do Cedefam

Tabela 4 – Perfil sociodemográfico dos gestores da Clínica de Saúde Bucal do Cedefam em 2017

Variáveis	Fem	Masc	Total	Percentual
<b>Idade</b>				
De 50 a 60 anos	1	1	2	66,66
Mais de 60 anos	1	-	1	33,33
<b>Raça</b>				
Branca	1	-	1	33,33
Parda	1	1	2	66,66
<b>Tipo de servidor</b>				
Professor	1	1	2	66,66
Técnico-administrativo	1	-	1	33,33
<b>Titulação acadêmica</b>				
Mestrado	1	1	2	66,66
Doutorado	1	-	1	33,33

Fonte: elaborada pela autora.

Pelos resultados do perfil sociodemográfico, observa-se que 66% dos gestores são do gênero feminino, o que retrata o fenômeno de feminilização do trabalho na área da saúde. A idade deles varia entre 50 a 60 anos. A raça preponderante é a parda, o que surpreende porque embora esta raça seja predominante no Estado do Ceará, percebe-se que a maioria dos dentistas pertence a raça branca.

Pode-se destacar ainda nesta tabela, a postura que a direção do Cedefam toma ao indicar os seus servidores técnico-administrativos para o cargo de chefia, que embora sem remuneração, reflete a valorização do trabalho desempenhado por esses técnicos, o que torna a gestão mais participativa.

Tabela 5 – Perfil sociodemográfico dos servidores técnico-administrativos da clínica de saúde bucal do Cedefam em 2017

Variáveis	Fem	Masc	Total	Percentual
<b>Idade</b>				
De 40 a 50 anos	6	-	6	85,71
Mais de 50 anos	1	-	1	14,29
<b>Raça</b>				
Branca	3	-	3	42,86
Parda	4	-	4	57,14
<b>Cargo</b>				
Odontólogo	1	-	1	14,29
Auxiliar de Saúde Bucal	5	-	5	71,43
Secretaria	1	-	1	14,29
<b>Escolaridade</b>				
Ensino Fundamental Completo	1	-	1	14,28
Graduação	2	-	2	28,57
Pós-graduação <i>lato sensu</i>	4	-	4	57,14
<b>Tempo de inserção</b>				
De 7 meses a 2 anos	4	-	4	57,14
Mais 2 a 4 anos	2	-	2	28,57
Mais de 25 anos	1	-	1	14,28

Fonte: elaborada pela autora.

Verifica-se que a média de idade das servidoras da clínica de saúde fica em torno de 40 e 60 anos, o que retrata a média de idade dos servidores da UFC. A raça predominante é a parda, representando um percentual de 60% do total das servidoras. Observa-se que apenas uma servidora tem 25 anos de tempo no cargo e para os demais o tempo fica entre sete meses a dois anos, o que demonstra conhecer muito pouco a realidade em que estão inseridas, a comunidade e suas necessidades, isto comparado ao tempo de inserção na clínica naquela comunidade.

Identificou-se que todos os servidores técnico-administrativos que compõe a clínica de saúde bucal pertencem ao gênero feminino. A este fenômeno encontrado podemos chamar de feminização, que significa ação ou efeito de feminizar, de atribuir um aspecto feminino, gênero ou caráter feminino a algo ou alguém: processo de feminização de profissões anteriormente masculinizadas, conforme o Dicionário Infopédia (FEMINIZAÇÃO, 2018).

Conforme os estudos de Machado *et al.* (2006), estas cinco pesquisadoras da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) verificaram por meio de uma pesquisa de dados sobre o tema “A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: focalizando a feminização”, que nas últimas décadas houve um crescimento contínuo da presença da mulher trabalhando no setor saúde no Brasil. Afirmam que há 50 anos aproximadamente, a proporção de mulheres para homens dos

profissionais do mundo inteiro, 95% dos profissionais eram de enfermagem, 39% dos médicos, 33% dos farmacêuticos, 15% dos dentistas e 6% dos veterinários.

Dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresentados no ano de 2000 reafirmaram esta expressão do trabalho feminino na área da saúde no Brasil, acentua-se a isso a presença de auxiliares e técnicos em enfermagem resultando num total de 86,93% destas profissionais. Entre médicos elas representam 35%, entre enfermeiros, 90,39% e entre os dentistas são 50,93%.

Na faixa etária mais jovem, adultos com idade abaixo de 29 anos, segundo o que o Instituto revela, acontece também o processo de feminização, onde destaca a maior porcentagem de 51%, representada por mulheres cirurgiãs-dentistas.

No estado do Ceará, ainda de acordo com o citado Censo, identificou-se que 72% dos profissionais da área da saúde, a maior representação da força de trabalho confere-se ao gênero feminino.

Não há a intenção de certa maneira, como o revelar destas informações de analisar as questões de gênero que possam existir no âmbito do setor saúde, todavia a intenção é buscar respostas ao fenômeno encontrado na clínica de saúde bucal do Cedefam, da qual apresenta uma representação feminina de 90% do total de 11 servidores (docentes e técnico-administrativos).

Cabe notar que os resultados revelados pelas pesquisas acima citadas, bem como a caracterização sociodemográfica, expressa pela categoria gênero dos profissionais da clínica de saúde bucal do Cedefam, não contraria os dados quando reafirma a feminização da força de trabalho na saúde verificada em profissões historicamente ocupadas pelo gênero masculino, a citar, os cirurgiões-dentistas, inclusive ocupando cargos de chefia.

Tabela 6 – Perfil sociodemográfico dos usuários da clínica de saúde bucal do Cedefam em 2017

Variáveis	Fem	Masc	Total	Percentual
<b>Idade</b>				
De 18 a 30 anos	5	2	7	31,81
Mais de 30 a 40 anos	5	1	6	27,27
Mais de 40 a 50 anos	2	-	2	9,09
Mais de 50 a 60 anos	3	2	5	22,72
Mais de 60 anos	2	-	2	9,09
<b>Raça</b>				
Branca	5	1	6	27,7
Parda	11	3	14	63,64
Negra	1	1	2	9,09
<b>Ocupação</b>				
Auxiliar de Pedreiro	-	1	1	4,35
Costureira	2	-	2	8,69
Comerciante	1	-	1	4,35
Diarista	1	-	1	4,35
Do lar	12	-	12	52,17
Estudante	1	2	3	13,04
Mestre de construção	-	1	1	4,35
Técnico em Refrigeração	-	1	1	4,35
<b>Escolaridade</b>				
Ensino Fundamental Incompleto	10	3	13	52,52
Ensino Fundamental Completo	2	2	4	17,39
Ensino Médio Incompleto	2	1	3	13,04
Ensino Médio Completo	1	-	1	4,35
Não sabe ler	2	-	2	8,69
<b>Renda familiar</b>				
< salário mínimo	10	1	11	50,00
Salário mínimo	4	2	6	27,27
>Salário mínimo	3	2	5	22,73

Fonte: elaborada pela autora.

Observa-se nos dados da Tabela 6 que, há uma presença significativa de jovens e adultos até 40 anos como usuários (cerca de 60%). Já os com idade de 40 a 50 anos e acima de 60 não são muito frequentes, em comparação aos de 50 a 60 anos. Fica difícil explicar este fato, o que demandaria uma investigação mais detalhada sobre necessidades e procura pelos serviços odontológicos das pessoas em geral, com mais de 40 anos.

A raça predominante dos usuários é a parda correspondendo a 63,6% do total. Estes dados estão de acordo com os dados do Estado do Ceará, que tem o exemplo de 61,88% onde os indivíduos se autodeclararam Pardos.

O nível de escolaridade concentra-se em 60% do percentual no ensino fundamental incompleto, o que ficou muito acima dos dados do município de Fortaleza das pessoas com este nível de instrução, representando 36,89% do total da população do município.

No que diz respeito à ocupação e renda dos usuários, verifica-se que a grande maioria exerce atividades de baixa remuneração, portanto, em situação de precariedade, o que caracteriza o contexto da comunidade do entorno do Cedefam. De fato, metade apresenta uma renda inferior a 50% do salário-mínimo e quase 80% ao se considerar os que auferem apenas um salário-mínimo. Para corroborar com esta situação, conforme o Censo Demográfico de 2010, a renda familiar média da população do bairro do Pici é uma das mais baixas de Fortaleza, (R\$ 424,62, que está no ranking 99), onde o bairro mais rico, o Meireles lidera com uma renda familiar média de R\$ 3.659,54, estando, o Conjunto Palmeiras no último lugar, com uma renda familiar de R\$ 239,25.

Na classificação das capitais, de acordo com o valor da renda familiar per capita média em 2010, Fortaleza se apresenta como a 19ª colocada. Resultado que a qualificam em um patamar semelhante das demais capitais das regiões Nordeste e Norte. Entretanto, entre as capitais mais populosas, Fortaleza registrou a segunda menor renda per capita. Os dados mostram que a cidade de Fortaleza apresentou um rendimento do trabalho médio de R\$1.352,78, em 2010.

Segundo o relatório das Nações Unidas “State of the World Cities 2010/2011: Bridging the Urban Divide”, Fortaleza figura-se como a quinta cidade mais desigual no mundo o que reporta à injusta distribuição de renda pessoal e espacial (entre os bairros da capital cearense), visto que a condição de moradia é fortemente condicionada à capacidade de renda dos indivíduos e não à disponibilização de serviços públicos (educação, saúde, transporte, segurança, comércio etc.) e oportunidades de emprego. O bairro do Pici, onde os usuários moram, é o 9º bairro mais populoso do município de Fortaleza, ocupa o 18º lugar com a população em extrema pobreza e tem o IDH de 0,218<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um dado estatístico criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) para contrapor os dados puramente econômicos utilizados para medir a riqueza dos países e analisar o desenvolvimento a partir da inclusão de outros fatores. Seu cálculo é realizado a partir de três aspectos principais da população: renda, educação e saúde. Assim, para o IDH de uma localidade melhorar, dependerá desses aspectos. De acordo com o Programa acima referido esse índice encontra limitações por não considerar fatores importantes como a sustentabilidade, a distribuição de renda e outros importantes elementos sociais. Para efetuar o cálculo do IDH levando em consideração os três aspectos, no âmbito da *saúde*, considera-se a expectativa de vida, no sentido de que esse fator observa o quão *longa e saudável* é a vida das populações. No âmbito da *educação*, é avaliado o índice de alfabetização de adultos e também os níveis de escolarização da população em geral. Já o fator *renda* apresenta o foco no padrão de vida e é medido pelo Produto Interno Bruto (PIB) per capita, dividido pela população, além da Paridade do Poder de Compra (PPC). Para sabermos categorizar um IDH de uma localidade é necessário que observemos a seguir os respectivos tipos e valores: IDH baixo: valor abaixo de 0,500. IDH médio: valores entre 0,500 e 0,799. IDH alto: desenvolvimento humano entre 0,800 e 0,899. IDH muito alto: locais cujo índice encontra-se igual ou acima de 0,900.

## 5.2 As representações dos sujeitos no âmbito do Programa Cedefam

Na perspectiva de explicitar as representações dos sujeitos foi utilizada como estratégia expositiva a apresentação de quadro síntese dos depoimentos com comentários. Nesse sentido este item se desmembrará em 11 subitens, cada um com tema diferente.

### 5.2.1 Percepções sobre a saúde bucal

Quadro 1 – TEMA 1 – Percepções sobre a saúde bucal

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
<b>Direitos descritos na Constituição Federal de 1988</b>		
<p>1. Creio que sim, pois o acesso é garantido para as famílias.</p> <p>2. De forma limitada no tocante ao acesso da população que procura o serviço, já que o número de profissionais é limitado. Os que são atendidos tem a garantia de sua saúde bucal e o encaminhamento para as demais necessidades. Para os demais que não puderam ser inseridos, fazemos acolhimento e higiene bucal supervisionada, orientação e se possível, encaminhamento para outros serviços.</p>	<p>1. Sim, respeitamos os direitos da Constituição.</p> <p>2. Sim. Nossas ações são baseadas nos direitos, que tentamos garantir todos dias.</p> <p>3. Sem dúvidas. Apesar de não termos condições de atendermos a todos que nos procuram, os que conseguem o tratamento de excelente qualidade. Aqui eles não pagam nada para ter saúde e de muita qualidade.</p> <p>4. Sim nossos usuários realizam tratamento completo dentro das ações propostas da clínica.</p> <p>5. As ações são permanentes e garantidas, mas ainda fica a desejar. A procura pelo serviço é muito maior e ainda está muito fechado para atender a todos.</p> <p>6. As ações são permanentes e garantem o atendimento básico, mas não abrange a população toda da nossa comunidade.</p> <p>7. Sim, apesar de existir algumas limitações.</p>	<p>1. Com certeza</p> <p>2. Sim</p> <p>3. Sim</p> <p>4. Sim</p> <p>5. Sim</p> <p>6. O atendimento tá dentro do que diz a CF</p> <p>7. Sim, tenho o direito à saúde.</p> <p>8. Sim</p> <p>9. Sim, com certeza.</p> <p>10. Garante.</p> <p>11. Sim</p> <p>12. Sim</p> <p>13. Certeza</p> <p>14. Não sei bem o que está escrito na constituição, só sei que se preocupam, mandam a gente voltar, explicam tudo bem direitinho e agente volta porque gosta do tratamento e atendimento.</p> <p>15. Sim, até mais do que os postos de saúde.</p> <p>16. Certeza que eu sou bem atendida e eles falam dos meus direito e dizem que tem obrigação de atender a gente.</p> <p>17. Esse direito é garantido lá.</p> <p>18. Com certeza, eles me recebem bem e dizem que tem o direito a saúde da boca e da gravidez.</p> <p>19. Sim, é muito bom ali, o tratamento, o atendimento é rápido, o atendimento é de qualidade.</p> <p>20. Sim o meu direito é garantido.</p> <p>21. Sim, só pra tu ter uma ideia eu estou há quatro anos na fila de espera no posto de saúde.</p> <p>22. Sei que antes não tínhamos o direito, era só pra quem trabalhava, hoje temos esse direito e o Cedefam garante ele sim.</p>

Fonte: elaborado pela autora.

Iniciaram-se as análises dessa unidade temática pelo discurso apresentado na entrevista nº 2 de um gestor, com a revelação de sua afirmação da garantia do direito à saúde efetivada através do atendimento da clínica de saúde bucal. Entretanto, aponta limitações para que se tenha o acesso universal. Coloca, como elementos dificultadores desse acesso, o número reduzido de profissionais, a dificuldade de referenciá-los para os outros níveis de atenção, devido a não participação do Cedefam na rede do Sistema Único de Saúde.

No relato apresentado na entrevista 5 pelo servidor, a saúde será garantida como um direito quando tiver um caráter universal e não quando se tem uma ofertada limitada.

Registra-se na entrevista 14 do usuário que, por mais que ela não saiba o que está escrito na Constituição, a saúde como direito é garantida, sim, pela clínica e está expressa por meio do envolvimento dos profissionais como o mesmo, pela preocupação com sua saúde, quando pedem para retornar e continuar o tratamento, explicando os procedimentos que são feitos. Percebe-se que os significados para ter a garantia da saúde como um direito para este entrevistado é ser bem atendido e notar que os profissionais se preocupam com a saúde dele.

O discurso posto na entrevista 16 trata da certeza que o usuário tem ao perceber a saúde como um direito, expressa pela postura dos profissionais quando lhe explicam os seus direitos e ao dizerem ser uma obrigação atendê-lo.

Para o entrevistado 21, pertencente ao segmento dos usuários, ter que esperar quatro anos numa fila de espera num posto de saúde, não é ver a saúde como um direito.

A entrevista 22 revela que, primeiro o usuário conhece o seu direito à saúde quando faz uma comparação entre o antes e depois e segundo ele percebe que o Cedefam garante a saúde como um direito. Veja o que ele respondeu:

*Sei que antes não tínhamos o direito, era só pra quem trabalhava, hoje temos esse direito e o Cedefam garante ele sim. (U22)*

Em consonância com as falas dos sujeitos entrevistados (gestor e servidor), a Constituição Federal de 1988, em seu texto, elenca o direito à saúde como um dos princípios de proteção aos cidadãos, no sentido de assegurar o respeito, à cidadania e à dignidade da pessoa humana, a fim de que se possa dar igualdade de acesso a todos os indivíduos que procuraram o serviço público de saúde.

Diante do exposto, identificou-se que a clínica de saúde bucal do Cedefam trabalha numa perspectiva da saúde como um direito, o que é percebido pelos entrevistados por diversas interpretações, ressaltam ainda os mesmos que este direito deverá ser ampliado, no sentido de estar de acordo com a Constituição Federal de 1988.

### 5.2.2 Concepções sobre a clínica de saúde bucal

Quadro 2 – TEMA II – Concepções sobre a clínica de saúde bucal

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
<b>Concepções sobre a clínica</b>		
<p>1. Esta unidade foi criada com o objetivo de integrar as ações de ensino, pesquisa e extensão. Atuando na atenção básica à saúde das famílias do entorno do Pici, auxiliando na formação de profissionais dentistas com o enfoque na promoção de saúde.</p> <p>2. De fundamental importância. Pois as Unidades de Saúde não dão conta da demanda e muitas vezes passam por dificuldades de manutenção gerando uma grande procura em nossa CSBC. Identificamos a necessidade de ampliação deste serviço e a implantação de outros além dos existentes. A satisfação dos usuários é comprovada pela procura dos serviços que disponibilizamos, onde registramos que os seus netos e bisnetos também já são assistidos no Cedefam.</p> <p>A clínica de saúde bucal do Cedefam é um espaço onde ocorrem disciplinas do Curso de Odontologia (APS e Estágio no Sistema Único de Saúde I), bem como um espaço onde a comunidade é assistida pelas duas linhas de ações que a clínica trabalha, a educação em saúde que trabalha na perspectiva da prevenção de doenças e promoção da saúde e a assistência odontológica. Espaço onde nos referenciamos, de certo modo, pelas diretrizes da política de saúde bucal, pois sem participar da rede do SUS, é praticamente impossível ter um caráter universalista e integralista.</p> <p>3.</p>	<p>1. Um local importante onde se cuida da saúde dos pacientes, ensinam-os a escovar os dentes e trata-os de acordo com sua necessidade.</p> <p>2. Acho importante essa clínica para os usuários do Cedefam. Eles falam muito bem e estão muito satisfeitos.</p> <p>3. Sem dúvida aqui é um espaço que muito bom para a comunidade que é atendida aqui. Eu mesma, nunca tive em outro lugar tamanha atenção. Todos envolvidos com a saúde do paciente, orientando a escovar, passar o fio dental, escovar a língua, aplicar flúor, tratar os dentes. Aqui é muito bom.</p> <p>Acho essa unidade de saúde de muita importância para a comunidade, pois o que fazemos aqui em nem uma clínica da faculdade de odontologia é feita e muito menos é feita na particular. O atendimento vai desde a prevenção ao tratamento. Realizado por profissionais qualificados da UFC. Se um dia essa clínica, por acaso deixar de existir, a comunidade vai sofrer sem esse atendimento. Também percebo que, para nós servidores, ela é muito importante, pois desenvolvemos nossas atividades aqui com muito compromisso e responsabilidade, não só com a UFC, mas contribuindo, também com a população.</p> <p>4. Percebo a clínica como um espaço de atuação da UFC, que traz seus profissionais para atenderem a comunidade, atender suas necessidades, realizar seu tratamento odontológico e colaborar com a prevenção das doenças.</p> <p>5. A clínica é um local ideal para resolver alguns problemas de saúde bucal dos pacientes.</p>	<p>1. É um espaço de boa qualidade para fazer o tratamento dos dentes, que tem bom atendimento dos funcionários. Sei que os profissionais pertencem a UFC.</p> <p>2. Sei que é um bom lugar onde as pessoas cuidam de pessoas e sei que é da UFC.</p> <p>3. Faz muitos anos que essa clínica existe aqui e é muito boa.</p> <p>4. Aqui atendem gestantes, tem dentistas, na clínica limpamos os dentes e os profissionais e estudantes são da UFC.</p> <p>5. Aqui é um espaço que tem atendimento para gestante, tratamento odontológico e prevenção e também os profissionais são muito atenciosos com todos os pacientes.</p> <p>6. Os profissionais sabem que estão aqui para atender a comunidade, às vezes que eu fui atendida achei ótimo, atendem bem a gente, sei que os profissionais não têm a ver com o Estado e município são da Universidade.</p> <p>7. Aqui atende grávida, faz prevenção e tem dentistas. Os profissionais são maravilhosos.</p> <p>8. Local que faz prevenção, atendimento odontológico e receber orientações sobre a saúde com os profissionais da UFC.</p> <p>9. O que sei de lá é que o atendimento de lá é muito bom, os profissionais da UFC me atendem muito bem.</p> <p>10. Sei que é tudo muito bom aqui.</p> <p>11. O que eu sei é que um órgão muito importante pra população.</p> <p>12. Sei que atendem as pessoas daqui e das comunidades vizinhas e seus profissionais é da UFC.</p> <p>13. Aqui tem várias opções de saúde pra população.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
	<p>6. Percebo a clínica como um lugar que devemos ter um compromisso com a população e os alunos da UFC, que precisam do nosso trabalho para se formarem.</p>	<p>14. Sei tudo sobre lá, desde criança sou atendida lá, minha mãe me levou quando eu tinha uns 11 anos porque eu estava ficando com os dentes intramelados e lá perceberam que eu tinha uma doença chamada fluorose. Fiquei indo sempre porque tive que continuar o tratamento. Acho que sei que os profissionais porque são estudantes e professores que atendem a gente.</p> <p>15. Sei de lá que tem um pessoal que trabalham lá com os estagiários visitam nossas casas e escolas, fazem cadastro pra gente ser atendido e lá faz parte da UFC. Tem dentista, atendente, enfermeira, vigilante e pessoa da limpeza.</p> <p>16. O Cedefam faz muitas coisas e dá muitas oportunidades na saúde. A clínica tem um ótimo atendimento e eu não sabia que pertencia só a UFC.</p> <p>17. O Cedefam é o lugar que tem tudo de saúde e a clínica é um lugar de escovar e fazer tratamento e não sabia que era da UFC.</p> <p>18. É um lugar que atende agente de tudo, agora chegou também à fisioterapia para os idosos. Fiz todo o meu pré-natal lá. A clínica, além de tratar os dentes, ensinam a escovar. São todos da UFC? Não sabia. Se bem que fica dentro da UFC, eu podia ter percebido isso.</p> <p>19. O Cedefam é um benefício para a comunidade. A clínica é boa e tem os serviços de tratar os dentes.</p> <p>20. Sobre o Cedefam é um posto de saúde melhorado, é um espaço de aprender escovar e tratar os dentes.</p> <p>21. Vi nascer o Cedefam desde o Projeto Uruguaiana, aprendi a fazer confecção lá, meus filhos</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
		<p>ficavam na antiga creche que tinha lá. A clínica de lá é fora de sério, triste quem não conhecer o Cedefam.</p> <p>22. O Cedefam pra mim foi tudo, ajeitaram os meus dentes. Da clínica não tenho, o que dizer, ela atende a toda comunidade e isso é muito bom pra nós.</p> <p style="text-align: center;"><b>Informações sobre o atendimento</b></p> <p>1. Um amigo meu veio aqui, achou ótimo o atendimento. Minha caçula foi atendida e ela tinha tanto medo de dentista e depois que veio aqui, diz que quer voltar.</p> <p>2. Ninguém me falou nada, eu que venho aqui e saio falando como é bom aqui pra todo mundo.</p> <p>3. Minha vizinha acha aqui o paraíso.</p> <p>4. Minha cunhada ela disse que gostou do atendimento e sempre foi muito bem recebida aqui, fez os pré-natal dela aqui.</p> <p>5. Meu marido adora, mas quem vive falando muito bem daqui é a minha sogra.</p> <p>6. A minha esposa dá muito boas informações sobre aqui e o meu vizinho também me fala que o atendimento é ótimo, mas não dá pra todo mundo ser atendido.</p> <p>7. Meu marido e meu filho fizeram atendimento aqui e gostaram, e minha cunhada adora e diz que são muito bons os dentistas daqui.</p> <p>8. Sim e diz que é muito bom o atendimento.</p> <p>9. Primeiro o meu irmão começou a fazer atendimento, veio aqui e falou bem e agora a maioria da minha família faz atendimento. Meus irmãos acham muito bom, o atendimento daqui.</p> <p>10. Minha vizinha falou que gostou muito e por isso vim pra cá ser atendido.</p> <p>11. Tem umas pessoas que falam que não gostam, outras elogiam, mas nem todo sabe o que é bom de verdade, eu super indico aqui e falo muito bem daqui.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
		<p>12. Conheço e foi muito bem atendida.</p> <p>13. Conheço sim.</p> <p>14. Todos os meus vizinhos são atendidos aqui, todo mundo gosta muito e fala muito bem, até porque se falar mal eu corto na hora, porque não tem lugar melhor que aqui, aqui é o melhor lugar minha filha.</p> <p>15. Meus filhos e os colegas da escola falam bem daqui.</p> <p>16. Meus vizinhos gostam muito daqui.</p> <p>17. A minha madrastra, meu pai e todos meus amigos vem pra cá, com muita animação. A gente sabe que vai ser bem tratado aqui, que não vai ser enxotado com um não na cara.</p> <p>18. Todos os meus vizinhos vem pra cá, mas nunca perguntei sobre o que eles acham daqui por que eu sei que é bom.</p> <p>19. Sim, minha vizinha, ela falou que o atendimento é bom.</p> <p>20. A minha vizinha diz que lá é superbom.</p> <p>21. Conheço várias pessoas que falam bem de lá, umas trinta pessoas daqui da rua já foi atendido lá.</p> <p>22. Sim, minha irmã e os vizinhos falam muito bem.</p>

Fonte: elaborado pela autora.

Na perspectiva de análise das falas capturadas pelas entrevistas dos sujeitos envolvidos com a política de saúde, iniciou-se com o discurso apresentado pela entrevista 3, referente a um dos gestores. Ele percebe a clínica como um espaço onde ocorrem as disciplinas de APS e Estágio no Sistema Único de saúde I, ambas do Curso de Odontologia da UFC, bem como um lugar onde a comunidade é assistida pelas duas linhas do cuidado que a clínica desenvolve, a educação, prevenção e promoção em saúde bucal e a assistência odontológica, por meio do agendamento das consultas, de acordo com a necessidade de cada paciente. Considera ser o objetivo das ações, minimizar o sofrimento dos usuários.

Identificou-se que as ações que o gestor apresenta como constituinte da clínica estão em consonância com o conceito de Atenção Primária em Saúde (APS), descrito na Declaração de Alma-Ata, da qual o Brasil pelo Ministério da Saúde adotou e tem denominado como Atenção Básica, definindo-a como um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

As concepções dos usuários sobre a clínica de saúde, em sua maioria, convergem para um espaço de atenção à saúde, com a orientação de escovação e atendimento odontológico. A expressiva comparação composto com os postos de saúde, as ações das clínicas se sobressaem em suas falas, bem com as boas informações sobre o atendimento. Serão destacadas algumas falas para análise minuciosa e seguirão a ordem numérica representada para cada usuário.

No discurso revelado pela entrevista 4 dos servidores, sua concepção sobre a clínica é de ser um lugar de muita importância para a comunidade, ao referir que o trabalho realizado feito, não faz em lugar nenhum. Apresentam-se as duas linhas do cuidado trabalhadas pela clínica, ressaltando a importância das mesmas para a comunidade que, considera um prejuízo para as comunidades se estas um dia forem extintas. Revela também o compromisso e a responsabilidade dos profissionais com a saúde da população, o que podemos constatar nesta fala:

*Também percebo que, para nós servidores, ela é muito importante, pois desenvolvemos nossas atividades aqui com muito compromisso e responsabilidade, não só com a UFC, mas contribuindo, também com a população.*

Na fala expressa pela entrevista 4, o usuário demonstrou familiaridade com a clínica e conhecimentos profundos de suas ações ao longo do tempo. Percebe-se aí um princípio norteador das ações em saúde bucal, o vínculo. O atendimento de qualidade também ficou expresso quando os profissionais identificaram a sua doença, bem com a responsabilidade profissional, outro princípio revelado pra continuidade do tratamento. Registra-se esta afirmação por essa fala:

*Sei tudo sobre lá, desde criança sou atendida lá, minha mãe me levou quando eu tinha uns 11 anos porque eu estava ficando com os dentes intramelados e lá perceberam que eu tinha uma doença chamada fluorose. Fiquei indo sempre porque tive que continuar o tratamento. Acho que sei que os profissionais porque são estudantes e professores que atendem a gente.*

Na entrevista 20, o usuário faz comparações entre o posto de saúde e a clínica, registrado pela seguinte fala:

*Sobre o Cedefam, é um posto de saúde melhorado, é um espaço de aprender escovar e tratar os dentes. (U 20)*

*Vi nascer o Cedefam desde o Projeto Uruguaiana. Aprendi a fazer confecção lá, meus filhos ficavam na antiga creche que tinha lá. A clínica de lá é fora de sério, triste quem não conhecer o Cedefam. (U 21)*

Destaca-se neste discurso a familiaridade do entrevistado com o Cedefam, bem como a participação dele no início do projeto. O elogio que ele faz ao atendimento é de uma segurança, vivenciou e vivência do cotidiano de suas ações.

*Ninguém me falou nada, eu que venho aqui e saio falando como é bom aqui pra todo mundo.*

Demonstra um discurso de um paciente satisfeito e atendido em suas necessidades, tentando socializar o atendimento porque achou bom.

*Todos os meus vizinhos são atendidos aqui, todo mundo gosta muito e fala muito bem, até porque se falar mal eu corto na hora, porque não tem lugar melhor que aqui, aqui é o melhor lugar minha filha.*

De acordo com o que é demonstrado na entrevista 14, tanto o usuário como os vizinhos, gostam do atendimento do Cedefam. Destaca-se dessa fala a frase, “porque se falar mal eu corto na hora”, cabe notar a defesa que o usuário faz do atendimento que el reconhece como bom à unidade de saúde referida.

*A minha madrasta, meu pai e todos meus amigos, vêm pra cá, com muita animação. A gente sabe que vai ser bem tratado aqui, que não vai ser enxotado com um não na cara.*

No que diz respeito a essa fala a interpretação que se faz, inicia-se por um questionamento: como é que pessoas vão para um atendimento conduzido por uma necessidade de saúde bucal, as vezes expressada pela dor, com animação? Encontra-se a resposta na continuação do texto do entrevistado. A certeza de que ele vai ser bem tratado e de que não receberá um não à sua necessidade é o motivo para sua satisfação.

Reportou-se ao texto da pesquisadora para tentar buscar significados para essa afirmação, o que se encontra no dispositivo Acolhimento da Política Nacional de Saúde, como diretriz operacional das ações da clínica, que por meio de uma escuta qualificada que faz com o usuário na perspectiva de viabilizar o acesso buscando a resolutividade de suas demandas, expressado por um caráter humanizado das relações. Valores como empatia, que significa se

colocar no lugar do outro, no sentido de ver a sua necessidade, identificando-se com a mesma provocando um estímulo para resolvê-la.

A análise ancora-se nos estudos de Solla (2005) quando o autor conceitua o Acolhimento como sendo mais do que uma triagem qualificada ou uma 'escuta interessada'. Constitui-se de um conjunto formado por práticas de escuta, elucidação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, otimizando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários. Nesse sentido, rompe com a lógica hegemônica de agendas fechadas e busca redirecionar a demanda espontânea - pessoas que chegam ao serviço sem estarem agendadas, para atividades organizadas pelo serviço com oferta programada. Possibilita ainda para os profissionais a criação de mecanismos que os permitam identificar e acionar os recursos necessários para dar respostas adequadas a cada tipo de problema identificado.

### **5.2.3 Percepções sobre o contexto institucional de implantação da clínica de saúde bucal**

Quadro 3 – TEMA III – Percepções sobre o contexto institucional de implantação da clínica de saúde bucal

<b>GESTORES</b>	<b>SERVIDORES</b>	<b>USUÁRIOS</b>
<p>1. Contexto de reforma sanitária, de luta da sociedade em busca de direitos para todos com igualdade e justiça. No Brasil havia o processo de constituinte, várias ideias para a sociedade estavam em disputa, saindo vitoriosa a ideia da igualdade de direitos para todos.</p> <p>2. O contexto de implantação da clínica foi propício para o trabalho em comunidade, vivia-se a Reforma Sanitária e havia uma tendência no país para que as ações de saúde alcançassem a população, os trabalhos realizados pela UFC por meio do curso de odontologia havia trazidos muitos resultados positivos para o aprendizado dos alunos. Nesse sentido propusemos um projeto para que o estágio extramural acontecesse por meio do equipamento Cedefam, já instalado pela pró-reitoria de extensão, que teve que pensar como materializar tal projeto a partir da implantação de uma clínica odontológica.</p>	<p>1. Eu cheguei aqui seis anos depois, mas sei que o contexto era propício para instalação da clínica porque estavam falando muito em direitos universais, que abrangeriam toda a sociedade. O clima era de expansão dos direitos e isso foi se concretizando ao longo do tempo.</p> <p>2. Não sei informar, cheguei muito depois e na verdade nunca pensei sobre isso.</p> <p>3. Quando vim pra cá nem se falava mais nisso, aliás nunca falaram pra mim sobre o contexto de implantação, também eu nunca perguntei.</p> <p>4. Num sei nada sobre isso.</p> <p>5. Nunca vi nada escrito aqui sobre esse assunto, mas também não me interessei em procurar. Agora como fiquei curiosa vou procurar saber, acho importante</p>	<p>1. Eu sei que estavam fazendo muitas coisas pó essa população aqui, cursos de costura, creche e saúde de todo o tipo.</p> <p>2. Tudo tava vindo pra cá, tinha creche, davam cesta básica para as crianças.</p> <p>3. A UFC chegou para trabalhar aqui e trouxe muitas coisas boas.</p> <p>4. O contexto era de as lideranças comunitárias estavam conseguindo várias coisas pra comunidade, cursos, aula para as crianças, banheiros e na “creche” tava tendo tudo de saúde.</p> <p>5. Não sei como foi.</p> <p>6. Meu pai sabe de tudo porque ele vivia lá no Cedefam, eu num sei.</p> <p>7. Não sei informar.</p> <p>8. Não sei informar.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
<p>3. Em 1987, quando a clínica foi instalada havia no Brasil, no contexto político envolvia o movimento de reforma sanitária, onde as ideias de universalização e integralidade da saúde estavam disputando com ideias opostas vinculadas às ideias neoliberais. Dentro desse contexto, em nível local, a pró-reitoria de extensão viabiliza propostas de professores do curso de odontologia, para instalação de uma clínica odontológica no Cedefam, com o objetivo de ser um espaço onde os estudantes utilizassem para realizar a extensão. Estava-se se desenvolvendo na UFC o trabalho com comunidade, que os Cursos de Enfermagem e Psicologia já realizavam no Cedefam, e foi quando observamos esse trabalho e passamos a incorporá-lo nas ações da clínica de saúde bucal.</p>	<p>saber com essa clínica foi criada, porque para quê eu já sei, para atender a população do Pici que precisa muito dessa clínica.</p> <p>6. Uma vez vi o professor comentar algo com os alunos, mas não sentei pra prestar atenção, tava esterilizando o material odontológico.</p> <p>7. Difícil eu saber, tenho menos de um ano trabalhando aqui.</p>	<p>9. Tenho só 4 anos que moro aqui, moro com uma amiga.</p> <p>10. Vixe, só me lembro que eram muito bom, tinha um trabalho da igreja lá, tinha leite, faz tempo isso. Agora lá só tem atendimento de saúde.</p> <p>11. Desde criança sou atendido lá e o que vi foi aquilo crescer e atender todos nós aqui do papoco. Tenho 35 anos aqui dentro e sempre fui atendido pelo Cedefam.</p> <p>12. Foi na época da Constituição, num lembro se foi antes ou depois, mas sei que o pessoal ficou muito feliz em atender a gente e foi chegando cada dia mais atendimento, tinha exame para saber se a gente era tuberculosa, davam os remédios, era muito bom. Deveria voltar tudo aquilo.</p> <p>13. Não sei nada, nada.</p> <p>14. Minha vó sabe de tudo, ela sempre conta essa história e diz que o banheiro daqui de casa foi feito pela UFC, logo quando começou.</p> <p>15. Não tenho como lembrar, tenho apenas 18 anos</p> <p>16. Não sei o que é isso</p> <p>17. Posso perguntar pro meu vizinho da esquina porque ele conhece a história daqui desde quando a UFC nem era aqui.</p> <p>18. Eu não participei desse momento.</p> <p>19. Lembro não.</p> <p>20. Num sei.</p> <p>21. Eu e minhas irmãs estivemos no Cedefam desde o Projeto Uruguaiana, fizemos parte do começo, fizemos curso de costura, até hoje sou costureira e ganhei muito dinheiro porque aprendi essa profissão lá, meus filhos estudaram na creche de lá. Tudo na minha vida de bom foi de lá. Lá tinha tantas coisas boas,</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
		<p>não que agora não tenha, mas que na época distribuía leite, sexta básica, pagava até a gente pra costurar pra eles, Era bom demais.</p> <p>22. Fiz parte do Cedefam, ele surgiu na época das políticas boas, todos nós passamos a ser atendidos pelos médicos, mesmo nós que não tinham carteira assinada. Foi maravilhosa, aquela época, todo dia chegavam uma coisa nova pra atender a gente. A gente era chamada pra fazer reunião lá. A gente passava maior parte do tempo lá. Tempo bom que não volta mais.</p>

Fonte: elaborado pela autora.

Nas percepções contidas sobre o contexto institucional de implantação da clínica de saúde bucal do Cedefam temos a seguir, os relatos:

*Eu sei que estavam fazendo muitas coisas por nós aqui, cursos de costura, creche e saúde de todo o tipo. (U 1)*

*O contexto era que as lideranças comunitárias estavam conseguindo várias coisas pra comunidade, cursos, aula para as crianças, banheiros e na “creche” tava tendo tudo de saúde. (U 4)*

*Vixe, só me lembro que eram muito bom, tinha um trabalho da igreja lá, tinha leite, isso faz tempo isso. Agora lá só tem atendimento de saúde.*

*Foi na época da Constituição, num lembro se foi antes ou depois, mas sei que o pessoal ficou muito feliz em atender a gente e foi chegando cada dia mais atendimento, tinha exame para saber se a gente era tuberculosa, davam os remédios, era muito bom. Deveria voltar tudo aquilo. (U 12)*

*Minha vó sabe de tudo, ela sempre conta essa história e diz que o banheiro daqui de casa foi feito pela UFC, logo quando começou a invasão. (U 14)*

*Eu e minhas irmãs estivemos no Cedefam desde o Projeto Uruguaiana, fizemos parte do começo, fizemos curso de costura, até hoje sou costureira e ganhei muito dinheiro porque aprendi essa profissão lá, meus filhos estudaram na creche de lá. Tudo na minha vida de bom foi de lá. Lá tinha tantas coisas boas, não que agora não tenha, mas que na época distribuía leite, sexta básica, pagava até a gente pra costurar pra eles. Era bom demais. (U21)*

*Fiz parte do Cedefam, ele surgiu na época das políticas boas, todos nós passamos a ser atendidos pelos médicos, mesmo nós que não tinham carteira assinada. Foi maravilhosa, aquela época, todo dia chegava uma coisa nova pra atender a gente. A gente era chamada pra fazer reunião lá. A gente passava maior parte do tempo lá. Tempo bom que não volta mais. (U22)*

Registra-se que as entrevistas 1, 2 e 3 dos gestores têm consonância entre si. Elas trazem em comum o relato contexto de Reforma Sanitária, como um ponto de inflexão para a política de saúde, expresso pelas ideias universalistas e integralistas que fundamentavam as propostas das ações no âmbito nacional. Para o nível local, as entrevistas revelaram ser um momento propício para materializar projetos dos professores do Curso de Odontologia, no sentido de implantar uma clínica de saúde bucal no Cedefam, onde seriam desenvolvidas atividades de Extensão Universitária com ações voltadas para a comunidade do Pici.

Verificou-se que das 7 (sete) servidoras, revelada apenas na entrevista 1, uma conhecia o contexto institucional de inserção da clínica de saúde bucal, todavia, a sua inserção na mesma se deu uma década após sua implantação.

A partir das concepções sobre o contexto institucional de implantação da clínica de saúde bucal do Cedefam, os significados atribuídos pelos usuários convergiram em 47% das entrevistas, 14% ao relatar informações sobre o contexto e a sua vivência, no que diz respeito a implantação da clínica, ouviram apenas falar sobre esse contexto e 39% não sabiam informar, dentre estes, 4 % se referiram como moradores recentes daquela comunidade.

Os significados atribuídos pelos usuários sobre a implantação da clínica convergem quando trazem em seus relatos os cursos de corte e costura; a instalação de uma creche que veio atender as necessidades das mães que estavam se inserindo no mercado de trabalho e não tinham com quem deixar seus filhos; os ambulatórios atendiam as crianças da creche, bem como os adultos realizavam exames para identificar doenças infectocontagiosas, como a Tuberculose, citada nas falas e a instalação de aparelhos sanitários, representados por eles por uma concepção de banheiros.

Essas falas demonstradas nas entrevistas 4, 12, 14, 21 e 22 entram em concordância com o relato da professora Sulamita Vieira, praticamente o único documento histórico do Projeto Uruguaiana que foi por ela manuscrito no ano de 1985, ao apontar que a construção dos primeiros sanitários na comunidade do Papoco, esteve sob a responsabilidade e execução do Projeto Uruguaiana, considerado embrião do Projeto Cedefam.

Destaca-se entre as falas dos usuários reveladas nas entrevistas 12, 21 e 22, em certa medida, a nostalgia, que tem por significado, a saudade de alguma coisa, de uma circunstância já passada ou de uma condição que (uma pessoa) deixou de possuir.

Acredita-se numa saude referente à proteção social, experimentadas por várias ações anteriores, que contribuía para o seu desenvolvimento comunitário e social. As frases que enfatizaram estes significados estão consecutivamente colocadas pelo número que o usuário ocupa nas entrevistas: “... tempo bom que não volta mais”.

Outros fragmentos de um relato na entrevista 22: “(...) ele surgiu na época das políticas boas”, impõe-se a reflexão acerca dessa frase, no sentido de desvelar quais os seus significados foi perguntado ao usuário, que respondeu que eram “políticas sem corrupção, sem lava jato”.

À luz dos estudos de Carvalho (2016) pode-se encontrar uma possível explicação para essa representação da política, a partir do papel que a grande mídia tem, ao desenvolver o que a autora afirma, usando brilhantemente a frase de Paulani (2012), “um terrorismo midiático”, com a sociedade ao espetacularizar determinados fatos e notícias, despertando as suas emoções com informações falsas, produzindo representações ilusórias da realidade, ou uma falsa consciência (CARVALHO, 2016).

#### 5.2.4 Dinâmica de atuação da clínica de saúde bucal e suas especificidades

Quadro 4 – TEMA IV – Dinâmica de atuação da clínica de saúde bucal e suas especificidades

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
<b>Protocolo de Placa Bacteriana</b>		
<p>1. Um dos responsáveis pela melhoria da saúde bucal é o instrumento criado pelo prof. Sérgio da disciplina de APS, o Protocolo de Placa Bacteriana que é um instrumento que tem objetivo de promover a saúde bucal dos pacientes e o acompanhamento dela, quando da ocasião do atendimento deles realizado pelos profissionais da clínica. Podemos em quatro consultas contribuir para a transformação dos hábitos de higiene dos pacientes, de modo a torná-los autossuficientes no cuidado de saúde bucal, objetivando controlar a cárie e a doença periodontal.</p> <p>2. O Protocolo de controle da placa bacteriana foi uma medida tomada para maior conscientização e autoconhecimento por parte das pessoas da sua condição de saúde e necessidade de tratamento. Partiu</p>	<p>1. Acho ideal para prevenir as doenças periodontais.</p> <p>2. É um protocolo de grande importância</p> <p>3. É excelente instrumento para reconhecimento do problema e tentativa de conscientização e ensinamento para o usuário.</p> <p>4. Um grande diferencial para o paciente onde ele é orientado sobre placa bacteriana e seus cuidados odontológicos.</p> <p>5. Acho um dos melhores cuidados, por prevenir a cárie. As crianças que são acompanhadas pela clínica geralmente conseguem combater o índice de placas e assim, evitam a cárie, é feito todo esse trabalho para promover a saúde bucal.</p> <p>6. Acho de extrema importância, pois vai orientar melhor sobre a</p>	<p>1. Sim. Escovar os dentes na hora de levantar, depois das refeições e sempre voltar à clínica para fazer a escovação e ser visto pelo dentista e partilho todas as informações que recebo com membros da minha família.</p> <p>2. Sim. Recebo orientações dos profissionais daqui.</p> <p>3. Sim, eles ensinam como cuidar da nossa boca.</p> <p>4. Sim. Pedem pra gente fazer a escovação bem direitinho, ensinar a usar o fio dental e escovar os dentes 3 vezes ao dia e partilho essas informações com todos da minha família.</p> <p>5. Sim recebo orientação de como escovar, passar fio dental, escovar 3 vezes ao dia e antes de dormir. Não repasso as informações porque sou surda e não me comunico bem com as pessoas, elas não me entendem, só o meu namorado que moro com ele.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
		<p>6. Recebi orientações sobre a escovação, passar o fio dental, escovar após as refeições, escovar 3 vezes e partilho as orientações com minha esposa.</p> <p>7. Claro, eles me dizem tudo sobre escovar, passar o fio dental e falam até sobre o que comer, como ter uma boa alimentação. Partilho com meu filho e marido.</p> <p>8. Sim. Escovar os dentes direito e passar o fio dental.</p> <p>9. Sim. Eles me orientam a escovar bem os dentes, passar o fio dental e voltar sempre que precisar. Eu aconselho muito meu filho a escovar bem os dentes.</p> <p>10. Sim. Escovar bem e usar o fio dental. Partilho sim.</p> <p>11. Sim, recebo orientações de como escovar, usar o fio dental, que pra mim são orientações muito importantes.</p> <p>12. Sim, escovação e orientações em geral.</p> <p>13. Sim. Partilho tudo que aprendo aqui com minha mãe.</p> <p>14. Sim. Muitas orientações. Um dia encontrei uma atendente na rua e ela me perguntou se o meu filho estava conseguindo escovar direitinho. Eles se preocupam com agente de verdade.</p> <p>15. Sim, recebo orientações sobre alimentação saudável, como escovar os dentes, usar fio dental. Partilho sim.</p> <p>16. Sim. Eles dizem que tenho que escovar mais meus dentes, reforça a escovação, por que às vezes eu me esqueço.</p> <p>17. Sim. Ensinam como a gente deve escovar os dentes, ensinam como escovar a língua e eu acho isso muito importante porque nunca tinha visto ninguém escovar a língua. Usar o fio dental, escovar 3 vezes ao dia após as alimentações.</p> <p>18. Sim, me orientam a escovar e o que eu aprendo aqui ensino para toda a minha família.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
		<p>19. Sim. Escovar os dentes 3 vezes ao dia, usar o fio dental e escovar antes de dormir.</p> <p>20. Sim recebo. Escovar os dentes direito, ir com frequência ao dentista e passar o fio dental.</p> <p>21. Recebo sim. Eles escovam meus dentes, ensinando como fazer correto, ensinam a passar o fio dental, verificam pressão e exames de diabetes. Não partilho as informações porque meus filhos são atendidos lá e também recebe orientações. E quando alguma vizinha vem aqui com dor de dente eu pergunto logo se ela não está escovando os dentes direito, porque só tem problema quem não escova direito.</p> <p>22. Recebo sim. Perguntam se a gente tem pressão alta e se tiver verificam pra ver se tá alta. Se a gente tem diabetes, usam um comprimido de cor vinho, que eles chamam de revelador de placa, falam sobre a doença que dá na raiz do dente.</p> <p><b>Acolhimento pelos profissionais</b></p> <p>1. Fui bem atendido, atendimento de boa qualidade.</p> <p>2. Ótimo atendimento.</p> <p>3. Muito bem são ótimas pessoas</p> <p>4. Sou recebido bem e com muita alegria.</p> <p>5. Bem, o pessoal daqui nos trata bem, dá as informações sobre escovação.</p> <p>6. Bem recebido, conversaram comigo e com a minha esposa e explicaram que no mesmo dia, eu não podia ser atendido, mas, me agendaram pra próxima semana.</p> <p>7. Recebem a gente bem.</p> <p>8. Atende muito bem.</p> <p>9. Eu gosto muito do atendimento lá, porque os profissionais nos recebem muito bem. O atendimento é maravilhoso. Eu não troco outro lugar pelo Cedefam.</p> <p>10. Bem</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
<p>da ideia do Professor Sérgio Luz em adequar um instrumento que permite o registro e a comparação de como o paciente está dominando a técnica de remoção da placa bacteriana e assim o estimula a se esforçar aos cuidados com a sua saúde bucal. Na minha avaliação está muito completo – também por conter informações socioeconômicas e de condições de vida - e foi testado por alguns semestres em vários pacientes e já poderia ser validado.</p> <p>3.O protocolo de placa é um instrumento que possibilita ao profissional conhecer o paciente, seu hábitos, suas necessidades e de como eles se comportam diante dela, objetivando a construção de um plano de tratamento adequado, singular a cada paciente, na perspectiva de construção do processo de saúde do mesmo. Para o paciente possibilita o estímulo a mudança de hábitos, a reconhecer seus problemas, sua dificuldades, a promoção do protagonismo e da responsabilidade com a sua saúde, bem como a possibilidade que o mesmo irá ter em permitir adoecer, quando apreende por meio da educação em saúde a remover a placa dentária, passar o fio dental e a importância, na medida certa, do flúor.</p>	<p>placa bacteriana, e dos cuidados que ele deve ter com a escovação, e limpeza da sua boca.</p> <p>7. Bem envolvente e motivador.</p>	<p>11. Sou muito bem recebida graças a Deus, são muito atenciosos.</p> <p>12. Muito bem.</p> <p>13. Gosto muito do modo com que eles me tratam.</p> <p>14. Muito bem, desde as meninas que marcam até os dentistas e os alunos dentistas e também nos tratam como se a gente tivesse pagando, sendo que tudo lá é de graça. Eles são diferentes.</p> <p>15. Sou superbem atendida, desde a entrada, depois pelas atendedoras que conversam com a gente, passam informações, aprendemos a escovar os dentes, usar o fio dental, entramos na sala para ser atendidos pelo dentista e depois remarcam a nossa volta.</p> <p>16. Atendem bem, mandam entrar na sala de recepção pra gente num ficar esperando do lado de fora.</p> <p>17. Atendem bem, perguntam tudo e dão atenção a gente até demais</p> <p>18. Maravilha o tratamento das meninas aqui comigo.</p> <p>19. Sou bem atendido, tratam a gente bem.</p> <p>20. Muito bem.</p> <p>21. Todos eles nos respeitam e tratam como se fosse particular.</p> <p>22. Aqui é ótimo.</p> <p><b>Marcação de consultas</b></p> <p>1. Foi marcado pela data disponível e foi respeitado a data certa da consulta.</p> <p>2. Bom.</p> <p>3. Foi super rápido pra mim.</p> <p>4. Foi fácil marcar a consulta, eu fui encaminhada pela casa de parto.</p> <p>5. Fácil porque eu vim encaminhada da casa de parto.</p> <p>6. Achei bom porque não teve tanta espera, porque hoje nos postos há uma demora de 2, 3 meses e quando sai. Eu tô com mais 3 meses aguardando uma consulta para o oculista.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
		<p>7. Acho boa.</p> <p>8. Boa.</p> <p>9. Todos são muito educados, eles nos explicam direitinho como devemos fazer para conseguir marcar as consultas.</p> <p>10. Rápido.</p> <p>11. Às vezes temos um pouco de dificuldades por causa da demanda da escola e prioridades, mas dá certo, graças a Deus.</p> <p>12. Por agendamento.</p> <p>13. Muito bom.</p> <p>14. Pronto aí você me pegou, eu não gosto, mas vou explicar porque eu acho tão bom aqui e recomendo pra todo mundo, aí o pessoal vem aqui e não consegue marcar. Fico arrasada, deveria ter mais vagas. Aqui é muito bom, mas parece que tudo que é bom é pouco.</p> <p>15. Acho muito bom porque fazem de acordo com o que a gente precisa, respeitando o nosso horário de trabalho e tudo.</p> <p>16. Ótimo, o professor veio com os alunos e marcaram a consulta aqui em casa mesmo.</p> <p>17. Gostei por não ter que ter ido de madrugada marcar.</p> <p>18. Eu achei foi bom porque eles vieram marcar aqui em casa e não precisei nem sair de casa, só saí no dia que eles marcaram pra eu ir.</p> <p>19. O agendamento foi em casa com a visita dos alunos.</p> <p>20. É bom, não precisa ir de madrugada, logo que a gente chega eles marcam.</p> <p>21. O professor vem aqui, olhava meus dentes e marcava pra mim e eu ia lá no Cedefam só no dia da consulta. Esse ano ele não veio mais aqui.</p> <p>22. O professor veio com os alunos na minha casa marcar.</p> <p><b>Confiança nos profissionais</b></p> <p>1. Confio nos profissionais sim, com certeza. Eles se preocupam sim, porque são bons profissionais. Eles me orientam a escovar os dentes para não ficarem cariados.</p>

Contiunua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
		<p>2. Confio sim, são evoluídos e preocupados com a nossa saúde.</p> <p>3. Confio sim nos profissionais eles se preocupam com a gente.</p> <p>4. Eu confio, acho os profissionais capacitados. Se preocupam com a gente ensinando a escovar os dentes direito, usar o fio dental, escovar a língua e que tem que escovar 3 vezes ao dia.</p> <p>5. Confio sim nos profissionais que se envolvem com o problema e vão até o fim do tratamento.</p> <p>6. Confio sim nos profissionais com certeza, eles são envolvidos na melhora da gente.</p> <p>7. Confio no pessoal, eles falam pra eu me cuidar em casa e cuidam de mim aqui. Eu agora só por causa deles acho muito importante o cuidado com os dentes.</p> <p>8. Claro que sim, eles orientam como cuidar dos dentes corretamente.</p> <p>9. Sim confio porque eles nos dão orientações importantes para a nossa saúde.</p> <p>10. Confio sim porque eles orientam como escovar e passar o fio dental.</p> <p>11. Sim, plenamente eles vêem a necessidade de cada paciente.</p> <p>12. Confio sim , eles nos orientam muito bem.</p> <p>13. Sim, oferecem um ótimo atendimento.</p> <p>14. Confio sim. Todas as vezes que eu venho, eles se lembram de mim, perguntam como estou como eu disse antes, a mulher perguntou pelo meu filho, como ele estava escovado e naquela hora nem eu estava lembrando dele.</p> <p>15. Confio. Eles sempre fazem algumas atividades que não são comuns nos postos, fazem festas onde passam outras informações para a população também.</p> <p>16. Sim porque eles querem que ele melhore na escovação, aumente o número de vezes e use o fio dental</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
		<p>17. Confio demais, eles explicam até demais, mas eu confio nessa forma de atendimento.</p> <p>18. Confio sim, se preocupam e olham até se a pressão tá alta antes de fazer o atendimento.</p> <p>19. Confio sim, porque precisei e tiveram atenção comigo.</p> <p>20. Confio é claro que sim. Eles nos dão atenção, falam de como a gente se cuidar e escovar os dentes, sem contar que fazem restauração e outros atendimentos.</p> <p>21. Confio e muito, os dentistas de lá são muito bom. Se preocupam tanto com a gente que quando a gente vai saindo eles dizem que a gente não deixe de voltar e orientam que aquele procedimento que a gente faz lá , faça em casa.</p> <p>22. Confio demais porque eles mandam voltar o que o posto não tá nem aí e orientam a como escovar os dentes.</p> <p><b>Escolha de outro lugar para ser atendido</b></p> <p>1. Não. Sempre eu faço aqui por causa da boa qualidade no tratamento.</p> <p>2. Não.</p> <p>3. Não, preferiria aqui.</p> <p>4. Não, porque aqui o atendimento é melhor.</p> <p>5. Com certeza não, jamais vou pra outro lugar, tendo esse atendimento ótimo daqui.</p> <p>6. Ficarei por aqui mesmo, porque não tem sofrimento pra marcar, aqui é coisa certa, os postos não atendem e param o atendimento por tudo e por qualquer besteira.</p> <p>7. Não, vinha pra cá. Aqui é melhor lugar para ser atendido.</p> <p>8. Não.</p> <p>9. Jamais, aqui eu e minha família somos muito bem atendidos, não tem igual.</p> <p>10. Sim, porque eu moro perto do Posto do CSU e queria que eles lá me atendessem.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
		<p>11. Deus me livre, não tem outro lugar melhor do que aqui não. Tão de parabéns sempre.</p> <p>12. Em outro lugar? Só se não tivesse aqui.</p> <p>13. Não.</p> <p>14. Não, só procuro outro lugar quando não é possível resolver aqui, como por exemplo, eu fui fazer uma prótese pra minha mãe.</p> <p>15. Não procuraria não.</p> <p>16. Deus me livre, se marcar pra outro lugar eu não vou.</p> <p>17. Não, ficaria direto. O posto é ruim, só vou pro posto porque é o jeito.</p> <p>18. Não, de jeito nenhum.</p> <p>19. Não porque o tratamento aqui é melhor.</p> <p>20. Não porque aqui o atendimento é melhor.</p> <p>21. Não eu fico lá.</p> <p>22. Não porque é próximo da minha casa.</p> <p><b>Resolutividade</b></p> <p>1. Resolveu. Todas as minhas necessidades foram atendidas.</p> <p>2. Sim</p> <p>3. Resolveu sim, mas faltaram algumas que a clínica não oferece.</p> <p>4. Sim resolveu. Eu tinha um dente estragado, eles extraíram e deixei de sentir dor e fui marcada para retornar em 27/02 de 2018.</p> <p>5. Está resolvendo. Estou ainda fazendo o meu tratamento que ainda vai ajudar na saúde do meu neném.</p> <p>6. Resolveu e está resolvendo porque estou em tratamento.</p> <p>7. Foi resolvido sim quase tudo. Quando precisei de prótese eles me deram um papel pra eu procurar a faculdade atrás do Hemoce.</p> <p>8. Sim. Tô fazendo o tratamento todo.</p> <p>9. Bom, há muito tempo eu cuidava dos meus dentes aqui e aí chegou um tempo que só</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
		<p>atendiam quem estudasse na escola José Bonifácio e depois voltou tudo ao normal e todos voltamos a fazer o tratamento aqui.</p> <p>10. Mais ou menos, porque preciso de uma prótese e aqui eles não oferecem.</p> <p>11. Todas as vezes que procurei resolveram sim, muito bom graças a Deus.</p> <p>12. Sim</p> <p>13. Sim</p> <p>14. Há 24 anos quando procurei a primeira vez e resolve até hoje. Aqui já foi atendido meu avô, minha mãe, meus filhos e até o meu primeiro marido que morreu ah, nem todos porque aqui não faz canal, nem próteses. Minha mãe precisou de uma prótese eles mandaram para o posto e ela tá na fila de espera, mas voltamos no Cedefam e eles encaminharam para um curso na aldeota que tem preços populares e ela faz lá.</p> <p>15. Resolveu sim e continua resolvendo. Estou grávida e faço pré-natal na casa de parto e continuo sendo atendida pelos dentistas. Quando não tem como resolver lá, me encaminham para outro lugar. Ligam antes pra faculdade de odontologia e marcam pra mim por telefone.</p> <p>16. Sim, fizeram restauração, arrancaram um dente mole, fizeram tudo. Só faço lá, tem atendimento bom.</p> <p>17. Resolveu sim, fizeram tudo o que tinha pra fazer.</p> <p>18. Sim, me atenderam, arrancaram alguns dentes e obturaram o que ainda serviam. Fizeram tudo lá e eu estou aguardando a próxima consulta.</p> <p>19. Resolveu, extraíram meu dente, fizeram escovação dos meus filhos, como parou o semestre, marcaram retorno pra continuar o tratamento depois de fevereiro. Do meu filho fizeram todo o tratamento, falta só eu pra terminar. O meu filho vai voltar só pra escovar.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
		20. O dos meus filhos sim, mas o meu canal não resolveu, eu tive que resolver na faculdade atrás do Hemoce. 21. Resolveu sim e bem resolvido. Atendem bem a gente, eles resolvem tudo. 22. Resolve, atende bem, acho muito bom.

Fonte: elaborado pela autora.

Destaca-se dessa temática a valorização do Protocolo de Placa Bacteriana, instrumento que propicia ao paciente uma maior conscientização e autoconhecimento, sobre a saúde bucal bem como sua necessidade de tratamento. No que diz respeito ao profissional, o uso dessa ferramenta possibilita, segundo o autor do Protocolo, a partir do registro do paciente, observar como o mesmo percebe a boca, escova os dentes, usa o fio dental, o que possibilita ao profissional, seja ele docente, servidor técnico-administrativo ou estudante a realizar um diagnóstico de necessidades de um paciente.

Quatro são as atividades realizadas, que se utilizam o Protocolo. Na primeira, é realizado o diagnóstico, faz-se a evidenciação de placa – uso de uma tintura a base da substância fucsina que é um corante, colocado sobre o dente para facilitar a visão da placa, possibilitando tanto ao profissional quanto ao paciente ver onde estão aderidos os restos alimentares nos dentes e a placa bacteriana, objetivando a remoção da mesma através da escovação dos dentes e da língua e do uso do fio dental. Ao final de cada atividade faz-se uma avaliação da higiene bucal, uma avaliação do índice de placa bacteriana e se necessário a aplicação tópica de flúor.

Nas atividades número 2, 3 e 4, essas fases repetem, no entanto, na considerada “última fase”, faz-se uma avaliação geral da saúde bucal do paciente.

Nas declarações dos 32 sujeitos entrevistados estão contidas representações sobre esse instrumento utilizado pela clínica. Algumas com o pensamento sistematizado outras mais no senso comum, observada a partir do lugar em que ocupam os sujeitos. Sobre esse aspecto, convém ressaltar a definição que Viana (2015), utilizando-se da dialética marxista, para definir representações cotidianas, como apreensão da realidade que não seriam essencialmente descritivas da realidade, elas estariam ligadas aos diversos modos de vida das classes sociais, apresentando cada um, diferentes representações de consciência. Desta forma sintetiza o autor dizendo que o pensamento sistematizado é um atributo mais comumente encontrado em

classes privilegiadas que possuem condições concretas favoráveis à sistematização da consciência. Nesse mesmo sentido, a interpretação da realidade pelas classes desprivilegiadas seria o senso comum.

Importa destacar que, embora falado de diversas formas, os discursos foram desvelados os significados dados aos procedimentos que a clínica utiliza para buscar atingir seus propósitos relativos à prevenção de doenças e promoção da saúde bucal dos seus usuários.

Destacam-se trechos das falas que levaram a essa reflexão, logo abaixo:

*O protocolo de placa é um instrumento que possibilita ao profissional conhecer o paciente, seu hábitos, suas necessidades e de como eles se comportam diante dela, objetivando a construção de um plano de tratamento adequado, singular a cada paciente, na perspectiva de construção do processo de saúde do mesmo. Para o paciente possibilita o estímulo a mudança de hábitos, a reconhecer seus problemas, suas dificuldades, a promoção do protagonismo e da responsabilidade com a sua saúde, bem como a possibilidade que o mesmo irá ter em permitir adoecer, quando apreende por meio da educação em saúde a remover a placa dentária, passar o fio dental e a importância, na medida certa, do flúor. (G3)*

*Acho um dos melhores cuidados, por prevenir a cárie. As crianças que são acompanhadas pela clínica geralmente conseguem reduzir o índice de placas e assim, evitam a cárie, é feito todo esse trabalho para promover a saúde bucal. (S5)*

*Sim recebo orientação de como escovar, passar fio dental, escovar 3 vezes ao dia e antes de dormir. Não repasso as informações porque sou surda e não me comunico bem com as pessoas, elas não me entendem, só o meu namorado que moro com ele. (U5)*

*Recebi orientações sobre a escovação, passar o fio dental, escovar após as refeições, escovar 3 vezes e partilho as orientações com minha esposa. (U6)*

*Claro, eles me dizem tudo sobre escovar, passar o fio dental e falam até sobre o que comer e como ter uma boa alimentação. Partilho com meu filho e marido. (U 7)*

*Sim. Ensinam como a gente deve escovar os dentes, ensinam como escovar a língua e eu acho isso muito importante porque nunca tinha visto ninguém escovar a língua. Usar o fio dental, escovar 3 vezes ao dia após as alimentações. (U 17)*

*Recebo sim. Perguntam se a gente tem pressão alta e se tiver verificam pra ver se está alta. Se a gente tem diabetes, usam um comprimido de cor de vinho, que eles chamam de evidenciador de placa, falam sobre a doença que dá na raiz do dente. (U22)*

Nas declarações dos usuários ainda pode-se destacar o grau a confiança que eles depositam nesse atendimento e a motivação deles para permanecerem sendo atendidos pela clínica, bem como a resolutividade da mesma. Identifica-se quando destacam a clínica de saúde bucal como solucionadora de seus problemas bucais.

*Confio é claro que sim. Eles nos dão atenção, falam de como a gente se cuidar e escovar os dentes, sem contar que fazem restauração e outros atendimentos. (U20)*

*Ficarei por aqui mesmo, porque não tem sofrimento pra marcar, aqui é coisa certa, os postos não atendem e param o atendimento por tudo e por qualquer besteira. (U6)*

*Há 24 anos quando procurei a primeira vez e resolve até hoje. Aqui já foi atendido meu avô, minha mãe, meus filhos e até o meu primeiro marido que morreu ah, nem todos porque aqui não faz canal, nem próteses. Minha mãe precisou de uma prótese eles mandaram para o posto e ela tá na fila de espera, mas voltamos no Cedefam e eles encaminharam para um curso na aldeota que tem preços populares e ela faz lá. (U14)*

*Resolveu sim e continua resolvendo. Estou grávida e faço pré-natal na casa de parto e continuo sendo atendida pelos dentistas. Quando não tem como resolver lá, me encaminham para outro lugar. Ligam antes pra faculdade de odontologia e marcam pra mim por telefone. (U15)*

Os depoimentos sobre a marcação de consultas para o atendimento na clínica, apresentaram em comum referência ao ponto de demonstrar certo conforto, para aqueles que tinham suas consultas marcadas por ocasião das visitas domiciliares, realizadas pelo professor da disciplina de Atenção Primária a Saúde (APS), junto com os estudantes dessa disciplina do Curso de Odontologia da UFC.

*Acho muito bom porque fazem de acordo com o que a gente precisa, respeitando o nosso horário de trabalho e tudo. (U15)*

*Gostei por não ter que ter ido de madrugada marcar. (U17)*

*O agendamento foi em casa com a visita dos alunos. (U19)*

*É bom, não precisa ir de madrugada, logo que a gente chega eles marcam. (U20)*

*O professor vem aqui, olhava meus dentes e marcava pra mim e eu ia lá no Cedefam, só no dia da consulta. Esse ano ele não veio mais aqui. (U21)*

*O professor veio com os alunos na minha casa marcar. (U22)*

Considera-se importante destacar, um depoimento oposto aos demais, na medida em que o usuário se posiciona contra a marcação de consulta, não se referindo ao modo de marcação, todavia, se refere ao número restrito de vagas, inclusive lamentando-se: “[...] fico arrasado, deveria ter mais vagas”. O mesmo conclui seu discurso com a frase: “aqui é bom, mas parece que tudo que é bom é pouco.

*Pronto aí você me pegou, eu não gosto, mas vou explicar porque eu acho tão bom aqui e recomendo pra todo mundo, aí o pessoal vem aqui e não consegue marcar. Fico arrasada, deveria ter mais vagas. Aqui é muito bom, mas parece que tudo que é bom é pouco.*

### 5.2.5 Contexto social dos usuários da clínica de saúde bucal e suas necessidades

Quadro 5 – TEMA V – Contexto social dos usuários da clínica de saúde bucal e suas necessidades

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
<p>1. Necessidades de moradias melhores, além de cuidados de saúde básicos, controle de doenças mais comuns como diabetes, hipertensão, com relação a saúde bucal, tem necessidades de ações especializadas como prótese e tratamento endodôntico.</p> <p>2. Sem falar nas necessidades básicas sociais, apresentam necessidades de tratamento dentário de forma geral, principalmente porque a população não é coberta pelas unidades de saúde existentes no Pici, tratamento endodôntico, cirurgia maiores de dentes inclusos e reabilitação oral por prótese dentária. Aqui destaco a alta demanda de necessidade em fisioterapia que se apresentou ao ser implantado um serviço, gerando uma fila de espera em torno de 400 pessoas além das que foram atendidas.</p> <p>3. As principais necessidades sociais, porque ainda devemos ter uma visão ampliada de saúde. Acho que problema de saúde é problema de vida, então a gente poderia até assim considerar nas suas adequadas dimensões, mas o problema da falta de emprego é um problema muito grande, se você observar a maioria da nossa população aqui ela trabalha por conta própria ou não trabalha, muitas pessoas aqui não trabalham, estão excluídas, definitivamente, no ponto de vista da sociedade alienada, excluída do trabalho por várias questões. Nós observamos, por exemplo, muito a questão do alcoolismo e o próprio uso de outras drogas, drogas ilícitas. Isso</p>	<p>1. Presença de cárie e de doença periodontal.</p> <p>2. A falta de conhecimento, a falta de informação de como cuidar da higiene bucal.</p> <p>3. Vejo grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde mesmo sem atuar na clínica, acho que problemas de cárie e doenças periodontais.</p> <p>4. Dor de dente, necessidades de tratamento bucal. Ex: restauração, exodontia, solicitação de prótese e canal.</p> <p>5. Além das condições sociais, os problemas de saúde bucal são cáries, procura para tratamento de canal, exodontia, infecções bucais e outras.</p> <p>6. Os principais problemas são exodontia, restauração, limpeza, tratamento de canal, prótese e etc.</p> <p>7. Necessidades sociais e de saúde: moradia, trabalho; prevenção e procedimentos restauradores e reabilitação.</p> <p>1. Sim, os pacientes atendidos na clínica do Cedefam são pessoas carentes, de condições precárias.</p> <p>2. A maioria é de família muito humilde.</p> <p>3. Trata-se de uma comunidade eminentemente carente, cercada por problemas com drogas e violência.</p> <p>4. Sim, os nossos clientes, em grande parte do Cedefam são pessoas muito pobres e carentes da comunidade.</p> <p>5. Sim os pacientes são pessoas carentes da comunidade, que tem condições de vida precária.</p> <p>6. Sim, os pacientes são muito carentes e moram em comunidades pobres.</p> <p>7. Sim, pobreza e exclusão social.</p>	<p>1. De tratar os dentes.</p> <p>2. Resolver um problema no meu dente que não me deixa dormir e fazer o tratamento todo.</p> <p>3. Arrancar os 4 dentíqueiros e fazer tratamento do resto. Terminar meu tratamento que comecei lá.</p> <p>4. Buscar tratamento para o meu filho e resolver sobre conseguir um parêlho.</p> <p>5. Obturar meus dentes, fazer limpeza e arrancar uns caquinhos.</p> <p>6. Arrancar e obturar os meus dentes.</p> <p>7. Fazer em primeiro lugar um canal porque às vezes dói muito e incha meu rosto, isso já aconteceu 3 vezes e depois fazer um tratamento todo dos meus dentes.</p> <p>8. Aprender a escovar os dentes direito.</p> <p>9. Arrancar, obturar e colocar aparelho.</p> <p>10. Colocar uma prótese. Estou numa fila de espera no posto da Bela Vista há 4 anos e não consigo nada por lá. Aqui parece que também não faz.</p> <p>11. Fazer tudo para ter uma boa saúde bucal.</p> <p>12. Tratar meus dentes. É lógico.</p> <p>13. Se eu resolver o tratamento dos meus filhos já tá bom, o meu eu penso depois.</p> <p>14. Fazer tratamento completo de dentes.</p> <p>15. Obturar esse dente, só falta ele, pra minha boca ficar perfeita.</p> <p>16. O que eles acharem que dever ser feito nos meus dentes.</p> <p>17. Arrancar os 4 dentíqueiros e fazer tratamento do resto. Terminar meu tratamento que comecei lá.</p> <p>18. Conseguir uma prótese, porque o resto eu fiz lá no Cedefam.</p> <p>19. Ir lá no Cedefam escovar, porque já fiz todo o tratamento lá.</p> <p>20. O dentista disse que tava tudo ok com os meus dentes, tenho só que reforçar a escovação.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
<p>tira as pessoas da possibilidade de trabalho. Outro problema grande que há relacionado à saúde é a questão da escolaridade das pessoas. Nós temos ainda muitas pessoas analfabetas aqui na comunidade e jovens e crianças que não dão sequência ao seu processo de escolaridade, são questão do emprego, a questão do trabalho, da escolaridade e aí podemos pensar. Se a gente pudesse pensar por exemplo, no ponto de vista de ações em saúde aí nós não podemos fragmentar a saúde bucal como eu já coloquei entendeu? Como a coisa mais importante e não a saúde bucal tem a sua importância, mas ela estar relacionada por exemplo, nos chegamos numa casa, num dos vizinhos que a gente abordou. Era um casa que tinha 4 mulheres, essas 4 mulheres representavam 4 gerações, 1 de 80 e poucos anos, outra de 57 que era a chefe da família que a filha dela já tinha uma filha, ela já tinha uma neta. A gente chamou-a até a casa das 4 mulheres, a coisa mais importante, apesar da dificuldade de acesso nós observamos por isso que estou falando. A gente não pode, a gente é que trabalha com saúde bucal. A gente não pode ser cego e de um olho só, como se diz tapa os dois olhos abertos. O maior problema era o que essa senhora de 57 anos que nunca tinha feito um Papanicolau na vida, que dizer imagina-se para aquela família, aquela pessoa faltar? é a destruição. Como fica a mãe idosa, a filha que é adolescente praticamente e a filha bem pequena então no caso, no processo vamos dizer assim de problematização nós elegemos que era a questão à saúde da mulher e aí desafio foi pra que ela buscasse o serviço pra que realizasse a</p>		<p>21. Eu tô em dias como os meus dentes.</p> <p>22. Agora falta ir lá no Cedefam pra levar minha neta. Já fiz tudo. Trocar minha prótese.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
consulta de prevenção fizesse o Papanicolau e nesse semestre a gente ficou muito feliz antes de terminar o semestre ela conseguiu a vaga. Fez o agendamento, fez o Papanicolau pela primeira vez com seus 57 anos, isso é uma conquista, isso tá relacionado com saúde bucal também.		

Fonte: elaborado pela autora.

Identifica-se nos discursos dos três gestores, ao serem perguntados sobre as necessidades prementes dos usuários, que suas respostas vão além das relativas à saúde bucal. Revela-se em suas falas uma compreensão das necessidades sociais da população que assistem, bem como reconhecem o contexto social do que ela está inserida. A seguir, temos trechos das falas dos entrevistados:

*Necessidades básicas e de saúde: prevenção e procedimentos restauradores e reabilitação. (G1)*

*Sem falar nas necessidades básicas sociais, apresentam necessidades de tratamento dentário de forma geral. (G2)*

*As principais necessidades sociais, porque ainda devemos ter uma visão ampliada de saúde. Acho que problema de saúde é problema de vida, então a gente poderia até assim considerar nas suas adequadas dimensões, mas o problema da falta de emprego é um problema muito grande, se você observar a maioria da nossa população aqui ela trabalha por conta própria ou não trabalha... (G3)*

Na Conferência Internacional de Promoção da Saúde da OMS, realizada em Ottawa, no ano de 1986, foi verificado que os fatores determinantes também fazem parte da saúde do indivíduo, por este motivo foi formulada uma carta que levou o nome da cidade que sediou o evento, Carta de Ottawa, na qual foi descrita a relevância da ampliação da concepção de promoção da saúde, incorporando a importância e o impacto das dimensões socioeconômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde.

No Brasil, expresso pelo artigo 3º da lei 8080/90, consta que “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de doenças”.

Depreende-se que os gestores e trabalhadores entendam que os determinantes sociais fazem parte da saúde e que os condicionantes propiciam o aparecimento das doenças, inclusive as bucais. Acredita-se que a visão deles em relação aos usuários seja conceituada por uma visão holística, dito de outra forma, olhando-os por inteiro e verificando todas as suas condições, socioeconômicas, emocionais, familiares, fisiológicas e etc.

Por sua vez, uma única servidora técnico-administrativa, das 7 (sete) entrevistadas, revela que considera essas necessidades sociais como prementes dos usuários. Revelada por estas falas:

*Além das condições sociais, os problemas de saúde bucal são cáries, procura para tratamento de canal, exodontia, infecções bucais e outras. (S5)*

*Necessidades sociais e de saúde: moradia, trabalho; e prevenção e procedimentos restauradores e reabilitação. (S7)*

As demais servidoras responderam as perguntas convergindo com as respostas dos usuários, inclinando-se apenas para as necessidades de tratamento bucal, extração, restauração e limpeza.

Continuando na mesma pergunta, desta vez direcionada aos usuários, identificou-se que os mesmos respondiam apenas a partir das suas necessidades patológicas bucais. Importa ainda destacar, que em suas falas 27% representadas por respostas de 6 usuários, apresentaram necessidades de procedimentos que não são realizados na atenção básica, nível de atenção à saúde que o Cedefam está inserido. Procedimentos como cirurgia para extração dos dentes do ciso; ortodontia para instalar aparelho ortodôntico, com o objetivo de fazer o alinhamento dos dentes quando eles se desenvolvem com uma má formação, servindo para corrigir a posição dos dentes para fins estéticos e funcionais; endodontia para fazer tratamento do “canal” e a confecção de prótese parcial e total, procedimentos realizados em outros níveis de atenção, em sua maioria, no nível secundário, todavia as cirurgias podem ser realizadas no nível secundário e terciário de atenção à saúde. O exposto aqui encontrou consonância com a fala do Gestor que está representado pelo número 3:

*Outra dificuldade é a referência, a gente faz a clínica básica, mas se precisar um canal, uma prótese, o Cedefam não faz. E aí como fica? Nós temos um sistema capenga de referência que é enviar o paciente pra faculdade sem nenhuma garantia que ele vai ser atendido. (G3)*

Atualmente há um serviço de acolhimento na Faculdade de Odontologia da UFC que cadastra os pacientes para depois chamá-los para realizarem o tratamento por ordem de necessidades dos pacientes.

Verificam-se estas necessidades de tratamentos nos depoimentos que seguem:

*Buscar tratamento para o meu filho e resolver sobre conseguir um parêlho. (U4)*

*Fazer em primeiro lugar um canal porque às vezes dói muito e incha meu rosto, isso já aconteceu 3 vezes e depois fazer um tratamento todo dos meus dentes. (U6)*

*Arrancar, obturar e colocar aparelho. (U8)*

*Colocar uma prótese. Estou numa fila de espera no posto da Bela Vista há 4 anos e não consigo nada por lá. Aqui parece que também não faz. (U9)*

*Arrancar os 4 dentiqueiros e fazer tratamento do resto. Terminar meu tratamento que comecei lá. (U16)*

*Trocar minha prótese. (U22)*

Registra-se ainda nas falas dos usuários, o foco das necessidades de saúde bucal voltada para a doença, que 98% dos entrevistados responderam de acordo com as doenças que percebiam, tais como: “arrancar dentes, fazer obturações, fazer canal e limpeza dos dentes”. A centralização na doença é uma dificuldade enfrentada pelos profissionais que trabalham no SUS, ela faz parte do modelo flexneriano adotado pela saúde brasileira no séc. XIX. Do século XX em diante é adotado outro pensamento voltado para a saúde, para a prevenção de doenças e promoção da saúde. A saúde e a doença não estão resumidas à apenas uma experiência biológica, orgânica e objetiva. Logo para Minayo (1999), o processo saúde-doença se constitui uma realidade socialmente construída de forças sociais com o ambiente social.

### 5.2.6 Inserção dos profissionais da clínica de saúde bucal e satisfação no trabalho

Quadro 6 – TEMA VI – Inserção dos profissionais da clínica de saúde bucal e satisfação no trabalho

GESTORES	SERVIDORES
<b>Inserção dos profissionais na clínica</b>	
1. Fui cedida pelo Departamento de Clínica Odontológica (DCO) para compor o quadro de dentistas preceptores. Tenho participado de cursos que tem ajudado nas atividades da clínica. Sim, muito satisfeita, porque aqui podemos exercer nossas atividades ajudando o próximo, e também trabalhamos dentro das condições recomendadas pela Anvisa. Tenho grande satisfação de ver sorrisos transformados, bocas com saúde dental e periodontal. Penso que todas essas ações poderiam alcançar mais gente.	1. A convite da Dra. Walda. 2. Removida há dois anos, convidada pela Dra. Walda. 3. Em Agosto de 2016. Fui transferida da Faculdade de Odontologia. 4. Cheguei no Cedefam em Junho de 2017, através da permuta de setor, a meu pedido. 5. Ocorreu em 2014 quando fui transferida do HUWC para ocupar uma vaga disponível no Cedefam.

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES
<p>2. Em agosto de 1987 quando concursada como docente para a disciplina de Estágio Extra Mural do Departamento de Clínica Odontológica (DCO) da Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem (FFOE) da Universidade Federal do Ceará (UFC). Em anos anteriores o Curso de Odontologia havia inserido em seu Currículo, nas disciplinas de saúde coletiva do DCO, práticas em Escolas e Unidades de Saúde onde o aluno teria oportunidade de vivenciar e contribuir para a melhoria das condições de saúde bucal da população de Fortaleza. Era uma mudança de paradigma que vinha sendo discutida nacionalmente. Pois com a experiência do Estágio Rural o aluno em contato direto com a realidade existente no interior e atuando junto e com as comunidades vinha apresentando uma melhor qualificação em sua formação profissional ao tempo em que promovia ações de saúde, educação e cidadania, o que impulsionava a mudanças e ao desenvolvimento dos distritos e população em geral. Quando ingressei na UFC como docente e fui atuar no Cedefam, me deparei com um NÚCLEO - que havia sido construído pela PREx, muito bem equipado, com um trabalho multidisciplinar e interdepartamental em que Docentes, Discentes e Servidores Técnicos- Administrativos dos cursos de Psicologia, Sociologia, Economia Doméstica e Enfermagem, desenvolviam atividades de Economia solidária, treinamento e capacitação para o trabalho para as pessoas da comunidade. Ministravam cursos de corte e costura simples e industrial, havia uma lavanderia comunitária, uma creche e um salão onde aconteciam os cursos e as reuniões com a comunidade aos sábados. Procurei me envolver em visitas às creches e espaços sociais e sempre participava de cursos de extensão em ação comunitária. Desde então, me dediquei aos estudos quando conclui a Especialização em Saúde Coletiva, Mestrado em Odontologia Social e Doutorado em Ciências da Saúde. Contribuí na elaboração e execução de projetos junto às lideranças comunitárias e o aprendizado na convivência com uma postura democrática e compartilhando saberes, me capacitou a ocupar algumas funções na UFC. Porém gostaria de dispor de mais tempo para me dedicar ao Cedefam e a CSBC, porque não existe um administrador ou um Vice-diretor para compartilhar a gestão e com as inúmeras atividades que tenho – coordenação do PROJETO CONSULTÓRIOS ITINERANTES DE ODONTOLOGIA E DE OFTALMOLOGIA, COORDENAÇÃO DE ESTÁGIOS ESSUSII e ORIENTAÇÃO/SUPERVISÃO DO ESTÁGIO ESSUS III, REPRESENTAÇÃO EM CONSELHOS, dentre outras, vejo a necessidade de providências nesse sentido.</p>	<p>6. Transferida da Oftalmologia a meu pedido.</p> <p>7. Agosto de 2016.</p> <p><b>Satisfação no trabalho</b></p> <p>1. Sim</p> <p>2. Me considero uma profissional realizada.</p> <p>3. Plenamente satisfeita e realizada.</p> <p>4. Sim me considero uma profissional realizada, pois estou há 16 anos no atendimento odontológico.</p> <p>5. Mais ou menos. Gostaria de fazer bem mais. Os meus objetivos vão além da expectativa do que oferecemos.</p> <p>6. Sim, sou boa no que faço, trabalho com responsabilidade e amo minha profissão.</p> <p>7. Dentro das minhas limitações sim. Como cirurgiã-dentista sim, pois é o que consigo fazer de melhor e como ASB não consigo produzir bem, mas, esforço-me. Estou em processo de treinamento e aprendizado para exercer da melhor forma possível minha função de ASB, pois adoro trabalhar nessa Universidade.</p> <p><b>Relação como os colegas e superiores</b></p> <p>1. Boa com todos.</p> <p>2. Respeito a todos é uma relação como se fosse minha família com todos os colegas, superiores e do mesmo jeito com vigilantes e o pessoal dos serviços gerais.</p> <p>3. Muito boa, gosto de todos.</p> <p>4. Com meus colegas de trabalho tenho uma relação muito boa, com muito respeito e companheirismo à toda equipe da clínica. Tenho um ótimo relacionamento com o pessoal dos demais setores do Cedefam. Com a minha chefia imediata tenho um bom relacionamento e com outros setores da UFC também.</p> <p>5. A minha relação com as colegas é boa. Aqui no Cedefam é um local de trabalho muito transparente, envolve muitos os profissionais e os pacientes da comunidade. Procuro fazer sempre o meu melhor possível para que a Unidade de saúde consiga seus objetivos positivos a minha relação com meus superiores é de respeito e compreensão para ajudar nas necessidades que o trabalho precisar.</p> <p>6. É muito boa, mantenho um ótimo relacionamento com toda a equipe da CSBC, local muito bom e agradável pra trabalhar. Os meus superiores são muito acessíveis e compreensivos, tenho um bom relacionamento com eles.</p> <p>7. Particularmente, acho a relação muito boa. Sempre me relacionei bem com os meus superiores.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES
<p>3. Efetivamente se deu quando eu fiz o concurso 1994 e assumi o cargo de professor na área de saúde coletiva na época, professor do estágio curricular, disciplina chamada Estágio Extra Mural. O Cedefam, naquela época apontava como um equipamento muito importante para a comunidade. Eu estive aqui em um momento anterior, tinha sido bolsista de extensão, quando dra. Walda coordenava essa disciplina. Nesta mesma data eu me tornei orientador clínico e passei a ser também coordenador da clínica. Embora sabendo que ainda há muito o que se fazer por essa comunidade, eu me sinto satisfeito aqui com tudo o que nós, a equipe do Cedefam construiu.</p>	<p><b>Formação para trabalhar na área</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim, o Cedefam oferece oficinas de trabalho e palestras.</li> <li>2. Não fiz formação.</li> <li>3. Tive atividades no Cedefam durante a graduação, tenho acesso a seminários e encontros científicos que sem dúvida me acrescentam muito conhecimento.</li> <li>4. Fiz um treinamento aqui no Cedefam no início de 2017.</li> <li>5. Sim, o Cedefam sempre oferece oficinas de trabalhos, palestra que participamos para exercer melhor atendimento nas atividades laborais.</li> <li>6. Sim, oficinas, palestras, cursos e etc.</li> <li>7. Sim, houve sim um treinamento, revisando o conteúdo e a dinâmica do atendimento.</li> </ol>

Fonte: elaborado pela autora.

Nas declarações dos gestores, observou-se que a inserção dos coordenadores na clínica de saúde bucal do Cedefam se deu há 20 anos, conforme revelaram em suas falas. A diretora do Cedefam está lá desde a implantação da clínica, e vale lembrar que, a mesma participou do processo de estruturação, inclusive foi umas das autoras do Projeto Estágio Extra Mural, a proposta inicial para o desenvolvimento das atividades naquela unidade de saúde.

Importa destacar que a disciplina de Atenção Primária em Saúde (APS) esteve sob a coordenação da Profa. Clélia Nolasco Lopes por 4 (quatro) anos, bem como o ensino desta disciplina. Atualmente nesta disciplina compartilham do ensino o prof. Sérgio Luz e a professora Ana Karine, a mais recente concursada que integra a equipe de professores e contribui no Cedefam há 3 (três) anos, renovando assim o quadro, porém a equipe de dentistas da clínica continua a mesma de 20 anos atrás, sem renovação embora apresentando vagas disponíveis para serem preenchidas.

Nos depoimentos das servidoras, observou-se que, apenas uma tem 25 anos de trabalho desenvolvidos na clínica, restando às demais, o tempo de inserção variando de 7 meses a 7 anos. Os docentes foram enviados do Departamento de Clínica Odontológica (DCO) para ministrarem suas disciplinas, e duas servidoras também foram enviadas deste mesmo departamento para assumirem a função de preceptoras dos estudantes do Curso de Odontologia. As demais servidoras que vieram para o Cedefam, se encontravam à disposição, na Divisão de Dimensionamento e Movimentação (DIMOV), aguardando um setor para

assumirem suas funções, quando foram convidadas pela diretora do Cedefam, professora Walda, para fazerem parte da equipe.

Quanto à satisfação dos profissionais com o trabalho, a maioria dos entrevistados, representados pelos dois segmentos (gestores e servidores), traz em comum em suas falas a percepção de satisfação pelo trabalho desenvolvido na clínica. Por observar discursos convergentes, em quase sua totalidade das entrevistas, acredita-se estar diante de um fenômeno, por isso buscou-se os teóricos que estudam o tema “satisfação no trabalho” para melhor compreensão desse fato, por mais que não se tenha a pretensão de discuti-lo em profundidade.

Segundo os estudos de Spector (2003), a satisfação no trabalho é uma variável de atitude, que mostra como as pessoas se sentem em relação ao seu trabalho, relacionando-o com alguns aspectos desse trabalho ou a todo o trabalho que desenvolve. Revela o quanto as pessoas gostam de seu trabalho.

Locke (1690 *apud* ZANELLI; BORGES-ANDRADE; BASTOS, 2004, p. 302) definiu assim a satisfação no trabalho:

A satisfação no trabalho como “um estado emocional, positivo ou de prazer, resultante de um trabalho ou de suas experiências” definição que tem, ainda hoje, impacto importante para o conceito. Desta forma, o homem usa de sua bagagem individual de crenças e valores para avaliar seu trabalho e essa avaliação resulta num estado emocional que, se for agradável produz satisfação e, se for desagradável, leva à insatisfação. Portanto, satisfação no trabalho é uma variável de natureza afetiva e se constitui num processo de avaliação das experiências no trabalho.

A partir do que foi revelado pelos depoimentos e de acordo com o pensamento dos autores acima referidos, os profissionais da clínica de saúde bucal, avaliaram suas experiências de trabalho na clínica, como satisfatórias, sendo esta escolha de natureza afetiva e ligada a um ambiente de trabalho agradável.

### 5.2.7 Entendimento dos sujeitos sobre o papel da Extensão

Quadro 7 – TEMA VII – Entendimento dos sujeitos sobre o papel da Extensão

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
<p>1. Compreendo como essencial para a existência dos cursos de graduação e pós-graduação. É de grande importância para a comunidade acadêmica e para a comunidade em geral, que participa e é beneficiada pelo projeto e programa da UFC. Sim, mas com dificuldades e limitações, pois atende um número de famílias menor que a necessidade existente. E também tem poucas cadeiras odontológicas, necessitando de uma clínica mais ampliada.</p> <p>2. Em parte. Os projetos não têm verba para conduzirem as suas ações e não estão atuando diretamente na comunidade, atualmente estão atendendo a população na clínica e promovendo oficinas de saúde bucal em escolas e grupos. Como a infraestrutura é antiga e não tem condições de espaço para a guarda de material fica difícil mobilizar. Construção de uma nova Unidade de Saúde, ativação de um Polo de Capacitação e busca de parcerias para financiamento das ações extensionistas. A Extensão Universitária é o veículo de articulação do Ensino com a Pesquisa, onde Docentes, Discentes e Servidores Técnicos Administrativos da UFC participam de Programas e Projetos numa relação direta com a Sociedade. No desenvolvimento das ações ocorre uma relação transformadora entre Universidade e Sociedade, havendo um crescimento mútuo pela troca de saberes e abordagens educativas,</p>	<p><b>Importância da Extensão</b></p> <p>1. É um trabalho de grande importância para a comunidade local.</p> <p>2. É de muita importância, sempre aprendendo, e tendo conhecimento.</p> <p>3. Ajuda na organização dando apoio administrativo, controlando o material, solicitando serviços de manutenção, formulando documentos e comunicações, entre outras coisas.</p> <p>4. Papel de muita importância, pois sem essa função de atendimento odontológico, não poderia acontecer a execução do trabalho. Um papel de muita responsabilidade e compromisso, pois trabalhamos com pessoas.</p> <p>5. Compreendo que é um trabalho de suma importância, onde apreendemos com as trocas de experiências entre nós e os pacientes a atendê-los nas suas necessidades.</p> <p>6. Papel de muita importância, pois desempenham um trabalho com muita responsabilidade, compromisso e amor.</p> <p>7. Importante como todos os membros da equipe.</p> <p><b>Papel da Extensão</b></p> <p>1. A extensão universitária da UFC leva os conhecimentos à comunidade.</p> <p>2. Sinceramente ainda não conheço.</p> <p>De fundamental importância, tanto para os acadêmicos quanto para a população que é atendida. Os discentes da UFC durante o período que participam dessa experiência, além da atuação na clínica podem através das visitas</p>	<p>1. O papel da extensão da UFC aqui no Cedefam? Não sei não.</p> <p>2. Sei que é da UFC, mas não sei o que esse departamento chamado extensão.</p> <p>4. Não sei, acho que tem a ver com saúde.</p> <p>5. Que é uma extensão da faculdade do Porangabussu.</p> <p>6. Não sei o que é isso.</p> <p>7. Nunca ouvi falar.</p> <p>8. Tem na placa do Cedefam, mas nunca perguntei.</p> <p>9. Deve ser extensão da UFC.</p> <p>10. Sei não vii.</p> <p>11. Sinceramente nunca ouvi falar aqui sobre isso.</p> <p>12. Eu não sei e aposto que quase ninguém sabe, porque lá eles não falam nessa extensão.</p> <p>13. Não sei.</p> <p>14. Deve ser algo com saúde.</p> <p>15. O papel e trabalhar com pessoas, ajudando as pessoas.</p> <p>16. O papel é trabalhar com pessoas, ajudando as pessoas.</p> <p>17. Atender a comunidade.</p> <p>18. Sei não.</p> <p>19. Acho que o papel é atender bem a população.</p> <p>20. Sei não.</p> <p>21. O papel é diferente do SUS.</p> <p>22. Todo trabalho do Cedefam é Extensão, quando iniciou eles falam que as coisas vinham da Extensão, mas eu não sei bem o que é.</p>

Continua

Continuação

<b>GESTORES</b>	<b>SERVIDORES</b>	<b>USUÁRIOS</b>
<p>culturais, científicas e sociais observando a ética e a cidadania. A UFC realiza ações de extensão sob a forma de programas, projetos, cursos, eventos e prestação de serviços nas áreas temáticas de Comunicação, Cultura, Direitos Humanos, Educação, Meio Ambiente, Saúde, Tecnologia e Trabalho, em consonância com as diretrizes do Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Instituições Públicas de Educação Superior Brasileiras - FORPROEXT.</p> <p>3. Na minha avaliação ela cumpre seu papel sim, o papel dele, o nosso papel também, temos limites a uma limitação no cumprimento dessas ações, mas dentro dos limites que estão posto, acho que razoavelmente cumprimos o nosso papel, nos colocamos primeiro porque colocamos estudantes, gente da realidade, o ponto de partida tem que ser a realidade nos não estamos aqui, por exemplo tem muito projeto de extensão hoje em dia dentro dos prédios das universidades, não está na comunidade mas é projeto de extensão, podemos ter projetos com esse perfil entende, mas nós temos que a acessar a sociedade, as pessoas, acessar os grupos no curso de odontologia tem muitos projetos que é o seguinte, é a clínica atendendo as pessoas isso pode ser um projeto, pode, mas acho que existe uma limitação na concepção do trabalho porque se você for pensar, se você for limitar o que agente começou a chamar de extensão como simples processo assistencial acho que isso é uma visão limitada.</p>	<p>domiciliares ter uma noção da realidade de uma comunidade, sua maioria carente. Isso proporciona uma visão mais verdadeira da realidade social da nossa população.</p> <p>3. O papel da extensão é trazer o aluno para a prática de toda a teoria adquirida no ensino, perceber a realidade na qual ele está inserido promovendo mudanças de acordo com as necessidades da população.</p> <p>4. A extensão universitária na UFC é muito positiva, sempre alcança os objetivos da instituição dentro das normas. Assim, trazendo conhecimento os objetivos são claros e eficazes em todo projeto exercido.</p> <p>5. Traz o aluno para pôr em prática o que aprendeu na teoria, faz com que o aluno veja a realidade da necessidade da população.</p> <p>3. Acho muito importante, levando até a comunidade alguns serviços, humanizando assim a formação acadêmica.</p>	<p>23. Sou antiga no Cedefam, mas nunca fiquei sabendo dessa extensão, é da UFC?</p>

Fonte: elaborado pela autora.

A extensão universitária pode ser compreendida como um meio de interação entre a universidade e a comunidade na qual estão inseridas suas ações. Poderíamos compará-la a uma ponte que liga dois lados, a Universidade com os diversos setores da sociedade, de caráter permanente, com objetivos bilaterais. Funciona como uma via de “mão dupla”, em que a Universidade identifica suas reais necessidades, seus anseios, aspirações por meio de escuta qualificada, coleta dados e informações, estudos e pesquisas, na perspectiva de levar resolutividade às demandas desses setores, que nesta pesquisa está representado pela comunidade do Pici.

Diante do exposto, busca-se desvelar qual significado é dado ao papel da Extensão, para os envolvidos com a política de saúde bucal no Cedefam. Nesse sentido, apresentam-se os depoimentos dos gestores, como objeto primeiro de análise:

*Compreendo como essencial para a existência dos cursos de graduação e pós-graduação. É de grande importância para a comunidade acadêmica e para a comunidade em geral, que participa e é beneficiada pelo projeto e programa da UFC. (G1)*

*“... a Extensão Universitária é o veículo de articulação do Ensino com a Pesquisa, onde Docentes, Discentes e Servidores Técnico-administrativos da UFC, participam de Programas e Projetos numa relação direta com a Sociedade”. (G2)*

*[...] tem muito projeto de extensão hoje em dia dentro dos prédios das universidades, não está na comunidade, mas é projeto de extensão, podemos ter projetos com esse perfil entende, mas nos temos que a acessar a sociedade, as pessoas, acessar os grupos no curso de odontologia tem muitos projetos que é o seguinte, é a clínica atendendo as pessoas isso pode ser um projeto, pode, mas acho que existe uma limitação na concepção do trabalho porque se você for pensar, se você for limitar o que agente começou a chamar de extensão como simples processo assistencial acho que é isso é uma visão limitada. (G3)*

Os três declarantes acima citados concordam ao destacar o papel e a importância das ações de saúde bucal do Cedefam. Na entrevista 2, o gestor reconhece as limitações, justificadas pela falta de verbas para os projetos, inviabilizando as ações, bem como para efetivar o projeto de uma nova unidade de saúde para o Cedefam.

O relato da entrevista 3 é enfático sobre sua concepção, acerca do papel da Extensão, um discurso crítico sobre o papel que a UFC desenvolve em sua Extensão. Revela que alguns projetos de extensão do curso de odontologia não ultrapassam os muros da universidade, não conseguem acessar a sociedade. Destaca ainda, que alguns projetos fazem atendimentos odontológicos dentro de clínicas na faculdade de odontologia, e está ele configura como uma visão limitada do conceito de Extensão.

Nas declarações das servidoras percebe-se um conhecimento superficial sobre o papel da extensão na UFC, sobretudo quando tratam da importância ao conectar ao seu objetivo. Destacam-se entre elas, as entrevistas de número 4 e 5 quando demonstram, em certa medida, uma conexão com o papel da Extensão da UFC.

Nos discursos abaixo, as servidoras dizem:

*De fundamental importância, tanto para os acadêmicos quanto para a população que é atendida. Os discentes da UFC durante o período que participam dessa experiência, além da atuação na clínica podem através das visitas domiciliares terem uma noção da realidade de uma comunidade, em sua maioria carente. Isso proporciona uma visão mais verdadeira da realidade social da nossa população. (S 4)*

*O papel da extensão é trazer o aluno para a prática de toda a teoria adquirida no ensino, perceber a realidade na qual ele está inserido promovendo mudanças de acordo com as necessidades da população. (S 5)*

Nos depoimentos dos usuários foram recorrentes as falas que revelarem não saberem qual era o papel da Extensão da UFC. Destacadas frases como: “nunca ouvi falar”, “não sei, acho que tem a ver com saúde” e “não estou sabendo dessa extensão, é da UFC?”.

Veja no depoimento em destaque, a seguir:

*Eu não sei, e aposto que quase ninguém sabe, porque lá eles não falam nessa extensão. (U 11)*

Para esse fenômeno encontrado, onde todos os usuários não sabiam responder o que lhe foi perguntado para o estudo em questão, sobre o papel da Extensão, vislumbrou-se necessário buscar aporte teórico nos estudos de Jodelet (2001) que define as representações sociais, como uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com o objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Afirma ainda a autora que, essas representações regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais. Da mesma forma, elas intervêm em processos variados, tais como a difusão e assimilação dos conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, a definição das identidades pessoais e sociais, a expressão dos grupos e as transformações sociais.

Portanto, depreende-se que aquilo que não se conhece, não faz parte da realidade das pessoas e não pode ser socialmente elaborado, partilhado e não serão representados socialmente por um conjunto, especificamente, os usuários que moram, em sua maioria, na mesma comunidade.

### 5.2.8 Concepções dos usuários sobre a relação dos profissionais com a população

Quadro 8 – TEMA VIII – Concepções dos usuários sobre a relação dos profissionais com a população

GESTORES	TRABALHADORES	USUÁRIOS
<b>Relação dos profissionais com os usuários</b>		
<p>1. Todos tem um bom envolvimento. Fizemos numa época atrás uma capacitação, onde conversávamos sobre as relações de humanização, sobre o Acolhimento. Além do compromisso de atender bem.</p> <p>2. Dedicam aos pacientes durante o acolhimento e tratamento, mantém a harmonia no ambiente, procuram não faltar ao trabalho. Atendem os pacientes numa sala reservada, promovem uma escuta qualificada, além de agirem com compromisso, se preocupam em orientar a escovação, se preocupam se eles estão aprendendo, além ligarem para outras unidades para garantirem o encaminhamento seguro.</p> <p>3. Essa equipe é muito boa, envolvida com o trabalho e com os pacientes. Profissionais sensíveis, pessoas com o perfil da saúde coletiva, preocupadas com a prevenção, promoção da saúde, também envolvidas em resolver o problema do outro. Equipe maravilhosa!</p>	<p>1. Muito boa. Eles são o nosso sentido de estar aqui, aliás, eles e os alunos. Atendemos bem, tentamos entender suas demandas e para tentar nos atender. Quando é possível.</p> <p>2. Ótima. Não apenas eu, mas todos os profissionais, professores e alunos atende nos bem os pacientes. Eu nunca tive um atendimento desse em outras clínicas. Aqui a gente conversa para saber o que realmente eles estão precisando.</p> <p>3. Uma relação de muito respeito e compromisso. Eles vem pra cá com dor e a gente está sempre pronto pra atender. Se for canal, agente encaminha para a faculdade.</p> <p>4. Eu considero boa, pois atendemos eles de uma maneira humanizada, mandamos entrar na sala e ouvimos o que eles tem pra dizer.</p> <p>5. Ótima, fazemos de tudo para que eles fiquem satisfeitos. Conversamos, ensinamos a escovar, marcamos consultas, encaminhamos para a faculdade, fazemos tudo que é possível por eles.</p> <p>6. Essa pergunta deveria ser feita aos pacientes porque eles é que tem que falar da gente. É difícil falar do que fazemos, mas quando fazemos com compromisso e responsabilidade, sabemos que eles ficarão satisfeitos.</p> <p>7. Minha relação com eles é muito boa, também sou paciente do serviço público, sei como somos maltratados por aí e, tento não cometer os erros que cometem comigo.</p>	<p>1. Fui bem atendido, atendimento de boa qualidade e de trabalho.</p> <p>2. Ótimo.</p> <p>3. Muito bem são ótimas pessoas.</p> <p>4. Sou recebida bem e com muita alegria.</p> <p>5. Bem, o pessoal daqui nos trata bem, dar as informações sobre escovação.</p> <p>6. Bem recebido, conversou comigo e a minha esposa e explicou que no mesmo dia não podia ser atendido, mas me agendou pra próxima semana.</p> <p>7. Recebe bem.</p> <p>8. Atende muito bem.</p> <p>9. Eu gosto muito do atendimento lá porque os profissionais nos recebem muito bem. O atendimento é maravilhoso, eu não troco outro lugar pelo Cedefam.</p> <p>10. Bem.</p> <p>11. Sou muito bem recebida graças a Deus. São muito atenciosos.</p> <p>12. Muito bem.</p> <p>13. Bem.</p> <p>14. Muito bem, desde as meninas que marcam até os dentistas e os alunos dentistas também, nos tratam como se a gente tivesse pagando, sendo que tudo lá é de graça. Eles são diferentes.</p> <p>15. Sou superbem atendida, da entrada, depois pelas atendedoras que conversam com a gente, passam informações, aprendemos a escovar os dentes, usar fio dental, entramos na sala e remarcam a nossa volta.</p> <p>16. Atendem bem, mandam entrar pra num ficar do lado de fora.</p> <p>17. Atendem bem, pergunta tudo, dão atenção a gente até demais.</p> <p>18. Maravilha o tratamento das meninas comigo.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	TRABALHADORES	USUÁRIOS
		<p>19. Sou bem atendido, tratam a gente bem.</p> <p>20. Atende bem, conversa com a gente, pergunta sobre como estamos.</p> <p>21. Bem, eles tratam a gente com carinho, pra mim são ótimos.</p> <p>22. Recebe bem, trata a gente com carinho, não são grosseiros.</p> <p><b>Explicações sobre o atendimento e tratamento</b></p> <p>1. Me explicaram todo o tratamento que ia ser feito.</p> <p>2. Sim.</p> <p>3. Sim, explicam tudo.</p> <p>4. Sim, aqui o atendimento foi melhor, foram acolhedores, me ensinaram a fazer a escovação correta dos dentes.</p> <p>5. Conversam antes comigo e explicam tudo, lá falam até eu entender, considerando que eu tenho deficiência auditiva, mas eles tentam.</p> <p>6. Ela me examinou, perguntou sobre a minha queixa e indicou o problema em 3 dentes e resolveu fazer o tratamento de imediato.</p> <p>7. Conversa primeiro.</p> <p>8. Sim.</p> <p>9. Sim.</p> <p>10. Conversa Sim.</p> <p>11. Sim.</p> <p>12. Sim. Explicam primeiro antes de fazer algo. Conversam.</p> <p>13. Sim.</p> <p>14. Claro, eles estão atendendo meu filho que estuda na escola, ficaram só me chamando pra vir aqui mulher, pra assinar um papel, pra autorizar o tratamento e me explicaram tudo o que ele tinha, e como iam fazer, a estudante e a professora também, uma baixinha que trabalha aí muito tempo.</p> <p>15. Explicam sim, falam sobre como escovar, fio dental, dentadura, canal, cárie, alimentação, encaminhamentos pra faculdade atrás do Hemoce, aparelho de dente.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	TRABALHADORES	USUÁRIOS
		<p>16. Antes conversam um pouquinho comigo e depois fazem o atendimento.</p> <p>17. Eles explicam tudo. Tudo eles falam, me deu um espelho pra eu ver os meus dentes e os problemas que estão acontecendo com os dentes.</p> <p>18. Falam com a gente com todo o cuidado para explicar.</p> <p>19. Explicam, perguntam qual o dente que está doendo e ver se precisa fazer a obturação.</p> <p>20. Eles explicam com educação o que vão fazer na gente.</p> <p>21. Primeiro eles conversam o que vão fazer, batem chapa e explica o que a gente tem e o que vão fazer.</p> <p>22. Sim, eles me explicam sobre o meu problema no dente e dizem o que acontecerá se eu não cuidar.</p> <p><b>Preocupação dos profissionais com a sua saúde</b></p> <p>1. Se preocupam sim, porque são bons profissionais. Eles me orientam a escovar os dentes, não deixar cariados.</p> <p>2. Sim.</p> <p>3. Se preocupam sim.</p> <p>4. Sim, porque me ensina a escovar os dentes direito, a usar o fio dental, escovar a língua, fazer escovação 3 vezes ao dia.</p> <p>5. Com certeza. Eles vão até o fim do tratamento.</p> <p>6. Acho que sim. Bem envolvidos com a melhora da gente.</p> <p>7. Com certeza. Eles falam tanto sobre eu me cuidar também em casa.</p> <p>8. Sim, orientam como cuidar dos nossos dentes direito.</p> <p>9. Sim. Eles nos dão orientações importantes para a nossa saúde.</p> <p>10. Sim, orientam como escovar, passar o fio dental.</p> <p>11. Sim. Sempre eles ver a necessidade de cada paciente.</p> <p>12. Sim, nos orientam muito bem.</p> <p>13. Sim.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	TRABALHADORES	USUÁRIOS
		<p>14. Com certeza. Toda vez que eu venho aqui, eles se lembram de mim, pergunta como estou, como eu disse a mulher perguntou pelo meu filho, como estava escovando e naquela hora nem eu estava lembrando dele.</p> <p>15. Sim, sempre fazem algumas atividades, festas onde passam informações e brincadeiras, outros atendimentos para o povo onde tem psicologia, fisioterapia, nutrição, outros dentistas, falam sobre várias coisas.</p> <p>16. Sim, porque eles querem que eu melhore a escovação, aumente o número de vezes e use o fio dental.</p> <p>17. Sim explicam até demais, mas, eu gosto desse tipo de atendimento.</p> <p>18. Se preocupam sim, olham até se a pressão está alta antes de fazer o atendimento.</p> <p>19. Sim, porque precisei e tiveram atenção comigo.</p> <p>20. Sim. Eles dão atenção, fala de como se cuidar e escovar os dentes.</p> <p>21. Se preocupa sim, quando a gente vai saindo, eles dizem que a gente não deixe de voltar e orientam, que aquele mesmo procedimento que faz lá eu faça em casa.</p> <p>22. Porque eles mandam voltar, orientam a escovar os dentes.</p>

Fonte: elaborado pela autora.

É nítida a convergência entre as falas quando relatam sobre o envolvimento dos profissionais com os usuários, embora sem desprezar as falas dos profissionais - gestores e servidores, o discurso dos usuários nos chamou atenção, pois seriam os mais prejudicados em não contar com uma boa relação dos profissionais com eles.

Nos depoimentos abaixo temos:

*Eu gosto muito do atendimento lá porque os profissionais nos recebem muito bem. O atendimento é maravilhoso, eu não troco outro lugar pelo Cedefam. (U 9)*

*Muito bem, desde as meninas que marcam até os dentistas e os alunos dentistas também, nos tratam como se a gente tivesse pagando, sendo que tudo lá é de graça. Eles são diferentes. (U 14)*

*Se preocupam sim, porque são bons profissionais. Eles me orientam a escovar os dentes, não deixar cariados. (U 1)*

*Se preocupa sim, porque quando a gente vai saindo, eles dizem que a gente não deixe de votar e orientam, que aquele mesmo procedimento que faz lá eu faça em casa. (U 21)*

### 5.2.9 Inspirações doutrinárias das ações desenvolvidas na clínica de saúde bucal

Quadro 9 – TEMA IX – Inspirações doutrinárias das ações desenvolvidas na clínica de saúde bucal

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
<b>Atendimento tem consonância com os princípios do SUS</b>		
<p>1. Sim, podendo contribuir para solução de problemas sociais da comunidade de forma multi, inter e transdisciplinar. Nossas ações tomam como base a política de saúde bucal e suas diretrizes, sem falar que seguimos aos princípios do SUS.</p> <p>2. Sim, as ações tomam por base o Plano Nacional de Extensão, pois segundo o PNE, a Universidade deve participar em todos os movimentos sociais, priorizando ações que visem a superação das atuais condições de desigualdades. Tentamos atingir o máximo de pessoas, no que diz respeito ao acesso, mas sem perder a qualidade da atenção. De fato não estamos vinculados a rede do SUS, mas temos as mesmas características, é universal, integral e contamos com a participação da comunidade.</p> <p>3. Por mais que não somos participantes da rede do SUS, nos apropriamos de seus documentos, de sua ideologia universalizante, para servirem como base de nossas ações. Quanto ao Plano Nacional de Extensão, as nossas ações devem estar em consonância com este, pois, trabalhamos com estudantes que precisam conhecer e executar as propostas deste plano.</p>	<p>1. Eu acho que está tudo de acordo, embora não termos convênio com o SUS, pois praticamos os mesmos princípios, os pacientes não acham nenhuma diferença e nem eu.</p> <p>2. Sobre o plano nacional de extensão posso falar pouco, ainda não conheço o fundo, mas sobre as ações terem relações com as do SUS, eu não vejo nenhuma diferença. Trabalhamos com saúde de qualidade, e atendemos todos os dias, coisa que nos postos de saúde que é do SUS, tem dinheiro do SUS e não faz.</p> <p>3 Acordo que estão relacionadas sim, essa unidade pertence a pró-reitoria de extensão e por isso deve seguir as orientações dela. Quanto às ações serem executadas com as dos SUS, não tem nenhuma diferença.</p> <p>4. Não conheço do plano nacional de extensão, mas quanto ao SUS tem diferença, atendemos melhor que o SUS, antes dos pacientes sentarem na cadeira, para fazer o tratamento, ensinamos ele a melhorar sua escovação e passar o flúor.</p> <p>5. É o papel da extensão trazer os alunos para conhecer a realidade da população e intervir nela, e isso aqui faz-se todos os dias, através dos alunos e professores. Somos melhor que o SUS, não paramos, temos material e muita vontade para trabalhar.</p>	<p>1. Na verdade, não vejo diferença nenhuma. Aqui não é SUS?</p> <p>2. Com o SUS não. Só vejo diferença no tratamento dos profissionais com a gente na qualidade do serviço e que aqui não para de jeito nenhum, nem quando os alunos da UFC estão de férias.</p> <p>3. Tudo é parecido com o SUS. Agora aqui tem diferenças, é mais limpo, e tem mais cadeira de dentista para atender agente.</p> <p>4. Não posso comparar o posto com o Cedefam. Aqui é cem mil vezes melhor. Não temos que vim de madrugada, arriscando nossa vida. Não é igual. Aqui é o céu comparado com os postos aqui do bairro.</p> <p>5. Nenhuma é igual.</p> <p>6. Não, aqui é outro nível, parece clínica particular.</p> <p>7. Só no hospital das clínicas é que a gente é atendida por muita gente e aqui. Quando vão lá à minha casa, vão 4 ou 5 com professor. Eu me sinto bem atendida. Parece com o atendimento do hospital das clínicas. Como lá é do SUS acho que aqui também.</p> <p>8. Não tem nenhuma diferença.</p> <p>9. Lá no Cedefam é SUS também.</p> <p>10. A odontologia daqui não parece com a odontologia do posto, aqui tem o escovódromo para a gente aprender a escovar os dentes, mas acho que tudo SUS só que aqui é melhor.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
	<p>6. As nossas ações estão de acordo sim, tanto com o plano nacional de extensão, porque os alunos desenvolvem suas atividades. Com o SUS, não tem diferença entre nós e eles, só o número de profissionais que é inferior ao SUS, mas a qualidade do atendimento é melhor.</p> <p>7. Sei pouco sobre o plano nacional de extensão, vou procurar saber mais, mas acho como aqui é extensão do plano. Sobre o SUS, não tem muita diferença, é tudo gratuito e de muita qualidade.</p>	<p>11. Não sabia que aqui não era SUS.</p> <p>12. O SUS foi a melhor coisa que existiu agente tinha que ter carteira assinada para direito ao INPS, agora tudo é de graça, quer dizer, de graça não é através dos impostos. Então o SUS é bom e o Cedefam é ótimo. O Cedefam relação com o SUS é de graça e é bom.</p> <p>13. Não tem diferença em ser SUS, é igual. A diferença é o que faz aqui e faz no posto.</p> <p>14. Tudo é SUS, no posto tem mais gente e aqui tem menos.</p> <p>15. Aqui faz o mesmo que o SUS faz.</p> <p>16. O SUS é de graça, lá também. O SUS fazemos o tratamento, lá também, então é igual.</p> <p>17. A diferença é na forma de atender agente, lá é melhor, totalmente melhor.</p> <p>18. Todos são SUS, só que o Cedefam pra marcar a gente não sofre, eles vem marcar a consulta em casa.</p> <p>19. A mesma coisa que o SUS, só que a diferença é a qualidade do atendimento.</p> <p>20. Faço questão de dizer que no posto é diferente, mesmo todos os dois sendo SUS.</p> <p>21. Sim. Atendem tão bem e ainda da não cobram nada, desde o início é assim. Gratuito e para a comunidade. Lá é melhor que o SUS.</p> <p>22. Tem tudo do SUS, só não sei é do SUS, sei que pertence a UFC.</p>

Fonte: elaborado pela autora.

Nas entrevistas 1,2 e 3 dos gestores, localizamos que os mesmos afirmam que as ações da clínica de saúde bucal do Cedefam, são balizadas, primeiro, pelo artigo 196 da constituição Federal de 1988, que em texto:

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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 43).

Segundo, nos princípios norteadores da política de saúde bucal que reorientam o desenvolvimento das ações do modelo de atenção em saúde bucal descritos por: Gestão

Participativa, Ética, Acesso, Acolhimento, Vínculo e Responsabilidade Profissional, documentos estes que balizam as atividades de extensão que viabilizam o Programa Cedefam.

Terceiro, no Plano Nacional de Extensão que passou a ser seguido pelas orientações, a nível local pelo CEPE. Em 19 de setembro de 1989 a Resolução nº 06 do Conselho de Ensino, pesquisa e Extensão (CEPE) da Universidade Federal do Ceará (UFC) regulamenta as atividades de Extensão nesta universidade, na forma do que dispõe o Artigo 3º da Lei nº 5.540 de 28 de novembro de 1968, que fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior no Brasil.

De acordo com a resolução supracitada, são consideradas atividades de extensão os serviços, as atividades de ensino e cultura desenvolvidas pelas Casas de Cultura Estrangeira e pelo Curso de Esperanto, a educação continuada, os eventos artísticos, as ações culturais, científicas e tecnológicas que expressem ralação entre universidade e sociedade, como consequência da articulação Ensino e Pesquisa.

Observe no depoimento do gestor, descrito abaixo:

*Por mais que não somos participantes da rede do SUS, nos apropriamos de seus documentos, de sua ideologia universalizante, para servirem como base de nossas ações. Quanto ao Plano Nacional de Extensão, as nossas ações devem estar em consonância com este, pois, trabalhamos com estudantes que precisam conhecer e executar as propostas deste plano. (G3)*

Elaborado em 1999 pelo Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e do Desporto, o Plano Nacional de Extensão Universitária reflete o compromisso com a transformação da sociedade expressos nos valores civilizatórios de justiça, solidariedade e democracia, e define suas ações como atividades extensionistas que podem se apresentar nas formas de programas, projetos, eventos, cursos, publicações e prestações de serviços.

Nos discursos das servidoras encontramos um conhecimento superficial sobre essas influências doutrinárias sobre as ações da clínica de saúde bucal do Cedefam. Demonstrados nos seguintes relatos:

*É papel da Extensão, trazer os alunos para conhecer a realidade da população, e intervir nela, e isso aqui se faz todos os dias, através dos alunos e professores. Somos melhor que o SUS, não paramos, tem material e muita vontade para trabalhar. (S 5)*

*As nossas ações estão de acordo sim, tanto com o Plano Nacional de Extensão, porque os alunos desenvolvem suas atividades. Com o SUS, não tem diferença entre nós e eles, só o*

*número de profissionais que é inferior ao SUS, mas a qualidade do atendimento é melhor. (S6)*

Quanto aos usuários, foi perguntado aos mesmos se eles percebiam naquele atendimento da clínica, características encontradas em outros atendimentos que eram orientados pelo SUS. As suas respostas convergiram em grande maioria, com o destaque para a comparação que na clínica a qualidade do atendimento se repetia na maioria das falas.

*O SUS foi a melhor coisa que existiu agente tinha que ter carteira assinada para direito ao INPS, agora tudo é de graça, quer dizer, de graça não é através dos impostos. Então o SUS é bom e o Cedefam é ótimo. O Cedefam relação com o SUS é de graça e é bom. (U 12)*

### **5.2.10 Visões dos sujeitos sobre a contribuição da clínica de saúde bucal para a saúde bucal da população**

Quadro 10 – TEMA X – Visões dos sujeitos sobre a contribuição da clínica de saúde bucal para a saúde bucal da população

<b>GESTORES</b>	<b>SERVIDORES</b>	<b>USUÁRIOS</b>
<b>Contribuição para a melhoria da saúde bucal</b>		
<p>1. Tem levado à melhoria da qualidade de vida das pessoas assistidas e suas famílias. Tem diminuído o número de crianças com cáries extensas, pela promoção e prevenção de saúde bucal, em especial o Controle de Placa Bacteriana. Um dos responsáveis pela melhoria da saúde bucal é o instrumento criado pelo prof. Sérgio da disciplina de APS, o Protocolo de Placa Bacteriana que é um instrumento que tem objetivo de promover a saúde bucal dos pacientes e o acompanhamento dela. Temos também realizado procedimentos de emergência, solucionando o problema da dor daqueles que nos procuram.</p> <p>2. Em parte. Os projetos não têm verba para conduzirem as suas ações e não estão atuando diretamente na comunidade, atualmente estão atendendo a população na clínica e promovendo oficinas de saúde bucal em escolas e grupos. Como a infraestrutura é antiga e não tem condições de espaço para a guarda de material fica difícil mobilizar. Construção de uma nova Unidade de Saúde, ativação</p>	<p>1. Contribuí bastante. Não sei como seria pra população sem essa clínica.</p> <p>2. Sim. É de grande importância, contribuí bastante, porque os usuários recebem informações, são orientados e procuramos ajudar de todas as formas.</p> <p>3. Sem dúvida que sim. Além da parte criativa, também temos a educação em saúde, que é multiplicada através dos usuários para seus familiares e pessoas próximas.</p> <p>4. Sim, promover saúde bucal.</p> <p>5. Com certeza, temos os cuidados de ensinar e acompanhar cada escovação de nossos usuários, ajudando a melhorá-la. A evidência dos dentes é muito importante porque eles conseguem ver as placas para retirá-las e aí posteriormente em casa eles saberão onde terão que escovar mais.</p> <p>6. Sim, pois com o acompanhamento de seus pacientes, é possível ver com eles a melhora de sua saúde bucal. Contribuindo assim para a melhoria da saúde de toda a comunidade que nos procura.</p>	<p>1. Contribuí sim, me incentivam a cuidar da minha boca e dentes.</p> <p>2. Sim</p> <p>3. Contribuí sim e de uma maneira muito boa.</p> <p>4. Contribuí sim, me oferecendo atendimento com bons profissionais.</p> <p>5. Contribuí sim, tratando, explicando a escovação orientando a não comer coisas doces para não ter cárie nos dentes e após as refeições não deixar de escovar.</p> <p>6. Com certeza. Em termo de orientar na forma correta é importante, principalmente pra gente que usava o palito de dente em vez de usar o fio dental.</p> <p>7. Contribuí claro, nunca mais senti dor de dente porque escovo toda vida depois que me alimento.</p> <p>8. Contribuí sim, nos mostrando os erros que agente fazia quando escovávamos os dentes.</p> <p>9. Lógico. Ainda faço a escovação do jeito que eles me ensinaram.</p> <p>10. Contribuí sim. Recebi também muitas orientações lá.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
<p>de um Polo de Capacitação e busca de parcerias para financiamento das ações extensionistas. Um destaque maior para o vínculo profissional/profissional e profissional/paciente – desde os Docentes, Cirurgiões-dentistas, Auxiliares de Saúde Bucal(ASB), Técnicas em Enfermagem, até os servidores administrativos e de auxiliares de serviços gerais; Atenção e cuidado no acolhimento e nas relações interpessoais; Tratamento completo e de qualidade com manutenção da saúde bucal e retorno garantido. Sobre a maior contribuição destaco o Protocolo de placa bacteriana, que foi uma medida tomada para maior conscientização e autoconhecimento por parte das pessoas da sua condição de saúde e necessidade de tratamento. Partiu da ideia do Professor Sérgio Luz em adequar um instrumento que permite o registro e a comparação de como o paciente está dominando a técnica de remoção da placa bacteriana e assim o estimula a se esforçar aos cuidados com a sua saúde bucal. Na minha avaliação está muito completo – também por conter informações socioeconômicas e de condições de vida - e foi testado por alguns semestres em vários pacientes e já poderia ser validado.</p> <p>3. A contribuição é significativa, pois acho que primeiro, temos um papel de livrar as pessoas do sofrimento, daquelas vidas é o primeiro passo, livrando as pessoas do sofrimento daquelas vidas, nos temos esse papel, acho que todo o serviço em saúde tem que tirar as pessoas daquela situação, eu sou adépto ao menor sofrimento possível durante a vida e depois certo é começar a trabalhar a construção por parte do próprio paciente tá certo por uma construção de perspectiva de saúde que ele pode viver com saúde e aí as nossas práticas de</p>	<p>7. Sim, promover saúde, motivando e disseminando o conhecimento.</p> <p><b>Diferença do atendimento de outras clínicas</b></p> <p>1. Sem dúvidas, aqui é o melhor lugar para os pacientes, pena que não podemos atender todos os que nos procuram.</p> <p>2. Uma excelente atenção é dada aqui procurando deixar todos os pacientes informados e orientados enquanto muitos dizem que aqui não tem privilégios, tratamos todos iguais.</p> <p>3. Somente na clínica tem escovação supervisionada com o cuidado em sua higiene bucal.</p> <p>4. Nossa clínica tem uma atenção muito boa aos nossos clientes, onde ele é bem acolhido com profissionais qualificados.</p> <p>5. É sempre diferente de outras instituições. A diferença é elogiada pelos próprios clientes, da maneira como é conduzido cada caso. A atenção e o cuidado se destacam por ser de excelente cuidado, tanto com o material, tanto profissional. O conhecimento e os cuidados são bem melhores pela sua qualidade.</p> <p>6. A atenção da clínica se destaca das outras clínicas, pois oferece um atendimento de ótima qualidade, sempre está funcionando, diferentes das demais instituições que quase sempre não tem atendimento ou falta materiais.</p> <p>7. A atenção da clínica é superior a outras clínicas, é superior e contagia os pacientes com o cuidado em sua saúde bucal.</p> <p><b>Importância da sua atividade</b></p> <p>1. É um trabalho de grande importância para a comunidade local.</p> <p>2. É de muita importância, sempre apreendendo, e tendo conhecimento novo em minha vida.</p>	<p>11. Contribui sim, e sempre estamos usando o que eles no ensinaram.</p> <p>12. Sim. Através da escovação que me ensinaram e eu nunca esqueci. Lá tem bons profissionais.</p> <p>13. Com certeza. Toda vez que venho aqui saio com tudo resolvido.</p> <p>14. Contribui sim. Se não fosse eles ajudarem a gente a escovar, usar o fio dental entre os dentes eu acho que eu estava cheio de cárie.</p> <p>15. Contribui sim.</p> <p>16. Sim, fazem de tudo para atender bem.</p> <p>17. Contribui até demais.</p> <p>18. Contribui sim, ensinando a escovar.</p> <p>19. Sim, de uma maneira e com um bom atendimento.</p> <p>20. Contribui</p> <p>21. E muito.</p> <p>22. Sim, mas é claro.</p> <p><b>Diferença do atendimento de outras clínicas</b></p> <p>1. O atendimento daqui é de boa qualidade, melhor que o do posto e mais rápido. A qualidade do trabalho com higiene bucal é melhor.</p> <p>2. Sim</p> <p>3. Não</p> <p>4. Sim, aqui o atendimento foi melhor, foram acolhedores, me ensinaram a fazer a escovação correta dos dentes.</p> <p>5. As duas clínicas que fui me atenderam bem, uma era particular, mas aqui é melhor porque tem a escovação, a limpeza e eu achei muito bom o atendimento daqui. Achei bem-bom. Sorriu e fez sinal com o polegar indicando positividade.</p> <p>6. Sim, até a forma das pessoas falarem com a gente é diferente em relação aos postos.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
<p>estou preocupado com esse negócio da alimentação das práticas, vamos dizer assim de higiene de saber, por exemplo, saber usar o fio dental não é uma coisa tão simples, a sociedade não percebe isso eu diria assim sem dúvidas de errar do ponto de vista da higiene pessoal, da higiene da família, da higiene pessoal dos nossos corpos, dos nossos corpos higiene corpórea, o processo mais difícil é o uso do fio dental, você usar um sabonete é mais fácil, você usar uma escova é mais fácil, você cortar uma unha é mais fácil que usar o fio dental. Não é uma coisa tão fácil então tem que ter uma pessoa que ajude nesse processo, então livrar as pessoas do sofrimento e começar a construir com elas, por exemplo: o flúor, o flúor tem que ser racionalizado, tem que ser usado nas pessoas certas, hoje não podemos mas fazer um uso indiscriminado do flúor, nós vivemos numa época que agente questiona até o uso de químicas nos alimentos então é saúde nós temos, instrumentos que podem inviabilizar a construção da saúde, a construção da saúde individual é por isso que por isso que hoje temos que questionar o uso do mercúrio, uso dos produtos químicos, tóxicos estão estabelecidos dentro das praticas de saúde nos temos que nesse sentido limitar o máximo o uso dele, então, o flúor temos que racionalizar e usar naqueles pacientes que efetivamente necessitam e não banalizar o uso do flúor, não é escovar os dentes de todo mundo com flúor tem pessoas que não precisa mas de flúor, tem pessoa que pode viver sem o flúor e a concepções que</p>	<p>3. Ajuda na organização dando apoio administrativo, controlando o material, solicitando serviços de manutenção, formulando documentos e comunicações, entre outras coisas.</p> <p>4. Papel de muita importância, pois sem essa função de atendimento odontológico, não poderia acontecer a execução do trabalho. Um papel de muita responsabilidade e compromisso, pois trabalhamos com pessoas.</p> <p>5. Compreendo que é um trabalho de suma importância, onde apreendemos com as trocas de experiências entre nós e os pacientes a atendê-los nas suas necessidades.</p> <p>6. Papel de muita importância, pois desempenham um trabalho com muita responsabilidade, compromisso e amor.</p> <p>7. Importante como todos os membros da equipe.</p>	<p>7. Sim. Aqui é bom além do atendimento na odontologia, fiz o pré-natal de todos os meus filhos com a Dra. Selma, que era muito boa profissional.</p> <p>8. A diferença é que aqui eles tratam agente muito bem e dão toda a atenção.</p> <p>9. Sim, no posto do meu bairro nós não somos bem atendidos. As pessoas são tão mal educadas e aqui não, tanto faz está lotado ou não o atendimento é maravilhosa.</p> <p>10. Sim, aqui tem muitas orientações e cuidados com a saúde.</p> <p>11. Sim, bastante diferença, aqui é ótimo.</p> <p>12. Sim</p> <p>13. Não consigo diferenciar, porque desde criança só fui atendido por essa clínica.</p> <p>14. Certeza, aqui é outro nível, no posto eles não olham nem na cara da gente e acham bonito dar um não e não tão nem aí viu. Aqui eles tratam a gente com respeito, tinha um pessoal que não era legal mais saiu. Isso tem em todo canto. Aqui a diferença é que tem escovação, flúor, dentistas que atende bem, pessoas que se preocupam com os filhos da gente.</p> <p>15. Percebi sim, em outros lugares as vezes as pessoas não remarcam, falta material e não tem atendimento, principalmente se for em posto de saúde que falta tudo e nunca tem vaga.</p> <p>16. Fui para outra clínica ser atendida para colocar aparelho e não gostei, gosto é daqui do Cedefam.</p> <p>17. Tem diferença por que no posto arranca só o dente e manda ir embora e no Cedefam lá eles ensinam a gente a como escovar os dentes, dão escova, dão pasta, fio dental, dá é tudo lá.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
<p>até defendem a não utilização do flúor pra você ver se tem o contexto diferente, acho que no contexto do povo brasileiro, ainda é necessário o flúor tem país que começam a desfluoretar a águas, ou seja, então aí esse processo você vai construindo quando eu falo da construção da saúde é a construção a possibilitar a construção de uma percepção diferente por parte das pessoas isso remete ao que nos chamamos de uma dica consciência sanitária uma consciência sanitária ao meu problema, como é que meu problema se inseri da vida do outro na vida da família, quando agente fala assim, por exemplo, no âmbito do trabalho com famílias tem pessoas que começa como uma certa liderança uma certa preocupação maior somos cuidadoso com saúde, menino tu tem que escovar os dentes tu não escova não, o fulano tem que marcar aquela consulta, marcar a prevenção. O Protocolo de controle da Placa Bacteriana para o paciente é a grande contribuição, pois possibilita ao mesmo ao estímulo da mudança de hábitos, a reconhecer seus problemas, suas dificuldades, a promoção do protagonismo e da responsabilidade com a sua saúde, bem como a possibilidade que o mesmo irá ter em permitir adoecer, quando apreende por meio da educação em saúde a remover a placa dentária, passar o fio dental e a importância, na medida certa, do flúor.</p>		<p>18. Eu fui ao posto Oliveira Pombo eles deixaram um caco de dente na minha boca quando arrancaram quando eu tinha 29 anos. Foi horrível. Perdi meus outros dentes por causa disso, fiquei traumatizada. E no Cedefam tratam muito bem, extraíram bem e obturaram bem.</p> <p>19. Fui atendida em outro posto e não gostei e no Cedefam fui bem atendida, ensina a escovar, dão a escova e ensinam a usar o fio dental.</p> <p>20. No posto é mais difícil, a massa que botam caem, não tem escovação como o Cedefam.</p> <p>21. O Cedefam é melhor 10 vezes, fui no posto do Oliveira Pombo e da Bela Vista e não gostei de nenhum dos dois e do Cedefam eu adoro.</p> <p>22. Fui atendido pelo posto da bela Vista e não gostei. O Cedefam não tem igual, são muito carinhosos e atenciosos com o paciente.</p>

Fonte: elaborado pela autora.

Observando nas entrevistas dos três gestores que os seus pensamentos convergem em relação à contribuição da clínica para a saúde da população da comunidade do Pici, levando a melhoria da qualidade de vida das pessoas e suas famílias. Revelam também que a utilização

do Protocolo de Placa bacteriana é o grande diferencial da clínica, onde ele que o uso sistemático, a redução das doenças bucais, a promoção do autocuidado, resultado assim na promoção da saúde das pessoas.

Veja nos depoimentos a seguir:

*Tem levado à melhoria da qualidade de vida das pessoas assistidas e suas famílias. Tem diminuído o número de crianças com cáries extensas, pela promoção e prevenção de saúde bucal, em especial o Controle de Placa Bacteriana. Um dos responsáveis pela melhoria da saúde bucal é o instrumento criado pelo prof. Sérgio da disciplina de APS, o Protocolo de Placa Bacteriana que é um instrumento que tem objetivo de promover a saúde bucal dos pacientes e o acompanhamento dela.*

*Sobre a maior contribuição destaco o Protocolo de placa bacteriana, que foi uma medida tomada para maior conscientização e autoconhecimento por parte das pessoas da sua condição de saúde e necessidade de tratamento. Partiu da ideia do Professor Sérgio Luz em adequar um instrumento que permite o registro e a comparação de como o paciente está dominando a técnica de remoção da placa bacteriana e assim o estimula a se esforçar aos cuidados com a sua saúde bucal.*

*O Protocolo de controle da Placa Bacteriana para o paciente é a grande contribuição, pois possibilita ao mesmo ao estímulo da mudança de hábitos, a reconhecer seus problemas, suas dificuldades, a promoção do protagonismo e da responsabilidade com a sua saúde, bem como a possibilidade que o mesmo irá ter em permitir adoecer, quando apreende por meio da educação em saúde a remover a placa dentária, passar o fio dental e a importância, na medida certa, do flúor.*

Nas falas das servidoras observa-se convergência sobre a importância do trabalho desenvolvido pela clínica, onde ressaltam que os cuidados com os pacientes, ensinando a escovar, sob a orientação deles, o que chamam de escovação supervisionada é uma das contribuições importantes da clínica de saúde bucal do Cedefam para a população assistida por ela.

Os depoimentos a baixos relatam essas afirmações:

*Compreendo que é um trabalho de suma importância, onde apreendemos com as trocas de experiências entre nós e os pacientes a atendê-los nas suas necessidades.*

*Com certeza, temos os cuidados de ensinar e acompanhar cada escovação de nossos usuários, ajudando a melhorá-la. A evidenciação dos dentes é muito importante porque eles conseguem ver as placas para retirá-las e aí posteriormente em casa eles saberão onde terão que escovar mais.*

De acordo com o ministério da Saúde, melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de políticas de saúde baseada na promoção, proteção tratamento e

recuperação são diretrizes do Sistema Único de Saúde, dirigidas aos indivíduos, à família e a comunidade (BRASIL, 1994, p. 8).

Melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseada na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação de saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade. (BRASIL, 1994, p. 8).

Percebe-se que através dos discursos dos sujeitos entrevistados, referentes aos dois segmentos (gestores e usuários), envolvidos com a política de saúde, as ações da clínica de saúde bucal, ancoram-se nessas diretrizes do SUS e seguem as orientações da instância máxima da política de saúde.

Os depoimentos a seguir das entrevistas dos usuários reforçam essa percepção.

*Contribui sim, tratando, explicando a escovação orientando a não comer coisas doces para não ter cárie nos dentes e após as refeições não deixar de escovar.*

*Certeza, aqui é outro nível, no posto eles não olham nem na cara da gente e acham bonito dar um não e não tão nem aí viu. Aqui eles tratam a gente com respeito, tinha um pessoal que não era legal mais saiu. Isso tem em todo canto. Aqui a diferença é que tem escovação, flúor, dentistas que atende bem, pessoas que se preocupam com os filhos da gente.*

*O atendimento daqui é de boa qualidade, melhor que o do posto e mais rápido. A qualidade do trabalho com higiene bucal é melhor.*

*Certeza, aqui é outro nível, no posto eles não olham nem na cara da gente e acham bonito dar um não e não tão nem aí viu. Aqui eles tratam a gente com respeito, tinha um pessoal que não era legal mais saiu. Isso tem em todo canto. Aqui a diferença é que tem escovação, flúor, dentistas que atende bem, pessoas que se preocupam com os filhos da gente.*

### **5.2.11 Entendimento sobre o trabalho desenvolvido no Cedefam no atual contexto de desmonte de políticas públicas**

Quadro 11 – TEMA XI – Entendimento sobre o trabalho desenvolvido no Cedefam no atual contexto de desmonte de políticas públicas

<b>GESTORES</b>	<b>SERVIDORES</b>	<b>USUÁRIOS</b>
1. Considerando que as ações da clínica de saúde bucal do Cedefam são importantes para esta comunidade, onde está inserida, atende de modo satisfatório às suas necessidades, ainda não de uma forma ampla, mas poderia ir nesse sentido, se não houvesse esse contexto de	1. O negócio pode até ficar ruim, mas eu acredito nesse governo que está aí, é melhor que o governo anterior. 2. Vai destruir muita coisa boa que já foi feita pela saúde. Num sei se vai afetar o Cedefam.	1. Acho que vai ficar prejudicado. 2. Não teremos mais garantido à saúde que temos aqui. 3. A coisa já está feia, tô esperando há 2 anos por uma consulta no oculista, no posto falta tudo e imagine quando for geral, a gente vai morrer nas portas dos UPAs.

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
<p>congelamento dos investimentos nas políticas sociais. O que o governo demonstra é o descompromisso com as políticas, inclusive a de saúde, da qual ele nunca deveria ter mexido por tratar-se de vidas humanas, de direito à vida, à saúde, que estão descrito na constituição. Penso que o trabalho ficará prejudicado e mais uma vez quem perde é a população.</p> <p>2. É, realmente não será fácil, viveremos tempos difíceis, bem maiores dos que já os instalados. É necessário lembrar que, os recursos que são destinados para manter a clínica do Cedefam funcionando, vem governo federal, especificamente do ministério da educação, política afetada também pelo congelamento. Sem contar com os cortes no orçamento das universidades, para a ciência e tecnologia afetando a pesquisa e redução das bolsas de iniciação científica, refletindo no desmonte das políticas, inclusive a de saúde bucal.</p> <p>3. O contexto é desmonte mesmo, recuo do governo na responsabilidade com as políticas. Retomada do poder pela classe que representa a elite brasileira, efetivada pela direita detentora do capital, que expressa suas ideias neoliberais a partir de acordos e pactos em seu único favor, deixando de fora desse acordo a classe trabalhadora, privando-a dos direitos básicos que ela alcançou fruto de muita luta. O SUS já estava enfrentando dificuldades em se consolidar por conta do projeto de mercado que disputa a saúde, que a percebe apenas como mercadoria. Acredito que só um outro projeto de sociedade, diferente do capitalista é capaz efetivar a igualdade de direitos nesse país.</p>	<p>3. Acho que vamos perder muito, todos nós. Os servidores porque também estará congelando nossos salários e a qualidade de vida cairá, porque o poder de compra vai cair, os professores porque houve cortes para as pesquisas e os usuários, esses serão mais afetados porque sem investimento na saúde diminuirá a oferta de atendimento, o que já pequena e não atendia a todos que nos procurava.</p> <p>4. Só em pensar que esse governo mexeu na saúde é de lamentar, pois a população passou tanto tempo sem esse direito, sem contar que mesmo com esse direito garantido, nem todos conseguem ser atendidos nesse país. O que o governo Temer quer é acabar com o povo, quer que o povo morra pra não ter que se aposentar.</p> <p>5. Desculpe, mais nem imagino como vai ficar. Espero que não acabe isso aqui, é uma possibilidade de atendimento de qualidade pra essa população.</p> <p>6. Acho que vai piorar tudo.</p> <p>7. Tenho que fé que vai aparecer outro presidente e vai mudar tudo pra melhor.</p>	<p>4. Queria nem pensar nisso, já têm tantos problemas aqui na comunidade, meus amigos todo os dias são mortos.</p> <p>5. Os políticos de Brasília deveriam resolver esse problema logo antes que chegue aqui no Cedefam, o único local que atende a gente e atende bem demais. Nós temos sofrido muito com esses ladrões que tão em Brasília, ainda bem que não é a gente que escolhe eles. Mas os que agente escolhe aqui pode até ser ladrão, mas num passa na televisão.</p> <p>6. Vai ser o pior para o Brasil. E para o Cedefam, eles vão deixar de atender a gente. Aí nós vamos fazer o quê? Ser atendido onde? Se não podemos ir pro posto da Bela Vista por causa das facções.</p> <p>7. Será que vai chegar essa situação lá na creche?</p> <p>8. Meu filho disse que não vai mais ter saúde de graça, vamos voltar a ir se consultar com os farmacêuticos, porque antes era assim, os médicos não atendia a gente e então a gente ia ao farmacêutico que passava remédio pra verme, dava ponto nos cortes e passava antibiótico. Resolvia tudo, mas nunca fizeram nenhum exame na gente.</p> <p>9. Terrível essa situação.</p> <p>10. Acho que num vai prejudicar o trabalho do Cedefam não, ele é da UFC e a UFC é muito rica.</p> <p>11. Nem sei se isso chega aqui no Ceará, isso é coisa de Brasília, do Rio de Janeiro, fica lá por São Paulo.</p> <p>12. Vai diminuir os atendimentos, já nem dão escova mais no Cedefam.</p> <p>13. Complicado viu, mas é porque o povo, nós não vamos reivindicar nas ruas por saúde e moradia. Hora se o povo tá morrendo todo dia nas ruas por assalto e pelas gangues que matam os próprios dela e governo num faz nada, eles vão ligar pra saúde? Vão nada.</p>

Continua

Continuação

GESTORES	SERVIDORES	USUÁRIOS
		<p>14. Acho que esses políticos vão ter consciência e não vão acabar com a saúde não e os pré-natal, a gente vai fazer aonde? Os meninos vão morrer antes de nascer é?</p> <p>15. De jeito nenhum vai afetar o trabalho do Cedefam, a UFC é forte.</p> <p>16. Não tenho opinião sobre isso, mas queria que esse lugar aqui nunca acabasse. Já atendeu tanta gente minha. Já vão acabar com o CSU e fazer o tal de CUCA.</p> <p>17. A saúde já foi só pra quem podia, tinha condições, agora pode voltar a ser de novo.</p> <p>18. Nós vamos sofrer muito porque tudo a gente corre pro Cedefam.</p> <p>19. Conheço o Cedefam, isso aqui num acaba assim não. Vamos pensar é muito, mas não vai acabar.</p> <p>20. Eu conheço o Cedefam desde o nascimento, tem muitas propostas boas ali, se não fosse lá o pessoal aqui da rua tava era lascado. Num acaba não, ali num pode ter um fim.</p> <p>21. Passei lá mês passado e tava tudo normal, acho que não vão mexer com o Cedefam não. Se mexer tem muita gente aqui que vai defender, porque muita gente, meus vizinhos tudinho são atendidos lá.</p>

Fonte: elaborado pela autora.

O discurso observado pela entrevista nº 3, representada por um dos gestores, converge em parte, com os demais gestores. Quando o mesmo mostra compreensão sobre o contexto de ajuste e redução dos investimentos na saúde se afasta da posição dos outros gestores ao aprofundar-se na análise crítica da realidade brasileira atual.

Trata-se de um depoimento detalhado, com informações contextualizadas com a situação atual que denota certo tipo de conhecimento sobre a política, e desenvolve sua fala a partir do golpe de 2016. O gestor faz referência ao desmonte das políticas pela classe que representa a elite brasileira, apresenta suas ideias neoliberais, e aponta a construção de um

novo projeto de sociedade, diferente do capitalista para que se atinja a igualdade entre as pessoas.

Das observações trazidas pela entrevista, bem como das argumentações do gestor, considera-se um conteúdo extremamente importante quando o gestor aponta um novo projeto societário, como a saída para a disputa pelo poder na sociedade, o que significa que o gestor faz uma leitura crítica sobre as novas configurações do Estado brasileiro e acredita-se que esse pensamento deve influenciar no planejamento das ações para a clínica de saúde, numa perspectiva de promover a igual de direitos, expressada em seu depoimento. Observa-se que este discurso está em consonância com o pensamento de Carvalho (2016) quando reflete sobre perspectivas para além dos desmontes e retrocessos:

[...] pensar... circunscrever o horizonte do nosso debate e da nossa luta, nos percursos de disputa de hegemonia política na vida brasileira, nesses tempos limite de crise e golpes [...] numa perspectiva emancipatória humana e social para além do capitalismo selvagem e sem limites a que estamos submetidos no “Brasil do presente” e, mesmo, para além do sistema do capital, em sua expansão predatória e ilimitada, precisamos delinear um crescimento que possibilite a vida, plena de homens e mulheres, especificamente, homens e mulheres trabalhadores e trabalhadoras e preserve a vida no planeta [...]. (CARVALHO, 2016, p. 27-28).

Observa-se que a linha de pensamento do entrevistado identifica-se com a da autora, sendo nítida a apreciação deles no que diz respeito à igualdade direitos, conquistada por meio da emancipação dos trabalhadores, em busca de uma democracia que não seja ligado apenas ao ato de votar, mas uma democracia que tenha um valor maior, universal.

Observe o depoimento do gestor acima referido:

*O contexto é desmonte mesmo, recuo do governo na responsabilidade com as políticas. Retomada do poder pela classe que representa a elite brasileira, efetivada pela direita detentora do capital, que expressa suas ideias neoliberais a partir de acordos e pactos em seu único favor, deixando de fora desse acordo a classe trabalhadora, privando dos direitos básicos que ele alcançou fruto de muita luta. O SUS já estava enfrentando dificuldades em se consolidar por conta do projeto de mercado que disputa a saúde, que a percebe apenas como mercadoria. Acredito que só um outro projeto de sociedade, diferente do capitalista é capaz efetivar a igualdade de direitos nesse país. (G3)*

Registrado pelo discurso abaixo de uma servidora, na entrevista representada pelo número 1, foi observado em sua fala a insatisfação da mesma com as medidas tomadas pelo governo atual para a política de saúde, chegando a lamentar tais medidas, fazendo referência ao um tempo em que a saúde não era um direito.

Veja o discurso a seguir:

*Só em pensar que esse governo mexeu na saúde é de lamentar, pois a população passou tanto tempo sem esse direito, sem contar que mesmo com esse direito garantido, nem todos conseguem ser atendidos nesse país. O que o governo Temer quer é acabar com o povo, quer que o povo morra pra não ter que se aposentar. (S4)*

Esta fala expressa nitidamente o que afirma Jodelet (2001) sobre representação social, quando a mesma diz que, provém sempre de alguma coisa (objeto da representação) ou de alguém (sujeito que representa), que tem uma relação com alguma situação que já foi vivida pela pessoa e está guardada em sua memória de algum modo. De acordo com a autora, no pensamento individual são elaboradas construções mentais de objetos e de pessoas e que está ligado a uma situação já vivida.

Localizamos, nas declarações abaixo, o entendimento de alguns usuários sobre o congelamento de investimentos na política de saúde, que convergem e seguem todos na mesma direção, quando expressa em suas falas não saber ao certo o que significa, e muitos menos os impactos dessas medidas para o Cedefam. Esses discursos estão de acordo com o que Cardoso e Arruda (2003) afirmam ao definirem representações sociais, com uma forma de conhecimento do “senso comum”, que está diretamente relacionada a maneira com as pessoas interpretam os conhecimentos veiculados socialmente. Deve-se considerar dessas falas, que elas pertencem a indivíduos que não estão aptos por diversos condicionantes a fazer uma análise crítica da realidade em que vivem e muito menos discutirem sobre os rumos da sociedade a partir das medidas tomadas pelo governo atual. Deve-se considerar que a convergência das falas, em virtude da moradia ser no mesmo território, ter os mesmos hábitos, utilizam-se dos mesmos equipamentos de saúde e apresentam necessidades sociais em comum. Seguem as declarações acima referidas:

*Vai ser o pior para o Brasil. E para o Cedefam, eles vão deixar de atender a gente. Aí nós vamos fazer o quê? Ser atendido onde? Se não podemos ir para o posto da Bela Vista por causa das facções. (U6)*

*Meu filho disse que não vai mais ter saúde de graça, vamos voltar a ir se consultar com os farmacêuticos, porque antes era assim, os médicos não atendia a gente e então a gente ia no farmacêutico que passava remédio pra verme, dava ponto nos cortes e passava antibiótico. Resolvia tudo, mas nunca fizeram nenhum exame na gente. (U8)*

*Não tenho opinião sobre isso, mas queria que esse lugar aqui nunca acabasse. Já atendeu tanta gente minha. Já vão acabar com o CSU e fazer o tal de CUCA. (U 12)*

*Eu conheço o Cedefam desde o nascimento, tem muitas propostas boas ali, se não fosse lá o pessoal aqui da rua tava era lascado. Num acaba não, ali num pode ter um fim. (U 21)*

Nesta fala abaixo referida, percebe-se que a preocupação com a saúde é deixada para o segundo plano, quando colocada à importância dos usuários para a crescente violência, que tem devastado a vida de seus amigos.

*Queria nem pensar nisso, já têm tantos problemas aqui na comunidade, meus amigos todos os dias são mortos. (U4)*

Sobre esse aspecto referido pelo usuário, buscou-se fundamentação nas análises de Sousa (2014) contidas no artigo “Parar Fortaleza pela vida!”, publicado no Jornal O Povo, o autor aponta a necessidade de preservar a vida humana diante do extermínio de jovens que estamos presenciando sem haver uma reação efetiva do Estado. Afirma que esse extermínio se configura através de execuções sumárias cometidas por bandidos e por policiais, e o que era particular dos espaços “invisibilizados”, como ele se refere aos espaços da periferia, diz respeito agora a todas as áreas da cidade sejam as de classe mais alta. A partir dessa matança, o autor considera que estamos vivendo uma situação de barbárie, principalmente porque moramos na 7ª cidade mais violenta do mundo, compara ainda a situação de violência a um flagelo.

O autor continua sua reflexão responsabilizando o Estado dessa grave situação, a partir da falência de suas instituições, particularmente o sistema de segurança e o judiciário, com seus atos de corrupção, má gestão e a relação de promiscuidade entre os poderes públicos.

Constata Sousa, que os governantes são os únicos beneficiários da ‘segurança pública’ porque contam com batalhões de seguranças pagos com o dinheiro de nossos impostos. Aponta como saída para essa situação uma paralisação geral, de escolas, faculdades, comércio no sentido de provocar os governantes a buscarem uma solução baseada tanto no direito constitucional de incolumidade das pessoas, preservando a vida humana.

O depoimento abaixo descrito revela o nível de conhecimento sobre a política, primeiro destaca-se o seu entendimento sobre qual o motivo do congelamento dos investimentos, na saúde, bem como quem tomou essa decisão. Segundo sobre o que está por trás desta frase “... ainda bem que não é a gente que escolhe eles.” Segundo Lumier (2008) se alcança a soberania social por meio do voto, um voto obrigatório e sem a devida formação política, pode se caracterizar por uma escolha vazia que impacta diretamente nas políticas públicas e nas relações institucionais, compondo a cultura de subdesenvolvimento que se apresenta nesse país. Não se pretende aqui fazer um estudo denso sobre a obrigatoriedade do voto, porém de fazer um questionamento sobre as consequências dessa compulsoriedade, quando impacta na qualidade do voto. O voto obrigatório pode levar o leitor a ser irresponsável com o seu voto,

por ele possivelmente não compreender a importância da participação popular em uma democracia, poderá ser um voto mecanizado, apenas para não ter que ir ao cartório eleitoral pagar uma multa, desse modo pode comprometer os interesses da população, porém se o voto no Brasil fosse facultativo, só votaria primeiro quem tivesse disposto a fazê-lo, segundo alguém interessado pela política, então poderíamos contar com um voto mais politizado, de uma pessoa convicta, o que impactaria positivamente nos interesses do coletivo. Prossegue o autor afirmando que a eleição sob o voto obrigatório é a configuração do imaginário discursivo da cidadania tutelada, com fundo burocrático e coercitivo, conforme a seguir:

*Os políticos de Brasília deveriam resolver esse problema logo antes que chegue aqui no Cedefam, o único local que atende a gente e atende bem demais. Nós temos sofrido muito com esses ladrões que tão em Brasília, ainda bem que não é a gente que escolhe eles. Mas os que agente escolhe aqui pode até ser ladrão, mas num passa na televisão. (U 5)*

A clínica de saúde bucal do Cedefam foi implantada no ano de 1987 com o objetivo de ser um espaço onde fossem desenvolvidas as atividades da disciplina de Estágio Extra Mural do Departamento de Clínica Odontológica (DCO), entretanto, o que se observou é que ela além de ser espaço vinculado à Pró-Reitoria de Extensão, com ações destinadas à comunidade do campus do Pici, em certa medida dá suporte à política de saúde bucal do município de Fortaleza, responsável por atender essa população.

No arcabouço legal da Constituição Federal de 1988, especificamente no artigo 196, “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, universidade, integralidade e equidade. Bem como nos princípios norteadores da política de saúde bucal que reorientam o Novo modelo de atenção em saúde bucal, gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional.

É importante frisar que a implementação de modelos públicos de saúde bucal com base no SUS é carregada de desafios e um deles é o caráter universalizante, o que implica na ampliação da oferta das ações. Outro ponto a destacar é a integralidade, como atingí-la se não podemos referenciar o paciente para os outros níveis de atenção à saúde, se não participamos da rede do SUS? Esta é uma característica isolacionista que a clínica de saúde bucal do Cedefam tem assumido historicamente em persistir na continuidade desse trabalho sem participar efetivamente da rede do SUS.

Embora reconheçamos tal limitação, essa pesquisa avaliativa, teve a finalidade de avaliar a política de saúde bucal no contexto do centro de Desenvolvimento Familiar da Universidade Federal do Ceará, a partir das representações sociais de gestores, servidores

técnico-administrativos e usuários na perspectiva da garantia da saúde com um direito social. A partir desse estudo, foi possível desvelar os significados dos sujeitos envolvidos com a política de saúde bucal, quando demonstrou nas declarações dos sujeitos que a clínica é um espaço onde suas necessidades, relativas à saúde bucal, são resolvidas e que suas ações promovem a melhoria de qualidade de vida da população.

A maioria dos entrevistados foi enfática ao afirmar que por meio das ações ofertadas pela clínica de saúde bucal consideram o direito a saúde como um direito social.

Pode-se ainda destacar nesse estudo, recorrentes declarações que convergiram entre os sujeitos. O primeiro momento refere-se ao reconhecimento da saúde como um direito social, ao apontarem a garantia do acesso, a qualidade do atendimento e o fato de serem bem atendidos como justificativas para a resposta positiva.

No segundo momento as falas também convergiram, quando percebem a clínica de saúde bucal como um espaço onde a comunidade do Pici é assistida, considerando as ações da atenção básica, como educação em saúde, prevenção de doenças, promoção da saúde e assistência odontológica como importante para solução de suas demandas.

Os depoimentos sobre o Protocolo de Controle de placa bacteriana, expressados pelos discursos dos profissionais, apontam este instrumento como a grande contribuição da clínica para a saúde bucal da população, porque envolve ações que promovem desde o autocuidado dos pacientes com a sua saúde ao envolvimento dos profissionais e estudantes no que diz respeito ao acompanhamento nas atividades do protocolo.

O quarto e último momento foi considerado o mais importante, por ter provocado intencionalmente reflexões sobre os rumos da saúde, cuja elite brasileira, que prega suas ideias sobre a desresponsabilização do Estado com as políticas sociais com execução de maneira obstinada o Projeto Neoliberal, onde estão ancorados esses pensamentos.

Embora tenham sido desvelados os significados, atribuídos pelos sujeitos envolvidos com as ações da clínica de saúde bucal do Cedefam, e expressados que os mesmos convergem quanto à garantia do direito à saúde, resolutividade das demandas, contribuição da clínica para a melhoria da saúde bucal da comunidade do Pici, relação humanizada dos profissionais com os usuários, percebe-se um significativo avanço da política de saúde bucal, expresso nas ações da clínica, em conformidade com o que foi expresso pelos sujeitos.

Além disso, foi possível identificar algumas lacunas no programa de Extensão e pretende-se aqui elencá-las sem o intuito de desqualificar a política de saúde bucal desenvolvida por ele, entretanto na condição de avaliadora é nosso papel identificá-las e analisá-las, sugerindo propostas na perspectiva da solução das mesmas. Para isso dois

princípios do SUS foram tomados, a fim de comparação, para serem analisados. Primeiramente, com respeito à universalidade foi possível identificar nos discursos que o acesso era garantido, apesar de também declararem lamentar o acesso restrito, quando os seus vizinhos e familiares não conseguiam alcançar uma vaga. Outra lacuna é da integralidade das ações, pelo fato do Cedefam não pertencer à rede do SUS, os profissionais e estudantes não conseguem referenciar os pacientes para outro nível de atenção à saúde.

Nessa direção, a partir de aproximações exaustivas à dinâmica de desenvolvimento da política de saúde bucal no contexto do Cedefam, de depoimentos repletos de significados dos sujeitos envolvidos com a mesma, é possível inferir que por mais que nas ações de saúde estejam incorporados alguns princípios do SUS, torna-se necessário e urgente a adoção de estratégias por parte da gestão da universidade como parte da Prefeitura Municipal de Saúde, representada pela sua instância máxima de saúde, um encaminhamento sobre essas dificuldades enfrentadas, no desenvolver da política no Cedefam. Sugere assim, que as instituições, façam um acordo objetivando a continuidade das ações da clínica, preservando o princípio da integralidade nas ações, que é um direito constitucional dos usuários.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como foco a Política de Saúde Bucal desenvolvida pelo Programa Cedefam que é uma Ação de Extensão regulamentada pela Resolução nº 06 do Conselho de Ensino, pesquisa e Extensão (CEPE) da Universidade Federal do Ceará (UFC). Como atividade extensionista, o Programa deve estar em consonância com o Plano Nacional de Extensão Universitária que reflete o compromisso com a transformação da sociedade expressos nos valores civilizatórios de justiça, solidariedade e democracia.

O Plano Nacional de Extensão orienta que a posição da universidade seja inclinada para os interesses e as necessidades da maioria da população. Um de seus princípios básicos é a prestação de serviços – produto de interesse acadêmico, científico, filosófico, tecnológico e artístico do ensino, pesquisa e extensão devendo ser encarada como um trabalho social. A Resolução do CEPE de nº 04 de fevereiro de 2014 se configura como a mais atual e resolve em seu Artigo 1º que as atividades de extensão na Universidade Federal do Ceará – UFC, tem por objetivo primordial promover uma sociedade, articulando ensino e pesquisa por meio da relação mutuamente transformadora entre a universidade e a cultura, arte, ciência, tecnologia e inovação tendo em vista o desenvolvimento social, sendo a transformação social um de seus objetivos mais específicos.

Verificou-se que o Programa Cedefam embora não participe da rede do SUS tem contribuído com a política de saúde e se configura como uma ação consolidada em saúde com a perspectiva do direito social, voltada para atender as necessidades da população, tanto na visão dos agentes públicos envolvidos diretamente com o atendimento, como na percepção da comunidade que mora em seu entorno, mesmo havendo acesso restrito devido aos recursos reduzidos tanto para as ações, como para reestruturação física da unidade e para a contratação por meio de concurso público. E o contexto atual que enfrentamos é o corte de recursos para as universidades federais, como as medidas implementadas advindas da Emenda Constitucional nº 95, que estabelece um Novo Regime Fiscal congelando por 20 (vinte) anos os investimentos nas políticas sociais, impossibilitando reajustes salariais dos servidores públicos e a realização de concurso público, exceto para reposição de cargos efetivos em situação de vacância (por algum motivo como demissão, aposentadoria). O Cedefam atende no que lhe é possível a demanda reprimida da rede pública de saúde. De fato dá a sua contribuição, embora encontrando muitos entraves para a execução de suas atividades. O primeiro deles pode-se considerar a falta de intersetorialidade, pois não é possível continuar

trabalhando isoladamente, e não nos referimos apenas à rede de saúde, mas da integração com outros setores da universidade, objetivando a integralidade das ações.

Firmar um convênio com a Prefeitura Municipal de saúde seria uma estratégia para garantir tanto a intersetorialidade à integralidade das ações e sua ampliação, oportunizando a comunidade a usufruir dos serviços existentes e de outros que não tem acesso.

A reestruturação física seria uma estratégia para ampliação do acesso aos serviços, considerados de qualidade pela população atendida. Para isso o aumento nos recursos seria essencial, e vale lembrar que o contexto atual é de ajuste fiscal. Associado à ampliação do quadro de servidores técnico-administrativos, o cargo para dentista e ASB contribuiria muito no atendimento da população que demanda este serviço, como também para os seus familiares e vizinhos, mas que a oferta do Cedefam não consegue alcançar.

Um entrave é a violência instalada no campus do Pici, sem a adoção de medidas eficazes para combatê-la. O clima de medo que abala os profissionais e estudantes, principalmente quando presenciam cenas - que eram vistas por eles somente pelos programas policiais – chega a afetar a saúde mental deles, segundo relatos dos entrevistados. Esta preocupação não é apenas de uma pesquisadora, mas de uma servidora inserida nesse contexto de violência, que desmotiva o trabalhador que desenvolve suas atividades cotidianas naquela unidade.

As instituições de segurança precisam olhar para a referida unidade de saúde, tão importante para todos os sujeitos envolvidos, principalmente para a universidade que tem ali um papel, através das ações de Extensão, de promover transformação social. Essa situação de violência persiste há 10 anos e nenhuma medida foi tomada. O laboratório de violência da UFC sequer foi acionado para uma possível pesquisa naquela área, bem como realizar um trabalho voltado para aqueles jovens que necessitam de ações específicas para eles. A universidade não tem priorizado efetivar ações naquele espaço de saúde, tanto em relação à segurança, como em relação a fazer uma reforma que está no Plano de Desenvolvimento Institucional, que agora com o corte nos recursos para as universidades tende a continuar apenas no papel.

Diante do exposto, pensar em trazer outras ações para o Cedefam pode ser considerado uma utopia, porém o desafio da continuidade do trabalho está posto e acredita-se que se vierem serão importantes para todos, inclusive para a comunidade.

A crise no Brasil foi instaurada e a saída para ela via governo é o arrocho fiscal, segundo as ideias da elite brasileira apoiada pelo judiciário que hoje “comandam” este país.

Resta-nos a resistência, lutar pela garantia dos direitos de todos, pela justiça social com criatividade e na realização das atividades realizá-las com qualidade e efetividade.

Numa perspectiva mais ampla, que a local, do contexto do Cedefam, faço um convite a todos, não apenas aos envolvidos com a política de saúde bucal brasileira, mas com todas as políticas sociais, a construirmos caminhos que nos levem à compreensão do que está posto pelas forças do capital nacional e estrangeiro, portadora de concepções e ideias neoliberais e seus aliados que representam a direita desse país, legisladores, representantes do judiciário e a mídia global, na tentativa de resistir e lutar pela manutenção dos nossos direitos, bem como a ampliação deles. E cabe a nós trabalhadores do serviço público, resistir e lutar em favor da universidade, pela educação pública, gratuita e de qualidade, que envolve manutenção e ampliação dos nossos direitos, empregos e aposentadorias. E como cidadãos e cidadãs que somos, nos restam a união para a resistência e persistir na busca pela democracia radical, na esperança de conviver numa sociedade mais justa e menos desigual.

## REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A zona muda das representações sociais. *In*: OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, P. H. F. **Representações sociais**: uma teoria sem fronteiras. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005.
- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- BALDANI, M. H. A experiência em cidades de médio e pequeno porte do Paraná. *In*: MOYSÉS, Simone; KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel J. **Saúde bucal das famílias**: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 154-169.
- BARCELOS, V. H. L.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. O texto literário e as representações sociais: uma alternativa metodológica em educação ambiental. **Rev. Ciências Humanas**, Florianópolis, n. 6, p. 259-268, 2002. Especial temática.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Humanização na saúde**: um novo modismo? Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/apresent-hum.htm>>. Acesso em: 12 jul. 2006.
- BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição Federal de 1988**. Brasília, DF: Senado, 2016, p.11.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: saúde como dever do estado e direito do cidadão. Brasília, DF, 1986. Disponível: <[www.datasus.gov.br/cns.htm](http://www.datasus.gov.br/cns.htm)>. Acesso em: 20 dez. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2008a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde**: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://livroaberto.ibict.br/handle/1/890>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica do SUS nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **DOU**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, COSAC, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Norma operacional da assistência à saúde**: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, Brasília, DF, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

CAMPOS, V. F. **Controle da qualidade total (no estilo Japonês)**. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1992.

CARDOSO, G.; ARRUDA, A. As representações sociais da soropositividade entre as mulheres e a adesão ao tratamento. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 183-99, 2003.

CARVALHO, Alba M. Pinho de; GUERRA, Eliana Costa. Brasil no século xxi na geopolítica da crise: para onde apontam as utopias? **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 1, p. 267-280, 2016.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de. Políticas Públicas e o Dilema de Enfrentamento das Desigualdades: um olhar crítico sobre a América Latina no Século XXI. In: PIRES, Fernando (Org.). **Poder e políticas públicas na América Latina**. Fortaleza: Edições UFC, 2010.

CARVALHO, Cristina. L.; LOUREIRO, Carlos. A. A inserção da odontologia na saúde escolar. **Cadernos de Odontologia**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 43-57, 1997.

CEDEFAM. **Início**. Fortaleza, 2017a. Disponível em: <WWW.cedefamce.blogspot.com>. Acesso em: 25 dez. 2017.

CEDEFAM. **Relatório anual**. Fortaleza, 2017b. Disponível em: <WWW.cedefamce.blogspot.com>. Acesso em: 25 dez. 2017.

CHAVES, M. M. Introdução. *In*: CHAVES, M. M. (Org.). **Odontologia social**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1977. p. 5-22.

CHAVES, M. M. **Odontologia social**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **É preciso mudar**. Brasília, DF, 1995. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/conferencia-nacional-de-saude-e-preciso-mudar/>>. Acesso em: 14 jan. 2018.

COQUEIRO, N. F. **Representações profissionais no desenvolvimento da política de saúde mental em Fortaleza**: uma avaliação em processo no espaço do Caps Geral da Secretaria Executiva Regional III. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

FALCON, F. J. C. História e representação. *In*: CARDOSO, C. F.; MALERBA, J. (Org.). **Representações**: contribuições para um debate transdisciplinar. Campinas: Papyrus, 2000. p. 41-79.

FARR, Robert M. Representações sociais: a teoria e sua história. *In*: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVICH, Sandra (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 31-59.

FEMINIZAÇÃO. *In*: DICIONÁRIO infopédia da língua portuguesa com acordo ortográfico. Porto: Porto Editora, 2018. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/feminizacao>>. Acesso em: 27 dez. 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface-Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, 1998.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Record, 2007.

GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Ed. UNICAMP, 2011.

GUIMARÃES, A. O.; COSTA, I. C. C.; OLIVEIRA, A. L. S. As origens, objetivos e razões de ser da odontologia para bebês. **J. Bras. Odontopediatra Odontol. Bebê**, Belo Horizonte, v. 6, n. 29, p. 83-86, 2003.

GUIMELLI, C.; DESCHAMPS, J. C. Effets de contexte sur la production d'associations verbales: le cas de représentations sociales des Gitans. **Cahier Internationaux de Psychologie Sociale**, Paris, v. 47, p. 44-54, 2000.

HOLANDA, Antonio Nilson Craveiro. **Avaliação de programas**: conceitos básicos sobre avaliação “*expost*”. Rio de Janeiro: ABC, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/27062003censo.shtm>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados do Censo 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados\\_divulgados/index.php?uf=26](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=26)>. Acesso em: 27 dez. 2017.

JODELET, D. **As representações sociais**. Tradução: Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001a.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1991.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, D. **As representações sociais**. Tradução de Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001b. p. 17-44.

JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. A. (Org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

KARNIKOWSKI, R. **Estudo e parecer sobre a pec 241\_2016**: abordagem sociológica da política fiscal no Brasil. Porto Alegre: [s. n.], 2016.

LIMA, R. A. **Como a relação entre clientes e fornecedores internos à organização pode contribuir para a garantia da qualidade**: o caso de uma empresa automobilística. Ouro Preto: UFOP, 2006.

LOUREIRO, C. A.; OLIVEIRA, F. J. **Inversão da atenção**: uma estratégia para construção de modelos locais em saúde bucal. Belo Horizonte: Estação Saúde, 1995.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532. 2006.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Tradução por Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural, 1985a. Livro 1, v. 1, t. 1.

MARX, K.; ENGELS, F. **Ideologia alemã**. São Paulo: Hucitec, 1984.

MENDES, E. V. (Org.). **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no Brasil**. [S. l.], 2002. Mimeografado.

MENDES, E. Villaça. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. S. Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. *In*: LIMA, Cláudia Araújo de (Org.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Editora MS, 2004, v. 3.000, p. 13-16.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MINAYO, M. C. S. Sobre a complexidade da implementação do SUS. *In*: SILVA, Silvio Fernandes da (Org.). **Municipalização da saúde e poder local**. São Paulo: Hucitec, 2001. v. 1, p. 21-44.

MINAYO, Maria Cecília de S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. *In*: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de S.; ASSIS, Simone G. de.; SOUZA, Ednilza R. de. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MINAYO. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. On social representation. *In*: FORGAS, J. P. (Ed.). **Social cognition**: perspectives on everyday understanding. Londres: Academic Press, 1981. p. 1.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, S.; VIGNAUX, G. Le concept de thémata. *In*: GUIMELLI, C. (Dir.). **Structures et transformations des représentations sociales**. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1994. p. 25-71.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal**. São Paulo: Hucitec, 1994.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 141-147, 2006.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. (Coleção Temas de Saúde).

NASCIMENTO, D. D. G.; QUEVEDO, M. P. Aprender fazendo: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na qualificação de profissionais da saúde. *In*: BOURGET, M. M. M. (Org.). **Estratégia saúde da família**: a experiência da equipe de reabilitação. São Paulo: Martinari, 2008. p. 43-59.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. N.; CAMARGO, B. V. Psicologia social, representações sociais e métodos. **Temas em Psicologia da SBP**, Ribeirão Preto, v. B, n. J, p. 281-299, 2000. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v8n3/v8n3a07.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

NOGUEIRA, M. D. P. (Org.). **Extensão universitária: diretrizes conceituais e políticas**. Belo Horizonte: PROEX/UFMG, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração universal dos direitos do homem**. Genebra, 1948. Disponível em: [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/por.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf)>. Acesso em: 16 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. **Rev. Promoção da Saúde**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 35-36, ago./out. 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta da Organização Mundial de Saúde**. Genebra, 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Seminário sobre as práticas tradicionais que afetam a saúde das mulheres e crianças**. Cartum, 1979.

PAIM, J. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. *In*: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a. p. 91-122.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. *In*: ROUQUAYROL, Z. A. F. N. **Epidemiologia & saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 473-487.

PAULANI, Leda. A inserção da economia brasileira no cenário mundial: uma reflexão sobre a situação atual à luz da história. **Boletim de Economia Política Internacional**, Brasília, DF, n. 10, p. 11, abr./jun. 2012.

PIMENTEL, T. D. Representações sociais na área de gestão em saúde: teoria e prática. Porto Alegre: Da casa, 2005. Resenha de: CAVEDON, Neusa Rolita (Org.). Representações sociais na área de gestão em saúde: teoria e prática. **Rev. Adm. Contemp.**, Curitiba, v. 11, n. 3, jul./set. 2007.

PINTO, V. G. A prevenção da cárie dental no Brasil. Brasília, DF, 1982. *In*: SEMINÁRIO SOBRE FLUORETAÇÃO DE ÁGUA EM SISTEMAS PÚBLICOS DE ABASTECIMENTO, 1., 1982, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1982.

PORTILLO, J. A. C.; PAES, A. M. C. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. **Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 75-88, 2000.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, jan./fev. 2003.

REY, Luis Gonzales. **Pesquisa qualitativa em psicologia**: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira, 2011.

RIBEIRO, Maria Emília G. de Souza. **O ciclo de Deming no modelo de gestão**: um estudo de caso sobre sua adoção na Construtora Camargo Corrêa. Ouro Preto: UFOP, 2005.

RODRIGUES, Lea C. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista Avaliação de Políticas Públicas**, Fortaleza, v. 1, n.1, p. 7-14, jan./jun. 2008.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento de políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. *In*: PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 43-49.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal**: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. Araçatuba: [s. n.], 2000.

ROSSI, P.; FREEMAN, R. **Evaluation, a systemic approach**. London: Sage Publications, 1993.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. *In*: SPINK, M. T. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A universidade no século XXI**: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005a. (Coleção questões da nossa época, v. 120).

SANTOS, Boaventura de Sousa. Da ideia de Universidade à Universidade de ideias. *In*: SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2005b. p. 187-233.

SCHULZE, C. M. N. A representação social de pacientes portadores de câncer. *In*: SPINK, M. J. P. **O reconhecimento do cotidiano**: as representações da perspectiva da Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 266-279.

SCHUTZ, Alfred. **Life forms and meaning structure**. Tradução Helmut R. Wagner. London: Routledge & Kegan Paul, 1982.

SERRA, C. G. **A saúde bucal como política de saúde**: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. 1998. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

SILVA, J. A. **Apostila de controle da qualidade I**. Juiz de Fora: UFJF, 2006.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista de APS**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

SILVA, Maria O. S. (Org.). **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras, 2010.

SILVA, Maria O. S. E. **Aspectos teóricos metodológicos da pesquisa avaliativa: avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa**. São Paulo: Veras, 2008.

SILVESTRE J. A. C.; AGUIAR, A. S. W.; TEIXEIRA, E. H. Do Brasil sem dentes ao Brasil sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde Bucal no Brasil. **Cadernos ESP**, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 28-39 jul./dez. 2013.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p.493-503, out./dez. 2005.

SOUZA, E. C. F.; OLIVEIRA, A. G. R. C. **O processo saúde-doença: do xamã ao cosmos**. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline>>. Acesso em: 3 out. 2017.

SOUZA, F. J. P. Parar Fortaleza pela vida! **Jornal O Povo**, Fortaleza, 5 abr. 2014.

SPECTOR, Paul E. **Psicologia nas organizações**. São Paulo: Saraiva, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, A. K. M. **O olhar dos usuários sobre as práticas de acolhimento no Centro de Desenvolvimento Familiar (cedefam)**. 2006. Monografia (Especialização) – Associação Brasileira de Odontologia, Fortaleza, 2006.

UN HABITAT. **State of the world's cities 2010/2011: cities for all, bridging the urban divide**. London: Earthscan, 2010.

VIANA, N. **A pesquisa em representações cotidianas**. Lisboa: Chiado, 2015.

VIEIRA, Sulamita de Almeida. **Breve histórico manuscrito**. Fortaleza: [s. n.], 1985.

WALTER, L. R. F.; GARBERLINI, M. L.; GUTIERREZ, M. C. Bebê-clínica, a experiência que deu certo. **Divulgação em Saúde para o Debate**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 65-68, 1991.

WERKEMA, M. C. C. **As ferramentas da qualidade no gerenciamento de processos**. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni: UFMG, 1995.

WERNECK, M. A. F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança**. 1994. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Genebra, 2011. Disponível em: <[www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion\\_Paper\\_PT.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf)>. Acesso em: 27 dez. 2017.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R. **Educational evaluation**: theory and practice. Worthington: Charles A. looes F'ublishing Company, 1973.

XAVIER, R. Representação social e ideologia: conceitos intercambiáveis? **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 18-47, jul./dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v14n2/v14n2a03.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo E.; BASTOS, Antonio V. B. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ZANETTI, C. H. G.; LIMA, M. A. U.; RAMOS, L.; COSTA, M. A. B. T. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 18-35, 1996.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO COM GESTORES

### Parte I – Perfil do Gestor

Idade: \_\_\_\_

Gênero: feminino ( ) masculino ( ) outro ( )

Cor/raça: branca ( ) preta ( ) parda ( ) indígena ( ) amarela ( )

Estado Civil: solteira ( ) casada ( ) união estável ( ) divorciada ( ) viúva ( )

Nível de escolaridade:

Ensino superior completo ( )

Pós-graduação Lato Sensu ( )

Pós-graduação Strictu Sensu ( )

Cargo que ocupa na Clínica de Saúde Bucal: \_\_\_\_\_

Tempo em que ocupa este cargo: \_\_\_\_\_

### Parte II – Representação de Gestores da Clínica de Saúde Bucal do Cedefam (CSBC)

1. Quando e como ocorreu a sua inserção na Clínica de Saúde Bucal do Cedefam (CSBC)?
2. Você participou do processo de implantação da CSBC?
3. Como se deu o processo de implantação da CSBC? Fale um pouco sobre o contexto institucional de quando foi inserida essa Unidade de extensão na comunidade do Pici.
4. Que profissionais participaram desse processo? E quais as contribuições deles?
5. Como você compreende o papel da Extensão na UFC? Sua finalidade e seus objetivos.
6. As ações desenvolvidas na CSBC estão alinhadas ao Plano Nacional de Extensão?
7. Você acha que por meio de suas ações a CSBC tem garantido o direito à saúde dos usuários que a procuram, de acordo com o que está descrito na Constituição Federal de 1988?
8. Na perspectiva do Cuidado em saúde bucal, você considera que as ações desenvolvidas pela CSBC, seguem os princípios norteadores que reorientam o modelo de atenção em saúde bucal? (Além de universalidade, integralidade, igualdade e participação da comunidade, os de gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade social).
9. Como você percebe o envolvimento dos profissionais da equipe com as ações desenvolvidas na CSBC?
10. Como é a sua relação com os colegas de trabalho (equipe da CSBC) e com o Cedefam em geral?
11. Como é a sua relação com os dirigentes e com outros setores da UFC?
12. De que maneira a sua gestão colabora para a garantia do direito à saúde bucal aos usuários da CSBC?
13. Como você percebe a importância da manutenção das ações desenvolvidas na CSBC para a comunidade do Pici?
14. Qual a contribuição da CSBC para a comunidade assistida por ela?
15. O Cedefam lhe proporcionou formação? Você participou de um curso ou treinamento para exercer suas atividades

16. Como você compreende o seu papel dentro da equipe da CSBC?
17. Como você distinguiria a atenção da CSBC em relação a outras clínicas públicas e privadas?
18. Você conhece o contexto social e econômico em que está inserido o Cedefam e as condições de vida de seus pacientes?
19. Você tem contato com eles? De que forma?
20. Você poderia indicar as necessidades mais prementes dos usuários e seus principais problemas de saúde, em particular a bucal?
21. Há diferenças de necessidades segundo a idade e o gênero do usuário?
22. Como uma Unidade de Extensão da UFC, a CSBC cumpre o seu papel? Se não, indique as principais limitações e como poderiam ser solucionadas?
23. Qual a contribuição da CSBC para a saúde bucal dos usuários?
24. Você está satisfeito (a) com seu trabalho na CSBC? Se considera um (a) profissional realizado (a) ? Se não, por quê?
25. Como você entende a situação do Cedefam no atual contexto de desmonte de políticas públicas?

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA COM SERVIDORES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS

### Parte I – Perfil do Servidor

Idade: \_\_\_\_\_

Gênero: feminino ( ) masculino ( ) outro ( )

Cor/raça: branca ( ) preta ( ) parda ( ) indígena ( ) amarela ( )

Estado Civil: solteira ( ) casada ( ) união estável ( ) divorciada ( ) viúva ( )

Nível de escolaridade:

Ensino fundamental completo ( )

Ensino médio incompleto ( )

Ensino médio completo ( )

Ensino superior incompleto ( )

Ensino superior completo ( )

Pós-graduação *Lato Sensu* ( )

Pós-graduação *Strictu Sensu* ( )

Cargo que ocupa na Clínica de Saúde Bucal: \_\_\_\_\_

Tempo em que ocupa este cargo: \_\_\_\_\_

### Parte II – Representação do Servidor técnico- administrativo sobre o atendimento da Clínica de saúde Bucal do Cedefam

1. Quando e como ocorreu a sua inserção na Clínica de Saúde Bucal do Cedefam (CSBC)?
2. Você participou do processo de implantação da CSBC?
3. Que ações de saúde bucal são desenvolvidas pela CSBC?
4. Quais atividades você desenvolve na CSBC?
5. Qual a sua função na equipe da CSBC?
6. O Cedefam lhe proporcionou formação? Você participou de um curso ou treinamento para exercer suas atividades?
7. Como você compreende o seu papel dentro da equipe da CSBC?
8. De que maneira você compreende o papel da Extensão Universitária na UFC? Seus objetivos e ações.
9. Como é a sua relação com os colegas de trabalho (equipe da CSBC) e com o Cedefam em geral?
10. Como é a sua relação com seus superiores e com outros setores da UFC?
11. Como você distinguiria a atenção da CSBC em relação a outras clínicas públicas e privadas?
12. Você conhece o contexto social e econômico em que está inserido o Cedefam e as condições de vida de seus pacientes?
13. Você poderia indicar as necessidades mais prementes dos usuários e seus principais problemas de saúde, em particular a bucal?
14. Há diferenças de necessidades segundo a idade e o gênero do usuário?
15. Você acha que por meio de suas ações a CSBC tem garantido o direito à saúde dos usuários que a procuram, de acordo com o que está descrito na Constituição Federal de 1988? Percebe alguma relação desse atendimento com o atendimento do SUS?

16. O que você pensa sobre O PROTOCOLO DE PLACA BACTERIANA aplicado nos pacientes assistidos na CSBC?
17. Você acha que as ações desenvolvidas na CSBC têm proporcionado à melhoria da saúde bucal de seus usuários?
18. Como uma Unidade de Extensão da UFC, a CSBC cumpre o seu papel? Se não, indique as principais limitações e como poderiam ser solucionadas?
19. Qual a contribuição da CSBC para a saúde bucal dos usuários?
20. Você está satisfeito (a) com seu trabalho na CSBC? Se considera um (a) profissional realizado (a) ? Se não, por quê?
21. Como você entende a situação do Cedefam no atual contexto de desmonte de políticas públicas?

## APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA AOS USUÁRIOS

### Parte I – Perfil do Usuário

Idade: \_\_\_\_

Gênero: feminino ( ) masculino ( ) outro ( )

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Cor/raça: branca ( ) preta ( ) parda ( ) indígena ( ) amarela ( )

Estado Civil: solteira ( ) casada ( ) união estável ( ) divorciada ( ) viúva ( )

Escolaridade: não sabe ler ( )

Ensino fundamental incompleto ( )

Ensino fundamental completo ( )

Ensino médio incompleto ( )

Ensino médio completo ( )

Ensino superior incompleto ( )

Ensino superior completo ( )

Com quem mora? Pais ( ) Avós ( ) Cônjuge ( ) outros ( ) \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Renda da Família: ( ) < 1 salário-mínimo ( ) 1 salário-mínimo ( ) > salário-mínimo

### Parte II Representação sobre o atendimento da Clínica de Saúde Bucal do Cedefam (CSBC)

1. Onde você mora e qual o motivo que o levou a procurar a Clínica de Saúde Bucal do Cedefam (CSBC)?
2. O que você sabe sobre o CEDEFAM e a CSBC? Sabe que é um programa da UFC e os profissionais pertencem a ela?
3. Você sabe que o Cedefam é uma unidade de saúde da Pró-Reitoria de Extensão? Sabe qual o papel dela?
4. Quais são as suas necessidades odontológicas mais urgentes?
5. Como você é recepcionado pelos profissionais da CSBC?
6. Como você percebe o método de marcação das consultas?
7. Você percebeu alguma diferença entre as ações desenvolvidas pela CSBC e outra que você tenha sido atendido?
8. Ao iniciarem alguma ação em você os profissionais explicam sobre o que irão fazer?
9. Você confia no atendimento desenvolvido pelos profissionais da CSBC e indicaria a mesma para outra pessoa?
10. Você acha que por meio de suas ações a CSBC tem garantido o seu direito à saúde de acordo com o que está descrito na Constituição Federal de 1988? Percebe alguma relação desse atendimento com o atendimento do SUS?
11. Você recebe orientações para melhorar o seu cuidado com sua saúde bucal? Se sim, quais? E você partilha essas orientações com membros de sua família?

12. A CSBC resolveu seu problema? Se não, por quê?
13. Se você pudesse procuraria atendimento em outro lugar?
14. Todas as suas necessidades de saúde bucal são atendidas pela CSBC? Se não, o que fazem os profissionais?
15. Você acha que os profissionais da CSBC se preocupam com a sua saúde bucal? Percebe algum envolvimento dele com você? Exemplifique.
13. Você acha que as ações desenvolvidas pela CSBC contribuem para a melhoria da sua saúde bucal? De que maneira?
16. Você ou algum membro de sua família fazem outro tipo de atendimento aqui, no Centro de Desenvolvimento Familiar (Cedefam)? Se sim, qual?
17. Você conhece alguém que já foi atendido pela CSBC e o que essa pessoa falou a respeito do atendimento?
18. Você indicaria a CSBC para alguém?
19. Com os congelamentos de investimentos na saúde durante vinte anos, como você acha que vai ficar o Cedefam?

## APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em participar da pesquisa “*Gestores, servidores e usuários: as representações sociais do Programa Cedefam*”, desenvolvida pela aluna Edgley Silva de Souza do Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará – UFC.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais visa avaliar as representações sociais de gestores, técnico-administrativos e usuários sobre o atendimento desenvolvido pelo Programa Cedefam.

Fui ainda informado (a) de que posso me negar participar da pesquisa, participar ou desistir a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo ou sofrer quaisquer constrangimentos. Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de um questionário estruturado a ser respondido a partir do aceite desta autorização.

O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seus orientadores. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados em publicações científicas, mas minha identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o aqui mencionado e compreendido, bem como da natureza e objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar.

---

Nome / CPF

## ANEXO A – PROTOCOLO DE CONTROLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA ODONTOLÓGICA  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO FAMILIAR

Versão atualizada em 27.04.2016

### PROTOCOLO DE CONTROLE DA PLACA BACTERIANA

Paciente:		Profissional		
Responsável:				
AÇÕES		AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA(AD) / AVALIAÇÃO FINAL(AF)		
<b>1ª ATIVIDADE – Diagnóstico</b> ESB + HBS + ATF Data ____/____/____	AUTOPERCEPÇÃO DA BOCA	Avaliação Diagnóstica (    )	Avaliação Final (    )	Motivação do paciente Auto-estima do paciente Habilidade motora Participação do cuidador Observações:
	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA	(    )	(    )	
	ESCOVAÇÃO	(    )	(    )	
	USO DO FIO DENTAL	(    )	(    )	
AÇÕES		AVALIAÇÃO DO CONTROLE DE PLACA		
<b>2ª ATIVIDADE</b> Evidenciação da Placa ESB + HBS + ATF <b>Ênfase no Uso da escova</b> Data ____/____/____		Dificuldades na aprendizagem		
<b>3ª ATIVIDADE</b> Evidenciação da Placa ESB + HBS + ATF <b>Ênfase no Uso do fio dental</b> Data ____/____/____		Dificuldades na aprendizagem		
<b>4ª ATIVIDADE</b> Evidenciação da Placa ESB + HBS + ATF <b>Avaliação Final</b>		Resultados obtidos		

Paciente: Responsável:		Profissional
Data ____/____/____		
<b>Manutenção Preventiva</b> semanal, quinzenal, mensal, bimestral, trimestral		
<b>Legenda:</b> (AD) Avaliação diagnóstica; (AF) Avaliação final; (S) Satisfatório; (NS) Não satisfatório (ESB) Educação em saúde bucal; (HBS) Higiene bucal supervisionada; (ATF) Aplicação tópica de flúor		



## PROTOCOLO DE CONTROLE DA PLACA BACTERIANA

AÇÕES		AD	AF	PROBLEMATIZAÇÃO – Identificação de Problemas
1ª e 4ª ATIVIDADE – Avaliação Diagnóstica Inicial e Avaliação Final	AUTOPERCEPÇÃO DA BOCA			<p>Percebe a gengiva marginal/sulco gengival?</p> <p>Percebe os tipos de dentes – incisivos, caninos, pré-molares, molares?</p> <p>Percebe as superfícies dos dentes – de fora, de dentro e de cima?</p> <p>Percebe os espaços interproximais?</p> <p>Percebe os dentes com inclinação, giroversão e apinhamento?</p> <p>Percebe a localização da língua, palato e bochechas?</p>
	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA			<p>Percebe as superfícies dentárias com placa?</p> <p>Percebe a localização da placa nas superfícies dentárias</p> <p>Percebe a qualidade da placa nas superfícies dentárias – coloração intensa?</p> <p>Observa a relação placa com a doença periodontal – presença de sangramento gengival e cálculo dentário?</p> <p>Observa a relação placa com a cárie dentária – presença de manchas brancas de cárie e cavidades?</p>
	USO DA ESCOVA			<p>Conhece as características adequadas da escova – cabeça pequena, cerdas macias e cabo reto?</p> <p>Utiliza adequadamente o creme dental – quantidade pequena?</p> <p>Realiza movimentos adequados de limpeza durante a escovação – técnica de Fones, Stillman modificada, Bass?</p> <p>Efetiva a limpeza de dentes com inclinação, giroversão e apinhamento?</p> <p>Realiza limpeza da língua?</p> <p>Guarda a escova de forma e em local adequado?</p> <p>Realiza a escovação na frequência e horários adequados – após as refeições e antes de dormir?</p> <p>Tempo de escovação inicial / final</p>
	USO DO FIO DENTAL			<p>Utiliza quantidade de fio dental adequado – aproximadamente 30 cm?</p> <p>Segura com os dedos o fio dental de forma adequada?</p> <p>Utiliza quantidade adequada de fio dental entre os dedos – aproximadamente 5 cm?</p> <p>Usa os dedos indicadores e polegares adequadamente para limpeza da arcada superior?</p> <p>Usa os dedos indicadores adequadamente para a limpeza da arcada inferior</p> <p>Realiza adequadamente os movimentos de inserção do fio dental no espaço interproximal?</p> <p>Localiza o fio dental adequadamente na região do sulco gengival?</p> <p>Realiza adequadamente os movimentos de limpeza – abraçando</p>

AÇÕES		AD	AF	PROBLEMATIZAÇÃO – Identificação de Problemas
				<p>os dentes para cima e para baixo?</p> <p>Realiza adequadamente os movimentos remoção do fio dental – remoção pela vestibular ou lingual?</p> <p>Usa o fio dental na frequência e em horário adequado – uma vez ao dia?</p> <p>Tempo de uso do fio dental inicial / final</p> <p>Observa a presença da placa após a higiene bucal – observar os dentes e superfícies com resíduos de evidenciador?</p> <p>Refaz a higiene bucal removendo a placa residual existente?</p>





UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA ODONTOLÓGICA  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO FAMILIAR

## PROTOCOLO DE CONTROLE DA PLACA BACTERIANA

Plano de Ação – Educação em Saúde Bucal

Paciente:

Profissional Responsável:

**PROBLEMAS IDENTIFICADOS:**

**AÇÕES EDUCATIVAS PROPOSTAS:**

**INSTRUMENTOS EDUCATIVOS UTILIZADOS:**

**RESULTADOS OBTIDOS:**

**AValiação DO(A) ORIENTADOR(A):**



## ANEXO C – PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA ODONTOLÓGICA  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO FAMILIAR

### PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA – Atendimento ao Paciente

<b>1º PASSO</b>	Realizar o acolhimento do paciente	Receber > Escutar > Informar > Examinar > Resolver > Encaminhar
<b>2º PASSO</b>	Realizar o exame clínico	Identificação do paciente > anamnese > inspeção clínica > palpação > exame bucal
<b>3º PASSO</b>	Elaborar e discutir o plano de tratamento com o paciente	necessidades clínicas > procedimentos clínicos > seqüência das consultas > alta clínica
<b>4º PASSO</b>	Obter o termo de consentimento informado	Informar > esclarecer dúvidas > obter autorização formal > assinatura do paciente
<b>5º PASSO</b>	Solicitar exames complementares / quando necessário	Verificar PA > exame radiográfico > exames laboratoriais
<b>6º PASSO</b>	Realizar evidenciação de placa	Comprimido de fucsina básica > índice de placa bacteriana > registro controle de placa
<b>7º PASSO</b>	Efetivar ações de educação em saúde bucal / individual	Importância da saúde bucal > doenças bucais > prevenção e controle da doença > autocuidado > hábitos > consumo de açúcar > higiene bucal > uso do flúor
<b>8º PASSO</b>	Realizar higiene bucal supervisionada	Escovação > uso do fio dental
<b>9º PASSO</b>	Realizar profilaxia dentária	Baixa rotação > uso de escovas e taças de borracha > pasta profilática
<b>10º PASSO</b>	Realizar fluorterapia intensiva	Avaliação da atividade de cárie > escovação com gel > 4 semanas > avaliação da atividade de cárie
<b>11º PASSO</b>	Realizar raspagem e polimento coronário	Raspagem supra e subgingival
<b>12º PASSO</b>	Realizar procedimentos restauradores	Proteções pulpares indiretas poderão ser precedidas quando necessário
<b>13º PASSO</b>	Realizar procedimentos cirúrgicos	Exodontias poderão ser realizadas em caso de urgência
<b>14º PASSO</b>	Manter ações de controle de doenças – cárie e DP	Educação em saúde bucal, higiene bucal supervisionada e ATF

## ANEXO D – FICHA CLÍNICA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA ODONTOLÓGICA  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO FAMILIAR

### FICHA CLÍNICA / ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

**Nº Prontuário**

<b>A. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>	
Nome _____	Sexo _____ Data Nascimento _____ / _____ / _____
Naturalidade _____	Escolaridade _____ Ocupação _____
Endereço _____	
Nº _____	
Bairro _____	CEP _____
Telefones _____	
Nome do responsável _____	Parentesco _____
Escolaridade _____	
Ocupação _____	
Grupo comunitário / Escola / Creche _____	
<b>B. HISTÓRIA DE SAÚDE-DOENÇA / Marque com um X as situações relatadas pelo paciente anotando as devidas observações</b>	
Motivo da consulta / Queixa principal _____	
1. <input type="checkbox"/> Tratamento médico    2. <input type="checkbox"/> Internação hospitalar    3. <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos    4. <input type="checkbox"/> Alergias/medicamento/anestésico    5. <input type="checkbox"/> Gravidez 6. <input type="checkbox"/> Fumante    7. <input type="checkbox"/> Consumo de álcool    8. <input type="checkbox"/> Usuário de drogas    9. <input type="checkbox"/> Desmaios/convulsões    10. <input type="checkbox"/> Hemorragia    11. <input type="checkbox"/> Hemofilia    12. <input type="checkbox"/> Anemia 13. <input type="checkbox"/> Febre reumática    14. <input type="checkbox"/> Portador do HIV    15. <input type="checkbox"/> Problemas nas glândulas/endócrino    16. <input type="checkbox"/> Diabetes    17. <input type="checkbox"/> Problemas no fígado    18. <input type="checkbox"/> Hepatite 19. <input type="checkbox"/> Problemas nos rins    20. <input type="checkbox"/> Problemas respiratórios    21. <input type="checkbox"/> Tuberculose    22. <input type="checkbox"/> Asma    23. <input type="checkbox"/> Problemas no coração    24. <input type="checkbox"/> Pressão alta/baixa 25. <input type="checkbox"/> Problemas no estômago/intestino    26. <input type="checkbox"/> Gastrite    27. <input type="checkbox"/> Úlcera gástrica    28. <input type="checkbox"/> Câncer    29. <input type="checkbox"/> Leucemia	
<b>Observações</b>	
_____	
_____	
Há quanto tempo foi ao dentista? _____ anos    Já realizou tratamento completo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Apresenta sangramento nas gengivas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Apresenta dentes amolecidos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Apresenta alguma dor ou ferimento na boca? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Onde? _____	
Quantas vezes escova os dentes ao dia? _____ Possui fio dental? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Usa todo dia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>C. EXAME CLÍNICO / Marque com um X as situações observadas diretamente anotando as devidas alterações e características</b>	
Peso corporal _____ Kg    Altura _____ m    Pressão arterial _____    Glicemia _____    Tempo coagulação _____	
<b>INSPEÇÃO / Cabeça, pés, mãos, pescoço, pele, pulso / face, bochechas, lábios, mucosas bucais, assoalho bucal, língua, palato, oro-faringe</b>	
<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Com alterações    Obs: _____	

**PALPAÇÃO** / ATM, pescoço, gânglios, face, bochechas, lábios, mucosas bucais, assoalho bucal, língua, palato, gengivas

Sem alterações  Com alterações **Obs:** \_\_\_\_\_

**TECIDOS MOLES**  Sem lesão  Com lesão **Características / localização:** \_\_\_\_\_

**OCCLUSÃO** / Mastigação, deglutição, respiração e hábitos:  Sem alterações  Com alterações **Obs:** \_\_\_\_\_

**ATM** /  Estalido  Dor/desconforto  Disfunção **Obs:** \_\_\_\_\_

**PRÓTESE: uso atual**  Prótese total inferior  Prótese total superior **Situação / estado:**

Satisfatória  Prótese parcial inferior  Prótese parcial superior  Não satisfatória

**Necessidade**  Prótese total inferior  Prótese total superior **Interesse / motivação:**  Baixo  
 Prótese parcial inferior  Prótese parcial superior  Alto

**APARELHO ORTODÔNTICO: Uso atual:**  Sim  Não **Necessidade**  Sim  Não

**NOME DO PACIENTE**

#### D. PROTOCOLO DE CONTROLE DE PLACA / SÍNTESE

1ª ATIVIDADE / Índice de Placa _____ %	Data ____ / ____ / ____
2ª ATIVIDADE / Índice de Placa _____ %	Data ____ / ____ / ____
3ª ATIVIDADE / Índice de Placa _____ %	Data ____ / ____ / ____
4ª ATIVIDADE / Índice de Placa _____ %	Data ____ / ____ / ____

#### E. EXAME CLÍNICO DA DOENÇA PERIODONTAL

##### EXAME PERIODONTAL

S I 18 - 14	S II 13 - 23	S III 24 - 28	S I 18 - 14	S II 13 - 23	S III 24 - 28	S I 18 - 14	S II 13 - 23	S III 24 - 28
S VI 48 - 44	S V 43 - 33	S IV 34 - 38	S VI 48 - 44	S V 43 - 33	S IV 34 - 38	S VI 48 - 44	S V 43 - 33	S IV 34 - 38
1º Exame			2º Exame			3º Exame		
Códigos - Critérios						Tratamento		

- ( 0 ) Ausência de sangramento à sondagem e fatores retentivos de placa apresentando faixa colorida totalmente visível
- ( 1 ) Presença de sangramento à sondagem, ausência de fatores retentivos de placa apresentando faixa colorida totalmente visível (0 a 3 mm)
- ( 2 ) Presença de fatores retentivos de placa(cálculo, restaurações inadequadas e cárie) apresentando faixa colorida totalmente visível (0 a 3 mm)
- ( 3 ) Faixa colorida parcialmente visível (4 a 5 mm)
- ( 4 ) Faixa colorida não visível (6 ou mais mm)

- ( 0 ) Educação em saúde bucal + higiene bucal supervisionada
- ( 1 ) Educação em saúde bucal + higiene bucal supervisionada
- ( 2 ) Educação em saúde bucal + higiene bucal supervisionada + Raspagem supra e subgingival
- ( 3 ) Educação em saúde bucal + higiene bucal supervisionada + Raspagem supra e subgingival + Alisamento radicular
- ( 4 ) Educação em saúde bucal + higiene bucal supervisionada + Raspagem supra e subgingival + Alisamento radicular

( X ) Sextante nulo (menos de duas unidades dentais)

Obs: Recessão gengival maior que 3 mm, mobilidade, envolvimento de furca e problemas muco-gengivais / Anotar ( \* ) junto com outro código

**F. DIAGNÓSTICO CLÍNICO DA CÁRIE DENTÁRIA**

CONSUMO DE AÇÚCAR  Baixa freqüência  Alta freqüência / mamadeira, suco, leite, refrigerante, balas e doces, entre refeições

Obs: \_\_\_\_\_

USO DO FLÚOR

- Nunca usou  Quando vai ao dentista  Uso freqüente na escola  Usa creme dental com flúor

**EXAME DAS SUPERFÍCIES DE ESMALTE / LESÕES MANCHAS BRANCAS**

1º Exame	DIREITO									55	54	53	52	51		61	62	63	64	65	ESQUERDO								
		18	17	16	15	14	13	12	11								21	22	23	24	25	26	27	28					
		48	47	46	45	44	43	42	41								31	32	33	34	35	36	37	38					
					85	84	83	82	81								71	72	73	74	75								
2º Exame	DIREITO									55	54	53	52	51		61	62	63	64	65	ESQUERDO								
		18	17	16	15	14	13	12	11								21	22	23	24	25	26	27	28					
		48	47	46	45	44	43	42	41								31	32	33	34	35	36	37	38					
					85	84	83	82	81								71	72	73	74	75								

**EXAME DAS SUPERFÍCIES DE ESMALTE / LESÕES DE CAVIDADE**

1º Exame	DIREITO									55	54	53	52	51		61	62	63	64	65	ESQUERDO								
		18	17	16	15	14	13	12	11								21	22	23	24	25	26	27	28					
		48	47	46	45	44	43	42	41								31	32	33	34	35	36	37	38					
					85	84	83	82	81								71	72	73	74	75								
2º Exame	DIREITO									55	54	53	52	51		61	62	63	64	65	ESQUERDO								
		18	17	16	15	14	13	12	11								21	22	23	24	25	26	27	28					
		48	47	46	45	44	43	42	41								31	32	33	34	35	36	37	38					
					85	84	83	82	81								71	72	73	74	75								

**G. DIAGNÓSTICO DA ATIVIDADE DE DOENÇA****ATIVIDADE DA DOENÇA PERIODONTAL**

1º Exame / Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_     Sem atividade     Com atividade/sangramento     Com atividade/cálculo     Com atividade/bolsa

2º Exame / Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_     Sem atividade     Com atividade/sangramento     Com atividade/cálculo     Com atividade/bolsa

**ATIVIDADE DA CÁRIE DENTÁRIA**

1º Exame / Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_     Sem atividade     Com atividade/lesões brancas     Com atividade/lesões de cavidade

2º Exame / Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_     Sem atividade     Com atividade/lesões brancas     Com atividade/lesões de cavidade

**AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DE DOENÇA**


---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**6. PLANO DE TRATAMENTO**

1º Exame Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_    2º Exame Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_    3º Exame Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
6.	6.	6.
7.	7.	7.
8.	8.	8.
9.	9.	9.
10.	10.	10.
11.	11.	11.
12.	12.	12.
13.	13.	13.
14.	14.	14.
15.	15.	15.

Assinatura do paciente

Assinatura do paciente

Assinatura do paciente

Assinatura do profissional/estagiário

Assinatura do profissional/estagiário

Assinatura do profissional/estagiário

