

Tatyana Maria Silva de Souza

**A incorporação da Saúde Bucal no Programa
Saúde da Família no Rio Grande do Norte:
investigando a possibilidade de conversão do
modelo assistencial**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Odontologia da
UFRN como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre em
Odontologia, Área de Concentração em
Odontologia Preventiva e Social.**

Orientador: Prof. Dr. Angelo Giuseppe Roncalli

**Natal
2005**

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde comprometidos com os princípios do SUS.

AGRADECIMENTOS

É chegado o momento de agradecer. Após dois anos de dedicação intensa a este estudo, talvez este seja um dos momentos mais difíceis. Não pelo ato do agradecimento, mas por não conseguir traduzir a minha gratidão com apenas algumas palavras a todos que me ajudaram.

Antes de tudo, gostaria de agradecer especialmente a Deus. Acredito, que não conseguiria sem a Sua ajuda, afinal, foi Ele quem escutou muitas vezes os meus pedidos, principalmente nos momentos mais difíceis, desde a seleção para o mestrado até os momentos finais.

Os mais profundos agradecimentos são para o meu Orientador e Professor Dr. Angelo Giuseppe Roncalli, no qual descobri um grande amigo que me incentivou nos momentos mais difíceis, que me ajudou com paciência e atenção na construção deste trabalho e que compartilhou comigo, além dos momentos de alegria e de angústias, muitos de seus conhecimentos. Nossas discussões foram fundamentais para a minha formação acadêmica e para meu crescimento profissional.

Algumas pessoas foram importantíssimas, ainda na seleção para o mestrado, contribuindo para a construção do Anteprojeto de Pesquisa e me disponibilizando material teórico para o aprofundamento nas discussões acerca do “novo caminho” que eu começava a percorrer, o caminho da Saúde Pública. Agradeço de coração, portanto, às minhas tias Conceição e Rita, à minha amiga Aiane e à Profa. Isauremi.

À Profa. Jalila Leite que também me ajudou ainda no meu Anteprojeto. Além disso, juntamente com o Grupo Auxiliar de Saúde Bucal da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, deixou sempre abertas as portas para as informações que foram importantíssimas na definição da metodologia.

Agradeço também a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, os quais tiveram participação na construção do caminho que percorri, em especial ao Prof. Dr. Kenio Lima no qual descobri além de um excelente professor, uma pessoa alegre e justa e à Profa. Dra. Elizabete Sousa, a “Betinha”, que me ajudou na construção e reconstrução de muitos conhecimentos, desde o momento das disciplinas por ela ministradas até a Qualificação. Foi prazerosa para mim esta troca de idéias e é uma honra tê-la em minha banca examinadora.

Aos amigos de turma que, como eu, sabem as dificuldades e o prazer de realizar um trabalho como este. Descobri ao longo do curso algumas pessoas maravilhosas e que por terem dividido comigo muitos momentos (difíceis e felizes) deixo aqui um abraço especial. São elas Cláudia, Daniela, Rubiane e Rejane.

À Alice Uchôa pelas suas contribuições muito relevantes na Qualificação.

À Profa. Dra. Angela Aparecida Capozzolo por aceitar o convite de participar da banca examinadora.

À Profa. Fátima Jorge, pelas suas dicas relativas às questões éticas.

À Cecília, bibliotecária, que colaborou, sempre com simpatia, na busca pela literatura e através da correção das referências.

Às secretárias do PPGO, Aline e Sandra, sempre prestativas e atenciosas.

A Floriano que, sempre de bom-humor, disponibilizou sua ajuda no laboratório de informática.

A Marco Aurélio e à Lavínia que me receberam na sua Unidade de Saúde da Família e que colaboraram efetivamente na construção de um dos instrumentos de coleta.

Ao bolsista de Iniciação Científica, Hugo, que apesar de não ter participado das discussões iniciais, me ajudou na coleta dos dados e na formatação deste trabalho.

À CAPES pelo incentivo financeiro, concedendo-me a bolsa de estudos.

Às minhas novas colegas, a médica Maria da Apresentação e a enfermeira Márcia, que participaram diariamente da minha luta contra o tempo e me deram “aquela força”.

Quero ainda deixar um agradecimento carinhoso à minha família.

Aos meus pais, Antonio e Maria Auxiliadora que me apoiaram na busca pela minha qualificação profissional, sempre me ajudando a priorizar o curso de Mestrado.

Ao meu noivo, Domício, que teve que compreender e aceitar minhas ausências e meus momentos mais estressantes.

Ao meu irmão, Antonio Júnior que, por ser um “fera” no computador, me ajudou nas minhas “brigas” com a máquina.

Por fim, um agradecimento especial a todos os que me ajudaram no estabelecimento dos contatos com os municípios, e principalmente a todos os dentistas e gestores que me acolheram em seus locais de trabalho. Nada teria sido possível sem a sua ajuda.

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu na década de 1990, como uma proposta de mudança do modelo assistencial a partir de uma reorganização da Atenção Básica, através da vigilância à saúde. Entendendo a saúde bucal como integrante desse processo, a sua incorporação oficial no PSF, fruto principalmente de uma luta corporativa, tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal baseados no curativismo, tecnicismo, biologicismo e excludentes. Apesar da rápida expansão das Equipes de saúde bucal no PSF, é preciso questionar se realmente está ocorrendo mudanças no modelo assistencial em saúde bucal dos municípios. Portanto, este trabalho tem como objetivo avaliar a incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família a partir da análise de fatores que possam interferir positiva ou negativamente, na implementação dessa estratégia e, conseqüentemente no processo de mudança nos modelos assistenciais de saúde bucal no Sistema Único de Saúde no estado do Rio Grande do Norte. Esta avaliação tomou como referência três dimensões as quais foram, o acesso, a organização do trabalho e as estratégias de programação. Para isto, foram sorteados 19 municípios no estado, distribuídos geograficamente pelas Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAPs). Os instrumentos de coleta foram a entrevista estruturada aplicada a gestores e dentistas; a observação estruturada; a pesquisa documental e os dados do Sistema de Informação em Saúde dos municípios. Foi possível identificar pontos críticos, que podem estar dificultando a implementação da saúde bucal no PSF, os quais foram as precárias relações de trabalho, as dificuldades no referenciamento dos pacientes para ações de média e alta complexidade, no desenvolvimento de ações intersetoriais e nas estratégias de programação como diagnóstico epidemiológico e avaliação das ações. A maioria dos municípios apresentou pouco ou nenhum avanço no modelo assistencial em saúde bucal, após a incorporação da mesma no PSF, demonstrando falhas na maior parte dos aspectos relacionados acima. Além disso, são municípios, que apresentam características semelhantes em outros aspectos, como altas taxas de analfabetismo em crianças de 7 a 14 anos, altas taxas de mortalidade infantil e grandes desigualdades sociais. Por outro lado, os cinco municípios que demonstraram avanços na saúde bucal, de acordo com as categorias analisadas, apresentaram características de melhores condições de vida da população, como alta expectativa de vida ao nascer, baixas taxas de mortalidade infantil, valores *per capita* entre os mais altos do estado, bem como, altos valores de IDH-M. Portanto, é possível concluir que as políticas públicas mais amplas, que contemplem aspectos situados além do setor saúde, são decisivas para uma real mudança nos modelos assistenciais em saúde.

ABSTRACT

The Health Family Program (HFP) was founded in the 1990s with the objective of changing the health care model through a restructuring of primary care. Oral health was officially incorporated into HFP mainly through the efforts of dental professionals, and was seen as a way to break from oral health care models based on curative, technical biological and inequity methods. Despite the fast expansion of HFP oral health teams, it is essential to ask if changes are really occurring in the oral health model of municipalities. Therefore, the purpose of this study is to evaluate the incorporation of oral health teams into the Health Family Program by analyzing the factors that may interfere positively or negatively in the implementation of this strategy and consequently in the process of changing oral health care models in the National Health System in the state of Rio Grande do Norte, Brazil. This evaluation involves three dimensions: access, work organization and strategies of planning. For this purpose, 19 municipalities, geographically distributed according to Regional Public Health Units (RPHU), were randomly selected. The data collection instruments used were: structured interview of supervisors and dentists, structured observation, documental research and data from national health data banks. It was possible to identify critical points that may be impeding the implementation of oral health into HFP, such as, low incomes, no legal employment contract, difficulty in referring patients for high-complexity procedures, in developing intersectoral actions and program strategies such as epidemiologic diagnosis and evaluation of the new actions. The majority of municipalities showed little or no improvement in oral health care after incorporating the new model into HFP. All of them had failures in most of the aspects mentioned above. Furthermore, these municipalities are similar in other areas, such as low educational levels in children from 7 to 14 years of age, high child mortality rates and wide social inequalities. On the other hand, the five municipalities that had improved oral health, according to the categories analyzed, offered better living conditions to the population, with higher life expectancy, low infant mortality rates, per capita income among the highest in the state as well as high Human Development Index (HDI) means. Therefore, it is possible to conclude that public policies that include aspects beyond the health sector are decisive for a real change in health care models.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Evolução da implantação do PSF - famílias cadastradas até agosto de 2004. Fonte: SIAB..... pág. 36
- Figura 2. Cobertura do Programa Saúde da Família relativa ao número de municípios e à população. Brasil, 2004. Fonte: SIAB..... pág. 39
- Figura 3. Proporção de equipes de saúde bucal que participam de reuniões de planejamento e avaliação com as equipes de saúde da família. Rio Grande do Norte, 2002..... pág. 45
- Figura 4. Proporção de equipes de saúde bucal em relação ao vínculo contratual do dentista. Rio Grande do Norte, 2002..... pág. 46
- Figura 5. Os componentes da intervenção.....pág. 49
- Figura 6. A avaliação normativa.....pág. 51
- Figura 7. A pesquisa avaliativa.....pág. 51
- Figura 8. Municípios participantes da pesquisa de acordo com o IDH-M. Rio Grande do Norte, 2004..... pág. 61
- Figura 9. Número absoluto das Equipes de Saúde Bucal em relação ao vínculo contratual do dentista. Rio Grande do Norte, 2004..... pág. 67
- Figura 10. Proporção das Equipes de Saúde Bucal em relação à modalidade de incorporação do dentista na Equipe de Saúde Bucal. Rio Grande do Norte, 2004..... pág. 67
- Figura 11. Proporção das citações relativas aos motivos para implantação da Saúde Bucal no PSF de acordo com o nível de importância estabelecido pelos gestores. Rio Grande do Norte, 2004..... pág. 70
- Figura 12. Proporção da motivação para inserção na Equipe de Saúde Bucal no PSF de acordo com o nível de importância estabelecido pelos dentistas. Rio Grande do Norte, 2004... pág. 71
- Figura 13. Critérios estabelecidos pelos dentistas quanto à prioridade de atendimento em saúde bucal. Proporção em relação ao número de citações. Rio Grande do Norte, 2004..... pág. 74
- Figura 14. Avaliação da qualidade do Sistema de Referência e Contra-Referência em saúde bucal segundo os gestores. Rio Grande do Norte, 2004..... pág. 75

Figura 15. Avaliação da qualidade do Sistema de Referência e Contra Referência em saúde bucal, segundo os dentistas. Rio Grande do Norte, 2004.....	pág. 75
Figura 16. Motivos que provocaram mudanças no acesso após a incorporação da saúde bucal no PSF, segundo os dentistas. Proporção com relação ao número de citações Rio Grande do Norte, 2004.....	pág. 77
Figura 17. Proporção das atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde Bucal juntamente com a Equipe de Saúde da Família, segundo os dentistas. Rio Grande do Norte, 2004.....	pág. 79
Figura 18. Frequência de realização de visitas domiciliares pelos dentistas. Rio Grande do Norte, 2004.....	pág. 81
Figura 19. Frequência da realização de avaliação das ações de saúde bucal segundo os dentistas e os gestores. Rio Grande do Norte, 2004.....	pág. 90
Figura 20. Cadeira odontológica desativada na Unidade de Saúde da Família do município “C”. Rio Grande do Norte, 2004.....	pág. 97
Figura 21. Consultório odontológico na Unidade de Saúde do município “J”. Rio Grande do Norte, 2004.....	pág. 98
Figura 22. Consultório odontológico na Unidade do município “O”. Observar a pia onde se lava o material e as mãos. Rio Grande do Norte, 2004.....	pág. 98
Figura 23. Consultório odontológico do município “O”. Observar a reforma na estrutura física e a cadeira sem refletor. Rio Grande do Norte, 2004.....	pág. 99
Figura 24. “Refletor” utilizado pelo dentista no município “O”. Rio Grande do Norte, 2004.....	pág. 99
Figura 25. Consultório odontológico na Unidade nº “2” do município “A”. Observar a cadeira nova e as paredes pintadas pelo Dentista. Rio Grande do Norte, 2004.....	pág. 100
Figura 26. Rio atravessado pela população para o atendimento na unidade móvel do município “N”. Rio Grande do Norte, 2004.....	pág. 101
Figura 27. "Sala de espera" da Unidade Móvel na zona rural do município "N". Rio Grande do Norte, 2004.....	pág. 102
Figura 28. Consultório odontológico no município “F”. Observar ambiente humanizado e paredes revestidas. Rio Grande do Norte, 2004.....	pág. 102

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1. Agentes Comunitário de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) em atuação até setembro de 2004. Brasil, 2004..... pág. 37
- Quadro 2. Evolução das Portarias publicadas com relação à saúde bucal no PSF. Fonte: MS pág. 43
- Quadro 3. Municípios onde não houve atendimento no momento da observação e os respectivos motivos pela falta de atendimento. Rio Grande do Norte, 2004. pág. 95
- Quadro 4. Critérios utilizados para classificação das Unidades de Saúde da Família em Inadequadas, Moderadamente Adequadas e Adequadas. Rio Grande do Norte, 2004..... .pág. 96
- Quadro 5. Matriz avaliativa para classificação dos municípios em condições Insatisfatória (I) , Pouco Satisfatória (PS) e Satisfatória (S) de acordo com variáveis que apontam para uma mudança do modelo em saúde bucal. Rio Grande do Norte, 2004. pág. 110

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Ações intersetoriais envolvendo a saúde bucal segundo os Gestores e os Cirurgiões-Dentistas. Rio Grande do Norte, 2004. pág. 83
- Tabela 2. Frequência absoluta e relativa das citações referentes às ações introduzidas após a incorporação da saúde bucal no PSF segundo os gestores. Rio Grande do Norte, 2004..... pág. 86
- Tabela 3. Frequência absoluta e relativa das citações quanto aos locais onde são desenvolvidas as ações coletivas. Rio Grande do Norte, 2004. pág. 87
- Tabela 4. Desenvolvimento de atividades coletivas junto à população que não se encontra em espaços institucionalizados. Rio Grande do Norte, 2004. pág. 88
- Tabela 5. Frequência absoluta e relativa dos instrumentos utilizados para avaliação das ações em saúde bucal, segundo os gestores. Rio Grande do Norte, 2004. pág. 89
- Tabela 6. Frequência absoluta e relativa dos instrumentos utilizados para avaliação das ações em saúde bucal, segundo os Cirurgiões-Dentistas. Rio Grande do Norte, 2004..... pág. 90

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1. MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE:	
O ANTES E O DEPOIS DO SUS	17
1.1. Características do modelo assistencial hegemônico no Brasil	19
1.2. O rompimento com o modelo hegemônico	21
1.2.1. Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS)	22
1.3. Os modelos alternativos e as novas propostas no contexto do SUS	23
1.3.1. O Programa de Agentes Comunitários (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF)	26
1.4. A saúde bucal no modelo de atenção à saúde	27
CAPÍTULO 2. O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA:	
TRAJETÓRIA, LIMITES E POSSIBILIDADES	31
2.1. Antecedentes e trajetória da implantação do PSF no Brasil	33
2.2. Programa Saúde da Família: mudanças no modelo assistencial?	37
2.3. A incorporação e as particularidades da saúde bucal no PSF	40
CAPÍTULO 3. ACESSO, ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E	
ESTRATÉGIAS DE PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE BUCAL	48
3.1. Considerações acerca da avaliação em serviços de saúde	48
3.2. Considerações acerca da organização do trabalho	53
3.3. O acesso como categoria de análise	54
3.4. Considerações acerca das estratégias de programação	55
CAPÍTULO 4. OBJETIVOS	57
CAPÍTULO 5. METODOLOGIA	58
5.1. Universo da Pesquisa	58
5.1.1. População Alvo	58
5.1.2. Amostra	59
5.1.3. Sujeitos da Pesquisa	62
5.1.4. Instrumentos de Coleta	62
5.1.5. Análise dos Dados	63
CAPÍTULO 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
6.1. Os resultados dos questionários	65

6.1.1. Caracterização dos dentistas, gestores e da implantação da Equipe de Saúde Bucal nos municípios	65
6.1.2. Acesso da população aos serviços de saúde bucal	72
6.1.3. Organização do trabalho	77
6.1.4. Estratégias de programação	84
6.2. Análise Documental	91
6.3. Aspectos da Observação Estruturada	94
6.4. Os Sistemas de Informação em Saúde e sua aplicação na saúde bucal	103
6.5. Análise do conjunto de dados obtidos	107
CAPÍTULO 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS	115
ANEXOS	122

INTRODUÇÃO

*Bebida é água
Comida é pasto
Você tem sede de quê?
Você tem fome de quê?
A gente não quer só comida
A gente quer comida, diversão e arte
A gente na quer só comida
A gente quer saída para qualquer parte
A gente não quer só comida
A gente quer bebida, diversão, balé
A gente não quer só comida
A gente quer a vida como a vida quer*

(Arnaldo Antunes, Marcelo Fromer e Sérgio Brito)

A forma como o Estado brasileiro conduziu suas políticas públicas em saúde durante o século passado tem exercido sua influência até os dias atuais. Tais políticas, que determinaram o modelo assistencial, caracterizaram-se por muito tempo, como excludentes e com uma forte vinculação ao sistema previdenciário. Estabeleceu-se, dessa forma, um modelo assistencial em saúde dicotômico, onde de um lado, ficava a Saúde Pública responsável por ações campanhistas e sanitaristas de caráter preventivo dirigida à população mais carente e, do outro, ficava o sistema previdenciário, o qual se encarregava das ações de caráter assistencial, especialmente no âmbito hospitalar, destinadas ao contribuinte da previdência.

Paralelamente a este modelo, desenvolveu-se o modelo assistencial em saúde bucal, com características semelhantes e com algumas particularidades. A dicotomia entre curativo e preventivo também existiu, onde as ações curativas eram realizadas expressivamente pelos dentistas conveniados com o sistema previdenciário e a Saúde Pública, por sua vez, atuava em duas grandes frentes: o atendimento aos escolares, através do Sistema Incremental e o programa de fluoretação das águas de abastecimento público. A lógica de atendimento da esfera privada foi transposta acriticamente para a esfera pública, tendo como princípio norteador a livre demanda.

As conseqüências desse modelo são marcadas por várias contradições. Percebe-se que a Odontologia brasileira, apesar de desenvolvida tecnologicamente e de possuir mais de 10% dos Cirurgiões-Dentistas do mundo (Pinto, 1992 citado por Roncalli⁶²), ainda está distante de grande parte da população, principalmente a mais humilde. Recentemente, a Pesquisa Mundial de Saúde constatou que, quanto menor o número de bens por domicílio, maior a proporção dos que tiveram algum problema bucal e não tratou. Por outro lado, quanto maior o

número de bens, maior a proporção dos que tiveram algum problema bucal e foram tratados¹⁶, ou seja, o acesso à saúde bucal esteve, e ainda está diretamente relacionado à melhor condição sócio-econômica, demonstrando o caráter excludente e elitista do modelo.

Vale salientar que ter acesso aos serviços de saúde bucal no âmbito do setor público não significa necessariamente melhorias nas condições de saúde bucal da população. Segundo os resultados do Levantamento Epidemiológico Nacional em Saúde Bucal, o SB Brasil, à medida que idade aumenta maior a proporção dos dentes perdidos, segundo o índice CPO-D*, chegando a um percentual de 92,95% na faixa etária de 65 a 74 anos, o que corresponde a 26 dentes extraídos em média¹⁷.

O Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Bucal³³, já no início da década de 1990, resume de forma sistemática, o modelo de prestação de serviços odontológicos no Brasil:

“O modelo de saúde bucal vigente no Brasil caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira. Ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país, é elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação”.

Após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), várias propostas e programas surgiram na tentativa de operacionalizar seus princípios doutrinários e organizativos nos modelos assistenciais em saúde. O SUS criou, no plano jurídico, oportunidades para que os municípios dinamizassem as ações em saúde, fazendo surgir propostas de mudanças que pudessem, na prática, romper com o modelo tradicional de assistência. A possibilidade de universalizar o acesso em saúde e de promover uma política de saúde equânime e integral tem demonstrado as limitações desse modelo assistencial em saúde bucal excludente, centrado em ações de caráter eminentemente curativo e sem participação popular nas arenas decisórias.

Nesse sentido, surge na década de 1990 o Programa Saúde da Família (PSF), o qual tem se tornado o principal programa alavancador de mudanças para os modelos assistenciais em saúde nos últimos anos. Acredita-se que, por se tratar de uma estratégia para a reorganização da Atenção Básica que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde, o PSF possa reorganizar as ações em saúde nos municípios, produzindo mudanças no

* O índice CPO expressa a experiência anterior de cárie contabilizando os dentes Cariados, Perdidos e Obturados⁵⁷.

processo de trabalho - introduzindo vínculo, responsabilização e humanização no atendimento, possibilitando o trabalho em equipe - e resultados com impacto epidemiológico.

Entendendo a saúde bucal como integrante desse processo, a sua incorporação no PSF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal baseados no curativismo, tecnicismo, biologicismo e excludentes. Isso porque o PSF, de certa forma, tenta romper com a lógica programática desses modelos, visto que, articula as propostas da vigilância à saúde, baseando-se na integralidade e possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias, consideradas como núcleo social primário. Da mesma forma que a expansão do PSF pelo país, a incorporação da saúde bucal também já é bastante expressiva.

Aliás, nunca se viu a saúde bucal com tanta importância nas políticas de saúde brasileiras. Além dos crescentes incentivos oferecidos pelo Ministério da Saúde para a implantação da saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família, no ano de 2004 o governo lançou a atual Política Nacional de Saúde Bucal com o objetivo de ampliar e garantir a assistência odontológica à população, propondo a operacionalização de seus pressupostos a partir do PSF²².

Diante de tantas possibilidades e de promessas para a mudança do modelo assistencial em saúde bucal a partir de sua inclusão no PSF, é importante questionar se realmente está havendo alguma mudança no modelo das práticas no nível local, na ponta do sistema. Será que sua incorporação no PSF tem tido força para mudar o modelo de práticas em saúde bucal? Ou será que outras questões, relativas às políticas públicas mais amplas, são mais importantes para a mudança do modelo? Essas foram as questões que me motivaram e que conduziram este estudo. Além disso, as particularidades relativas ao financiamento podem tornar o PSF uma medida indutora determinada pelo Ministério da Saúde e a tradução local pode ser bem diferente de todas as expectativas. É necessário, portanto, olhar com olhos críticos essa expansão da saúde bucal no PSF.

Portanto, diante da expressividade com que a incorporação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF tem se expandido por todo o país; pelo fato de o Programa ter se tornado especialmente na saúde bucal a principal (em alguns casos a única) maneira de organização dos recursos físicos, humanos, tecnológicos para responder às necessidades de saúde bucal da população; pela possibilidade de reorganizar as ações em saúde bucal a partir da concepção ampla do processo saúde-doença, baseado na promoção, prevenção e assistência à saúde e pela necessidade de

avaliação das ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal no PSF no Rio Grande do Norte, esse estudo se propõe a avaliar se realmente está acontecendo uma mudança do modelo assistencial em saúde bucal no estado do Rio Grande do Norte após a incorporação da Equipe de Saúde Bucal no PSF, a partir de fatores que podem estar interferindo nesse processo.

No primeiro capítulo discorreremos sobre os modelos assistenciais em saúde, esclarecendo algumas questões conceituais e resgatando, desde as características do modelo assistencial hegemônico no Brasil, até as propostas de rompimento diante das novas possibilidades apresentadas pelo SUS. Discutiremos ainda como se constituiu o modelo assistencial em saúde bucal explicitando algumas de suas propostas, como o Sistema Incremental e, mais recentemente, as propostas da Saúde Bucal Coletiva.

No segundo capítulo nos deteremos nas discussões acerca do PSF, inicialmente debatendo a questão da focalização, uma de suas características mais polêmicas. Percorreremos a trajetória de implantação do Programa, resgatando seus antecedentes e explorando as possibilidades e limitações de mudança no modelo assistencial. Por fim, discutiremos a incorporação da saúde bucal e algumas particularidades da mesma no PSF.

No terceiro capítulo nos concentraremos numa discussão a respeito da avaliação em saúde e das dimensões utilizadas em nosso trabalho como referencial para nossa análise as quais são o acesso, a organização do trabalho e as estratégias de programação.

Nos capítulos seguintes detalharemos os procedimentos metodológicos para coleta e análise do material empírico; são expostos os resultados encontrados realizando a discussão e, então, destacaremos alguns dos pontos mais relevantes nas considerações finais.

Diante do exposto, entendendo a importância estratégica que o Programa Saúde da Família tem adquirido para a operacionalização, ou não, dos princípios do SUS e além de se considerar a saúde bucal como parte integrante das políticas públicas a serem adotadas para o enfrentamento dos desafios que devem ser superados para a efetiva concretização desses princípios, esse trabalho se justifica na medida em que sua realização pode apontar os problemas enfrentados pela saúde bucal no PSF, bem como pode desvelar caminhos mais resolutivos para a prática da saúde bucal nesse contexto.

CAPÍTULO 1

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE: O ANTES E O DEPOIS DO SUS

*Miséria é miséria em qualquer canto
Riquezas são diferentes
Todos sabem escovar os dentes
Riquezas são diferentes
(Arnaldo Antunes)*

O debate político acerca dos modelos assistenciais em saúde remonta aos primórdios do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, amparado por movimentos ideológicos da época, como a Medicina Preventiva e a Medicina Comunitária, os quais abriram as portas para a investigação dos determinantes do processo de trabalho em saúde. Apesar de obscurecido durante alguns anos por discussões em torno do financiamento e gestão do sistema, tal debate passa a ter grande destaque a partir da década de 1990, principalmente após a implantação do programa Saúde da Família⁶⁸.

Segundo Silva Jr.⁶⁴, a discussão a respeito da organização dos serviços de saúde é de importância estratégica, visto que a luta pela Reforma Sanitária sai de sua dimensão jurídica e passa ao esforço de construção de novas formas de organizar a atenção à saúde, visando a um maior impacto sanitário e legitimação pela sociedade.

Antes de nos debruçarmos sobre o tema, faz-se importante esclarecer algumas questões conceituais. Para Paim⁵⁵ os “modelos assistenciais” ou “modelos de atenção” são combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade. Seria então, uma espécie de “lógica” que orienta a ação. Os modelos assistenciais em saúde vão além da simples organização dos serviços ou do modo de administrar um sistema de saúde, pois interfere na forma de organização das relações entre os sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho e saúde a fim de intervir sobre problemas e necessidades sociais da população⁵⁵. O autor destaca ainda que, nesse sentido, apesar da palavra modelo, os modelos assistenciais “não devem ser entendidos como um padrão ou

exemplo”, ou seja, não devem ser considerados como fórmulas a serem aplicadas sem considerar a realidade política, econômica, técnica e social de cada local.

Interessante destacar que, apesar de utilizados como sinônimos, conceitualmente os “modelos de atenção” são distintos dos “modelos de assistência”. Considerando-se a atenção com um sentido mais amplo, que inclui, dentre outros aspectos, a assistência, seria mais correto utilizar o termo “modelos de atenção” ao invés “de modelos assistenciais”. Narvai⁵⁰ discute tais diferenças no âmbito odontológico, o que pode ser transposto para o âmbito da saúde como um todo. Segundo o autor:

“Assistência odontológica refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, estejam doentes ou não.

*A atenção à saúde bucal é constituída, por outro lado, pelo conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo com o objetivo de manter a saúde bucal. Tais ações podem ser desencadeadas e coordenadas **externamente** ao próprio setor saúde (geração de empregos, renda, habitação, saneamento, lazer etc.) e mesmo **internamente** à área odontológica (difusão em massa de informações, ações educativas, controle de dieta, controle de placa etc.)”* [grifos do original]

Ainda nessa discussão, Teixeira⁶⁸ admite uma concepção ampliada obre “modelos de atenção” que inclui três dimensões: uma dimensão **gerencial**, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; uma dimensão **organizativa**, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica e a dimensão **técnico-assistencial**, que diz respeito às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, as quais são mediadas por tecnologias do processo de trabalho que operam em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação). Para esta autora, o termo “modelos assistenciais” refere-se às teorias relativas ao processo de trabalho, como conceituado acima por Paim⁵⁵.

Para Roncalli⁶² em algumas situações, a confusão nos termos parece existir porque os limites entre o que é assistência e o que é atenção são muito tênues. Da mesma forma que está explicitado em seu trabalho, consideraremos o termo consagrado “modelo assistencial” sem uma maior preocupação com as distinções conceituais. O importante é perceber que, diante da concepção ampliada colocada por Teixeira⁶⁸, uma proposta de mudança do “modelo de atenção” deve atuar sobre as três dimensões citadas acima, de forma sinérgica e complementar. Contudo, mudanças parciais em uma das dimensões podem facilitar transformações mais amplas.

1.1. Características do modelo assistencial hegemônico no Brasil

Os modelos assistenciais em saúde são construções históricas que refletem desde a concepção do processo saúde doença ao arcabouço técnico e político na implementação das práticas. São orientados por uma concepção de medicina que possui seus saberes e práticas determinadas por um substrato filosófico (paradigma). O modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde tem suas origens na Medicina Científica (Flexneriana)*, o que justifica o fato de as ações caracterizarem-se pela prática curativa e na assistência ao indivíduo doente no espaço restrito da clínica⁶⁴.

Influenciados pela Medicina Científica, os modelos assistenciais em saúde no Brasil estiveram, via de regra, voltados para a demanda espontânea ou para necessidades de saúde, como campanhas e programas especiais em saúde pública. Desse modo, dois modelos conviveram no Brasil de forma contraditória ou complementar: o modelo “médico-assistencial privatista”^{44,55} e o modelo assistencial “sanitarista”⁵⁵.

O modelo “médico-assistencial privatista” desenvolveu-se a partir do processo de industrialização e do crescimento da medicina previdenciária. Tal crescimento se deu às expensas do financiamento a partir do Estado e a medicina previdenciária se responsabilizou pelas ações de caráter curativo. Esse modelo reforça a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se sentirem doentes. Nesse caso, a demanda espontânea é quem condiciona a organização de recursos para a oferta, ou é a própria oferta distorcida em relação às necessidades de saúde que determinaria o consumo de serviços médicos⁵⁵.

O modelo “sanitarista”⁵⁵ ou “modelo de saúde pública”⁶⁴ era responsável pelas ações da tradicional saúde pública, principalmente no combate às endemias e epidemias, articuladas aos interesses econômicos agro-exportadores e ações de caráter preventivo, como vacinações, puericultura, pré-natal desenvolvidas nos Centros de Saúde pertencentes aos estados e ao Serviços Especiais em Saúde Pública (SESP)^{44,64}. O SESP foi criado no Brasil em 1942 como esforço de guerra, mantido por um acordo de cooperação técnica entre Brasil e Estados Unidos e suas ações possuíam forte influência das idéias americanas trazidas pelos sanitaristas que estudaram nesse país. Foi direcionado para as áreas economicamente estratégicas como as de extração da borracha na Amazônia e funcionava, do ponto de vista assistencial, no sentido de

* A Medicina Científica ou Flexneriana é fundamentada pelo Relatório Flexner de 1910, tendo Abraham Flexner como seu mentor. Seus elementos estruturais são o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo, a especialização, a exclusão de práticas alternativas, a tecnificação do ato médico, a ênfase na medicina curativa e a concentração de recursos⁴³.

aliviar tensões sociais. Na década de 1960 passou a ser Fundação e com o SUS passou a ser a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)^{52,62,71,72}.

O modelo “sanitarista” corresponde à Saúde Pública institucionalizada no Brasil que tem enfrentado os problemas de saúde da população mediante campanhas (vacinação, combate às epidemias, reidratação oral) e programas especiais (controle de tuberculose e da hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher). Uma grande crítica a este modelo é o fato de concentrar sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer, deixando de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação sanitária⁵⁵.

A principal característica, portanto, dos modelos assistenciais no Brasil antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a dicotomia curativo-preventivo nas ações de saúde, onde o sistema previdenciário se encarregava das ações curativas e a Saúde Pública preocupava-se com as ações de caráter preventivo.

Com o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que teve início no fim dos anos 1970, caracterizando-se por um movimento social liderado por profissionais de saúde e por intelectuais na área da saúde coletiva objetivando, entre outras coisas, mudanças no modelo assistencial^{53,62}, foi debatido o conceito ampliado de saúde, o qual foi definido na VIII Conferência Nacional de Saúde³². Deveria-se então, definir a saúde como:

“... a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (...) A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas”.

Tal conceito de saúde, reafirmado e incorporado pelo SUS, tornou o processo excludente e historicamente enraizado dos modelos assistenciais em saúde incompatível com o novo momento político vivido no Brasil. Esses modelos assistenciais ainda hegemônicos, não foram capazes de responder às necessidades de saúde da população, tornando-se ineficientes; ineficazes, na medida em que não conseguiram diminuir a morbi-mortalidade e o absenteísmo no trabalho; de alto custo, pela incorporação crescente de tecnologias, especialização profissional e ênfase na cura; provocaram iatrogenia e negaram a influência dos fatores sociais na determinação das doenças^{44,64}.

1.2. O rompimento com o Modelo Hegemônico

Diante do esgotamento do modelo assistencial hegemônico, surge no Brasil, já no final da década de 1960, uma proposta alternativa, a Medicina Comunitária. Considerada por Silva Jr.⁶⁴ como um modelo assistencial, tem como base teórica as idéias do médico inglês Bertrand Dawson, o qual já criticava em 1920, a separação entre a Medicina Preventiva e a Medicina Curativa e propunha uma atuação coordenada pelos Médicos Generalistas, capazes de atuar sobre os indivíduos e sobre a comunidade, além de propor a regionalização dos serviços de saúde⁶⁴.

Tais idéias difundiram-se por vários países, inclusive nos Estados Unidos e nos países da América Latina, sendo nesses locais, durante muito tempo, materializadas sob a forma dos centros de saúde responsáveis pelas ações preventivas articuladas à Saúde Pública, desenvolvendo o modelo campanhista referido no tópico anterior⁶⁴.

Somente a partir da década de 1970, diante da crise da Medicina Científica, essas idéias, reformuladas e apoiadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), consolidaram-se na Conferência de Alma-Ata (1978) onde a proposta dos “Cuidados Primários à Saúde” foi intensamente discutida⁶⁴. É na esteira dos debates sobre os cuidados primários de saúde e da regionalização e hierarquização dos serviços que surgem diversas propostas como a dos Distritos Sanitários (DS), dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e das Cidades Saudáveis, os quais serão mais bem explicitados a seguir. Tais propostas, surgidas no plano internacional e que tiveram repercussão no Brasil, foram discutidas e apoiadas por intelectuais que utilizaram a Medicina Comunitária como “espaço de politização de saúde, reflexão de problemas e laboratórios de alternativas de soluções”⁶⁴.

Os elementos estruturais da Medicina Comunitária são (a) coletivismo restrito, (b) integração de atividades promocionais, preventivas e curativas, (c) desconcentração de recursos, (d) tecnologia adequada, (e) inclusão de práticas médicas alternativas, (f) utilização de equipes de saúde e (g) participação comunitária. Essa última teve destaque nas discussões e foi encarada como “uma forma de envolver a comunidade na solução de seus problemas”⁶⁴.

É interessante destacar que nos países capitalistas a Medicina Comunitária sempre assumiu uma posição complementar à Medicina Flexneriana, sendo dirigida à população mais pobre, traduzindo-se em mais uma opção de acumulação de capital oriundo do Estado pela indústria da saúde, financiada e estimulada pelo Banco Mundial, que preconizava a

racionalização dos gastos em saúde, principalmente nos países periféricos. A aparente polaridade entre as duas medicinas expressa, na verdade, “os dois lados da mesma moeda”⁶⁴.

1.2.1. Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS)

Inserido nas discussões acerca da mudança de modelo assistencial, no bojo das idéias da Medicina Comunitária, a proposta de SILOS tem seu marco conceitual apresentado na XXII Conferência Sanitária Pan-Americana em 1986. Os SILOS devem constituir um processo de mudança fundamental nos procedimentos técnicos das prestações de serviços, no uso de tecnologias disponíveis, na integração dos conhecimentos, na forma de utilização dos recursos e na forma de concretizar a participação social. Tal proposta não deve ser vista isolada dos processos de democratização e descentralização do Estado⁶⁴.

Seus demais aspectos são (a) a reorganização do nível central, (b) a descentralização e a desconcentração, (c) a participação social, (d) a intersetorialidade, (e) a readequação dos mecanismos de financiamento, (f) a integração dos programas de prevenção e controle, (g) o reforço da capacidade administrativa e (h) a capacitação da força de trabalho⁶⁴.

No Brasil, a proposta de SILOS foi concretizada no estado da Bahia de forma pioneira devido ao advento dos Sistemas Descentralizados Unificados de Saúde (SUDS), o qual é considerado estratégia-ponte para o SUS. Tal proposta teve oportunidade de ser posta em prática no momento em que intelectuais ligados ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, estiveram ocupando cargos diretivos na Secretaria Estadual de Saúde. A proposta de SILOS tem como referência a epidemiologia social latino-americana e o Planejamento Estratégico em Saúde e, como base operacional os Distritos Sanitários, os quais buscavam, a partir de unidades de saúde de complexidades distintas, adequar a oferta às necessidades de saúde das diferentes comunidades^{1,64}.

Os Distritos Sanitários, nesse contexto, não devem ser entendidos apenas como um espaço geográfico delimitado, mas sim como um território-processo, uma unidade operacional e administrativa mínima dos sistemas de saúde definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, gerenciais e políticos nos quais os recursos se destinam a desenvolver ações integrais de saúde, a fim de resolver os problemas e necessidades de saúde da população^{55,68}.

1.3. Os modelos alternativos e as novas propostas no contexto do SUS

Como dissemos anteriormente, as alternativas ao modelo assistencial hegemônico foram postas em discussão antes mesmo da implantação do SUS, iniciadas no campo de discussões da Medicina Comunitária e, posteriormente, diante das limitações da mesma, enfatizadas e reformuladas durante o Movimento pela Reforma Sanitária. A necessidade de mudar o modelo assistencial, visando à integralidade da atenção, ao impacto dos problemas da população e à concretização dos princípios do SUS, resultou na implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) em alguns estados do país, que organizavam os serviços através dos Distritos Sanitários e com ênfase na atenção primária à saúde.

A célebre frase: “A saúde é direito de todos e dever do Estado” contida no artigo 196 da Constituição de 1988, traduz de forma sucinta o princípio da universalidade, uma das principais características do modelo assistencial vigente atualmente no Brasil, o Sistema Único de Saúde. O acesso universal aos serviços de saúde, garantido pela Constituição, deve ainda ser pautado em outros princípios doutrinários e organizativos do SUS, como a equidade, a integralidade, a descentralização, a regionalização e hierarquização, e o controle social⁴.

O SUS proporcionou um campo fértil para a realização de mudanças nas práticas de saúde. No entanto, à medida que as questões de ordem jurídico-legal (para criação de um novo Sistema de Saúde) e de ordem político-institucional (relacionadas principalmente com o financiamento e a gestão do sistema) foram ocupando centralidade nas discussões do MRSB, a temática da organização dos serviços e do processo de trabalho em saúde foi sendo progressivamente deslocada do centro das atenções⁶⁸.

Para Teixeira⁶⁸ é importante entender que, no âmbito do SUS, nenhuma dessas propostas implementadas dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos no processo de mudança das práticas de saúde, focando pontos parciais do processo, algumas privilegiando o nível “micro” dos processos de trabalho em saúde, como é o caso do “Modelo de Defesa da Vida” e as “Ações Programáticas” e outras que buscam dar conta de mudanças em nível “macro”, como é o caso da “Promoção de Saúde” e das “Cidades Saudáveis” que procuram a formulação e implementação de políticas que vão além dos limites do sistema dos serviços de saúde.

Paralelamente a esta busca por reformulações do modelo de atenção, que surge num contexto de democratização e de lutas por melhorias nas condições de saúde da população, e

que tem no SUS um terreno propício para a sua implementação, crescem as discussões a respeito da crise do capitalismo que se arrasta desde a década de 1970 e que fez ressurgir no cenário político, a proposta neoliberal de regulação da economia⁴⁷. Nesse cenário de críticas às políticas universais, a saída para a crise estaria nas medidas racionalizadoras, inclusive no campo da saúde, onde seria oferecida aos grupos vulneráveis uma cesta básica de saúde, ficando a assistência especializada e hospitalar gerida pelo mercado, ou seja, para quem pudesse pagar. O período pós-implantação do SUS foi marcado pelas intervenções de agências financiadoras internacionais como o Banco Mundial na organização da saúde. O SUS defende uma lógica diametralmente oposta às práticas neoliberais. Dessa forma, sua implantação e implementação foram claramente atacadas e dificultadas por essas propostas reguladoras da economia.

Descreveremos agora, sucintamente, algumas das propostas de mudança de modelo assistencial já mencionadas acima. Além disso, nos deteremos um pouco nas diretrizes da Vigilância à Saúde a qual tem sido utilizada como referência para a proposta do Saúde da Família.

O “Modelo de Defesa da Vida” tem sua origem nas reflexões desenvolvidas por docentes e pesquisadores do LAPA-UNICAMP ao longo da década de 1990. O foco de mudança é o processo de trabalho em saúde e seu propósito, intelectual e político, indicando o desejo de criar metodologias e instrumentos de gestão e organização do trabalho coletivo que estabeleçam novas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, mediadas pela busca de autonomia e reconstrução de subjetividades. Enfatiza ações desenvolvidas nos micro-processos de trabalho⁴⁵ como acolhimento, vínculo, autonomização e humanização, porém não toca no desenho macro-organizacional do sistema⁶⁸.

As “Ações Programáticas em Saúde”, produto das idéias de docentes e pesquisadores do Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa do Departamento de Medicina Preventiva (DMP) da Universidade de São Paulo (USP), propõem uma reflexão sobre a programação enquanto tecnologia que pode ser utilizada para a reorganização do processo de trabalho e a incorporação da epidemiologia como ferramenta para a detecção das necessidades sociais de saúde definidas em função de critérios demográficos, sócio-econômicos e culturais, a fim de identificar os grupos programáticos para os quais as ações programáticas serão destinadas⁶⁸. Constitui, portanto, uma alternativa aos chamados programas especiais, definidos no nível central e incorporados acriticamente nos municípios brasileiros. Segundo Paim⁵⁵, a “oferta organizada” tende a superar as formas de organização da produção de ações, como campanhas,

programas especiais e as voltadas exclusivamente para a demanda espontânea, exigindo a elaboração de normas técnicas para grupos populacionais e agravos prioritários.

As “Ações Programáticas em Saúde” se aproximam do “Modelo de Defesa da Vida” por tocar na reorientação do processo de trabalho em saúde. Tem como limitação não alcançar o desenho macro-organizacional dos sistemas de serviços de saúde. Além disso, apesar de o espaço de intervenção ser as unidades básicas de saúde, o grupo da USP não trabalha com a idéia de ações territoriais, restringindo o uso da epidemiologia às necessidades da clínica⁶⁸.

O significado da “Promoção da Saúde” atual vai muito além da idéia de prevenção primária definida por Leavell e Clark⁴⁰, estando associado a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável) que são combinados através das parcerias entre o Estado, a comunidade, os indivíduos, o sistema de saúde e as instituições. As idéias que constituem o corpo doutrinário da Promoção da Saúde têm sido difundidas através da formulação de políticas públicas saudáveis que levem em conta a possibilidade de articulação de ações intersetoriais voltadas para a melhoria da qualidade de vida de grupos populacionais expostos a riscos variados⁶⁸.

Uma das formas de difusão da proposta de Promoção de Saúde tem sido as chamadas Cidades Saudáveis, surgidas no plano internacional e com experiências no Brasil, como no caso de Curitiba, Campinas e Fortaleza. Esse movimento teve amplo apoio da OMS/OPAS, que estimulou e financiou uma série de experiências/projetos de Cidades Saudáveis, particularmente na Europa e no Canadá. O objeto e a finalidade da proposta são a equidade e a qualidade de vida, cujos parâmetros foram resgatados da Carta de Ottawa (1986). Constitui sem dúvida, uma importante inovação conceitual e político-ideológica na área de formulação de políticas sociais, porém, não consegue resolver problemas específicos da organização do modelo de atenção à saúde^{64,68}.

As experiências de SILOS e DS, assessoradas por grupos ligados às universidades e sob o patrocínio de organizações internacionais, como a OPAS e a Cooperação Italiana, mesmo não se tratando propriamente de um modelo assistencial, já propunham um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, tocando na organização dos serviços de saúde. A proposta conhecida como “Vigilância à Saúde” (VISAU) surgiu nesse contexto de distritalização, utilizando o território para a integração das práticas de saúde a partir de uma releitura crítica e atualização dos níveis de prevenção presentes na História Natural das Doenças propostos por Leavell e Clark⁴⁰. Utiliza, portanto, a noção de problemas de saúde no planejamento e

programação, bem como, a elaboração de mapas de risco que fundamenta a delimitação de micro-áreas.

Diante das propostas colocadas até então, a VISAU avança no plano macro-organizacional por permitir a implementação de políticas públicas saudáveis, que são um conjunto de ações intersetoriais e não-governamentais voltadas para a melhoria das condições de vida da população, e a reorganização das ações sob responsabilidade direta do sistema de serviços de saúde, sejam elas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica ou de assistência e reabilitação⁶⁸.

Por seu caráter abrangente, aproximando-se algumas vezes do debate sobre Promoção da Saúde, não contempla propostas de mudanças específicas na organização do processo de trabalho em saúde. Mas é justamente por ter essa característica de abrangência, pretendendo dar conta do princípio da integralidade, tanto numa perspectiva vertical (de organização dos serviços segundo os níveis de complexidade), quanto numa perspectiva horizontal (articulação entre as ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação à saúde), que a VISAU tem sido usada como referência no âmbito do Programa de Saúde da Família⁶⁸.

1.3.1. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF)

Na década de 1990, o debate acerca da necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde ganha destaque especialmente após a implantação o Programa de Saúde da Família (PSF) devido ao marketing político do governo e às iniciativas estaduais e municipais, evidenciando resultados alcançados em termos de cobertura populacional, número de equipes formadas e capacitadas, além de alguns efeitos nos indicadores de saúde⁶⁸.

O Programa de Agentes Comunitários em Saúde, considerado com um dos antecessores do PSF, também surge na década de 1990 e ganha expressividade no país com suas propostas de articulação entre os serviços de saúde e a comunidade. O PACS e o PSF trabalham através da busca ativa da população incorporando os princípios da vigilância à saúde e têm como núcleo central das ações, não somente o indivíduo, mas sim a família contextualizada em seus aspectos sociais.

Discutiremos detalhadamente tais propostas mais adiante, porém convém nesse momento alguns esclarecimentos a respeito de se considerar ou não o PSF como um modelo assistencial. É importante destacar que apesar de difundido por todo o país, o PACS e o PSF não constituem um modelo de atenção à saúde, até porque, mesmo algumas vezes utilizando o termo modelo assistencial, estamos adotando como referencial a teoria ampliada de modelos de atenção proposta

por Teixeira⁶⁸ explicitada no início desse capítulo. Na concepção de Paim⁵⁵, o PACS poderia até mesmo ser considerado mais um programa especial do “modelo sanitário”, não desmerecendo as suas potencialidades. Por sua vez, o PSF toca num ponto estratégico para a mudança do modelo de atenção, que é a reorganização do processo de trabalho em saúde através da Atenção Básica através da vigilância à saúde, não chegando a ser propriamente um modelo assistencial.

Foi importante nos determos um pouco em cada uma das propostas citadas acima, para entendermos que todas elas possuem lacunas na tentativa de mudar o modelo de atenção em saúde, ou seja, nenhuma delas dá conta sozinha do processo de mudanças em todas as dimensões, como foi dito no início desse tópico. Entender as limitações e as possibilidades de cada uma delas é o primeiro passo a fim de articulá-las e adequá-las à realidade de cada município para desenvolver mudanças significativas na forma de oferecer saúde à população. Além do mais, como afirma Roncalli⁶², a rigor, os princípios doutrinários e organizativos para todos esses modelos já existem, que são os princípios do SUS. Cabe a cada município, desenvolver suas próprias estratégias para colocar tais princípios em prática.

1.4. A saúde bucal no modelo de atenção à saúde

Os modelos assistenciais em saúde bucal, da mesma forma que os de saúde, apoiaram-se na Medicina Científica o que justifica o fato de as ações caracterizarem-se pela prática curativa e na assistência odontológica ao indivíduo doente, realizada individualmente pelo Cirurgião-Dentista, no espaço restrito da clínica.

Percorrendo-se a trajetória dos modelos assistenciais em saúde bucal percebe-se que a lógica de atendimento à livre demanda da esfera privada foi transposta acriticamente para a esfera pública.

No caso da Odontologia, as ações da saúde pública a partir da década de 1950, centraram-se em dois grandes eixos: a fluoretação das águas de abastecimento público, com um caráter mais preventivo e coletivo e o atendimento aos escolares, de caráter mais curativo e individual⁷².

O serviço odontológico de atendimento ao escolar surgiu em 1951 após a implantação do setor de Odontologia nos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP). A assistência odontológica ao escolar ficou bem caracterizada por um sistema de atendimento aos escolares, o Sistema Incremental. Sua definição clássica é dada por Pinto⁵⁷ como “um método de trabalho que visa o completo atendimento de uma população dada, eliminando suas

necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas”.

O Sistema Incremental, a despeito do grande avanço que representou para a assistência odontológica na época, mantendo-se vigente por quatro décadas, se mostrou, já no início dos anos 1970, como um sistema de atendimento superado, tanto do ponto de vista de sua eficácia, quanto de sua abrangência e cobertura. No primeiro caso, pelo fato de ter se estabelecido a partir do paradigma curativo-reparador, o que provocou, na melhor das hipóteses, um aumento do número de dentes restaurados, mas sem impacto na prevalência da doença cárie. Com relação à abrangência, tratava-se de um modelo excludente na medida em que se restringia ao atendimento de escolares de escolas públicas, na faixa etária de 7 a 14 anos, com algumas variações^{52,54}.

Porém, apesar de suas limitações, possuía uma estrutura organizacional muito forte com um sistema de atendimento bem normatizado (atendimento por hemi-arcada, realização de procedimentos básicos, como restaurações simples e exodontias, lógica de atendimento por Tratamento Completado), o que provavelmente justifica sua expansão para diversos municípios de todo o país.

Surgiram ainda, na década de 1970 e 1980, algumas propostas de mudança para o atendimento odontológico na Saúde Pública: a Odontologia Simplificada e a Odontologia Integral. A primeira introduziu a desmonopolização do saber e simplificou as técnicas e os passos operatórios. A segunda introduziu ações preventivas na clínica influenciadas pelo preventivismo escandinavo, como risco de cárie e aplicação de selantes. Porém, nenhuma conseguiu romper com a lógica do Incremental, pois continuavam a atender escolares e priorizar o tratamento curativo⁷².

Portanto, podemos caracterizar o modelo assistencial em saúde bucal da época de 1950 a 1980 como um modelo *excludente* porque quem não fosse contribuinte da previdência ou escolar tinha de recorrer aos escassos centros de saúde ou às entidades filantrópicas. Além disso, o Programa de Fluoretação das Águas de Abastecimento Público, também ficou limitado à população que tivesse acesso ao sistema de abastecimento de água. Era *ineficaz*, pois suas práticas baseadas no paradigma Flexneriano não conseguiram diminuir a prevalência de cárie nem de outras doenças bucais; e sem a participação popular nas tomadas de decisões, já que essas eram de responsabilidade, como afirma Zanetti⁷¹, da “elite da tecnoburocracia do Subsetor Odontológico”.

Com o advento do SUS, surge a Saúde Bucal Coletiva na década de 1990, sob forte influência da Reforma Sanitária, passando a saúde bucal do cidadão a ser um direito constitucionalmente

garantido. A busca por um modelo assistencial que incorpore e reafirme na prática os princípios do SUS tem ser tornado o principal desafio para a saúde bucal.

Surgem em alguns municípios do Brasil, experiências pontuais, porém bem-sucedidas como o Programa de Inversão da Atenção (PIA) e a Odontologia para Bebês. A primeira, desenvolvida com sucesso em municípios de Minas Gerais, como João Monlevale e Timóteo, incorporou princípios do preventivismo escandinavo inclusive no controle epidemiológico da cárie. A segunda, desenvolvida com sucesso na Universidade Estadual de Londrina no Paraná, incorporou conceitos da cariologia entendendo a importância de se tratar a cárie o mais precocemente possível, por se tratar de uma doença infecto-contagiosa. Ambas as propostas, não superaram o caráter excludente e curativo do modelo hegemônico em saúde bucal no Brasil⁵⁴.

É interessante contextualizar o surgimento da Saúde Bucal Coletiva. Inicialmente, é importante compreender que frente às suas propostas de ações integrais em saúde, o próprio termo “Saúde Bucal Coletiva” se torna, no mínimo, estranho. Isto porque não se deveria entender a saúde bucal como uma parte da saúde. Para Narvai⁵², “a saúde bucal, como estado de harmonia, normalidade ou hígidez da boca, só tem significado quando acompanhada, em grau razoável, da saúde geral do indivíduo”. Não se admite na Saúde Bucal Coletiva intervenções apenas no nível biológico, não desmerecendo a importância do mesmo. Deve-se procurar atuar nas causas sociais da doença, embora ela se expresse num corpo biológico. Nesse sentido “a medida que a odontologia vai se tornando cada vez mais integral, vai se tornando também cada vez menos Odontologia”⁵².

O movimento da Saúde Bucal Coletiva articulou-se com o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e nesse contexto, teve como grande aliado, o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO) o qual se opunha ao modelo hegemônico estabelecido também na saúde bucal e a qualquer tipo de mercantilização da prestação de serviços odontológicos e defendia, dentre outras coisas, uma odontologia pública, gratuita de boa qualidade e integral, onde as ações sejam desenvolvidas à luz das idéias da promoção de saúde⁵².

A mudança desse modelo foi o objeto de muitas discussões dos intelectuais da área da Saúde Bucal Coletiva, principalmente nos ENATESPOS – Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico – realizados anualmente e considerados um dos espaços de reflexão e instrumentos de mudanças mais importantes para a construção da Saúde Bucal Coletiva, ficando atrás somente das Conferências Nacionais de Saúde Bucal (CNSB), a primeira realizada em Brasília em 1986⁵².

Fruto dos debates travados ao longo das décadas de 1980 e 1990, durante os ENATESPOS e as CNSB e de fatos como a falta de acesso de quase 30 milhões de brasileiros aos serviços de saúde bucal⁸, são elaboradas em 2004 as diretrizes da atual Política Nacional de Saúde Bucal brasileira. Política que pode ser considerada como um divisor de águas na saúde bucal. No documento, as diretrizes da Política de Saúde Bucal constituem um eixo político para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de reorientar o processo de trabalho, tendo como meta a produção do cuidado^{*21}.

As diretrizes dessa Política têm como pressupostos a garantia de uma rede de atenção básica resolutive articulada aos demais níveis de atenção, que assegure a integralidade das ações em saúde bucal, articulando o individual e o coletivo, e as ações de promoção, prevenção e reabilitação. Baseia-se ainda em instrumentos como a epidemiologia e a capacitação permanente e incorpora as noções da vigilância à saúde. A operacionalização e o financiamento dessas ações deve se dar através do Programa Saúde da Família²¹. É exatamente sobre o PSF e sobre a saúde bucal nesse contexto, que concentraremos nossa discussão no próximo capítulo.

* A produção do cuidado implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, humanização, responsabilização e autonomia²¹.

CAPÍTULO 2

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: TRAJETÓRIA, LIMITES E POSSIBILIDADES.

*Não confio em ninguém com mais de trinta
Não confio em ninguém com 32 dentes
(Branco Melo, Marcelo Fromer e Sérgio Brito)*

O Programa de Saúde da Família tem se tornado, nos últimos anos, o principal programa alavancador no sentido da reorganização dos serviços de saúde na Atenção Básica*. Tem como estratégia a reformulação do processo de trabalho inserido no contexto do SUS e centrado na vigilância à saúde por meio de ações de promoção, prevenção e tratamento, baseado na nova concepção sobre o processo saúde-doença, com atenção voltada para a família e com ações organizadas em um território definido. Tem se tornado o carro-chefe do modelo assistencial do SUS e concebido pelo Ministério da Saúde (MS) como uma alternativa de promover a reformulação das ações em saúde, considerando que o modelo tradicional de assistência impôs um descompasso entre os princípios do SUS e a realidade concreta de implantação do sistema de saúde^{67,69,70}.

De acordo com o Ministério da Saúde¹³, o Programa de Saúde da Família “reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): a universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade”. Propõe-se, portanto, a reorganizar a prática assistencial a partir de novas bases em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura das doenças e para o hospital. A base operacional deste novo sistema é a Unidade de Saúde da Família (USF), que tem como princípios:

“Caráter substitutivo: Não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde;

Integralidade e Hierarquização: A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde,

* Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Básica constitui “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 tratamento e a reabilitação (...) e que permitem avançar na direção de um sistema centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente”²⁵.

denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurado a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerido maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.

Territorialização e adscrição da clientela: *trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas.*

Equipe multiprofissional: *A equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe - numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas”.*

Apesar de especificar seu campo de atuação na Atenção Básica, ou Atenção Primária em Saúde, o PSF deve articular-se com a atenção de média e alta complexidade, visto que está inserido no contexto do SUS e incorpora seus princípios, como por exemplo, a integralidade da atenção e a regionalização dos serviços. É importante ressaltar esse aspecto porque, desde sua implantação, o PSF tem sofrido críticas e tem sido acusado de oferecer uma Atenção Básica simples e pobre para os pobres sem articulação com os demais níveis de atenção.

Para fundamentarmos nossa discussão a respeito dessa característica focal do PSF, convém ressaltar o contexto político e econômico no qual ele surgiu e se expandiu. O PSF emerge num contexto de restrição e racionalização dos gastos em saúde, decorrentes da implementação de medidas de ajuste estrutural prescritas pelas agências multilaterais, sobretudo o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, condizentes com a política neoliberal que estabelece a intervenção mínima do Estado nas políticas sociais. Nessa direção, a década de 1990 é marcada pela adoção de estratégias institucionais destinadas a garantir que os programas sociais atinjam os grupos mais vulneráveis, onde a eficiência e a equidade aparecem como elementos centrais, traduzidos na focalização dos mais pobres como alvo prioritário das ações governamentais. Nesse sentido, o PSF é visto por alguns como uma medida de forte caráter racionalizador, onde a focalização é associada à perspectiva de restrição de direitos a partir da instauração de um cardápio mínimo de ações a serem desenvolvidas pelo Estado apenas para a população mais pobre^{47,62,63}.

Para os formuladores e gestores do PSF, o programa tem se constituído em uma estratégia para a reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil. Nesse sentido o PSF traria a preocupação em promover o acesso universal dos setores anteriormente excluídos, traduzindo a

idéia de focalização em uma alternativa atraente para fazer face ao quadro de extrema pobreza e desigualdades sociais no Brasil, desde que esta estratégia esteja dentro de uma lógica organizativa do SUS, de caráter universalista e equânime, fazendo parte de uma rede hierarquizada em que a Atenção Básica tenha, como retaguarda, uma Atenção Secundária* e Terciária† de qualidade^{1,62,63}.

Teixeira⁶⁸ considera que o PSF foi, no início de sua implantação, um programa vertical destinado aos estados do Norte e Nordeste do país, mas que ao ser visto como possibilidade de promover mudanças no modelo de atenção no SUS deixou de ser um Programa focal de atenção básica em populações excluídas para ser considerada uma estratégia de mudança.

É nesse quadro que o Ministério da Saúde tem mudado seu discurso na tentativa de desvincular o PSF dos programas “verticais” comuns na época do INAMPS, passando a discursar sobre a “Estratégia da Saúde da Família” embora a denominação de Programa Saúde da Família persista. Na verdade, o PSF tem sim a marca dos projetos neoliberais. Contudo, dependendo dos sujeitos (gestores, profissionais e usuários) envolvidos na sua implantação e implementação, além do contexto no qual é inserido, ele pode assumir as características de um Programa ou de uma Estratégia.

Ainda nessa discussão, Aguiar¹ afirma que conforme a sua “tradução local” o PSF pode assumir o caráter perverso da focalização ou se constituir numa estratégia baseada na universalidade do SUS. Nesse sentido, o PSF pode utilizar o terreno da Atenção Básica como um campo de ações pobres para os pobres, ou pode compreendê-la como espaço de alta complexidade tentando reorganizar o processo de trabalho a fim de resolver de forma eficaz os problemas de saúde da população. Consideraremos no nosso estudo, o termo Programa Saúde da Família e a sigla PSF, mesmo sabendo de suas restrições, a fim de uniformizar os termos.

2.1. Antecedentes e trajetória da implantação do PSF no Brasil

O PSF tem como antecedentes o movimento pela “humanização da medicina” na década de 1970, como cita Trad & Bastos⁶⁹, na figura do médico da família – que se tratava na verdade, de uma estratégia de readequação da educação médica, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e INAMPS e não propriamente um modelo assistencial - e o

* Atenção Secundária corresponde ao conjunto de ações de grau razoável de diferenciação tecnológica quanto a recursos humanos (mais especializados) e dos equipamentos (mais avançados)⁵⁰.

† Atenção Terciária corresponde à produção de serviços de alta complexidade, por especialistas em diferentes áreas que, em geral, requerem internação⁵⁰.

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado em 1991, que introduziu a abordagem familiar nas práticas assistenciais.

O movimento de Medicina Familiar, estruturado na década de 1960 nos EUA e difundido em vários países da América Latina, inclusive no Brasil, tinha como objetivo introduzir uma reforma no processo de ensino médico. No Brasil, esse movimento emergiu na academia, enquanto proposta de formação em pós-graduação em Medicina Geral e Comunitária, sendo as suas propostas de reorganização da prática médica, a partir da ampliação do objeto de trabalho do indivíduo à família, incorporadas à organização da Atenção Primária à Saúde. Propostas essas, associadas aos princípios da Medicina Comunitária, e que associaram princípios e diretrizes que vão além da clínica, como o uso da epidemiologia e do planejamento em saúde^{1,55}.

O PACS foi formulado com o objetivo central de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. É um antecessor do PSF porque introduz o enfoque familiar nas práticas de saúde e a busca ativa da demanda, ou seja, não espera que a população procure os serviços de saúde e sim o serviço é que vai à procura da população que necessita de atenção⁷⁰.

O PSF foi implantado pelo MS em 1994 como um programa sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com a criação da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), dirigido para as áreas de risco definidas pelo Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Em 1995 o Programa foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e no ano seguinte já estava em vigor o sistema de financiamento a partir da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS)⁷⁰. Para o seu gerenciamento, o Programa conta com o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), o qual possibilita instrumentalizar as Equipes de Saúde da Família (ESF) em relação aos indicadores de saúde da comunidade adstrita, permitindo também o planejamento e acompanhamento das ações²⁴. Tal banco de dados deve ser alimentado com informações dos municípios participantes do Programa.

Em 1998 foi implementada a Norma Operacional Básica (NOB SUS 01/96) que possui como principais características: a remuneração “fundo a fundo” do Governo Federal diretamente para os municípios e a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) e das duas modalidades de gestão municipal (Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal). As Normas

Operacionais Básicas (NOBs) representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relação entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios⁴¹.

O Piso da Atenção Básica (PAB) financia a Atenção Básica através da remuneração “fundo a fundo” diretamente do Governo Federal aos municípios através de uma parte fixa correspondente a um valor *per capita*, e uma parte variável, na qual estão incluídos os incentivos à implantação do PSF, PACS, Programa de Carências Nutricionais e Assistência Farmacêutica Básica⁴¹. Este instrumento garante o repasse de recursos de forma regular e automática, possibilitando maior autonomia na gestão municipal e invertendo a lógica do financiamento por procedimentos, o que limitava as ações de promoção da saúde⁶⁶.

Portanto, com a implementação da NOB SUS 01/96, foram criados, além do pagamento *per capita*, os incentivos para o PACS e PSF, que fazem parte da fração variável do PAB. A partir de então, o PSF apresentou um notável crescimento, tendo a NOB SUS 01/96 proporcionado grande impulso para esse acontecimento, devido às características de financiamento⁷⁰.

Conforme ressaltam Viana & Dal Poz⁷⁰, o PSF faz parte da fase de expansão *incremental* do SUS. Os autores fazem referência à tipologia proposta por France em 1997 para as reformas no setor saúde, na qual podem se distinguir duas modalidades de reforma, a do tipo *big bang*, onde grandes transformações ocorrem em curto espaço de tempo, e a do tipo *incremental*, onde são realizados pequenos ajustamentos sucessivos. Desse modo, a introdução do SUS na Constituição de 1988 pode ser considerada uma reforma do tipo *big bang* e o período pós-1995 se configura como um processo de reforma incremental em que novas propostas vêm sendo colocadas para o modelo de prestação de serviços. Ainda de acordo com estes autores, duas grandes mudanças nos últimos cinco anos podem ser destacadas como responsáveis por esta fase incremental e que estão, conforme destacamos anteriormente, intimamente imbricadas: a NOB SUS 01/96 e o Programa Saúde da Família.

Pode-se atribuir à expansão do PSF também a um outro fator: O “Projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) – REFORSUS”, o qual é um projeto do Ministério da Saúde que integra o Plano de Metas do próprio Ministério da Saúde e o Programa Brasil em Ação do governo Fernando Henrique Cardoso. Instituído no final de 1996, por meio de um acordo de empréstimo celebrado entre o governo brasileiro, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BIRD) – no valor de US\$ 659

milhões – busca reforçar a rede de saúde com o investimento em projetos que visem à recuperação física, tecnológica, gerencial e operacional das unidades de saúde (públicas e filantrópicas) e ampliem os serviços à população brasileira, inclusive estimulando a expansão do PSF em municípios com mais de 100.000 habitantes e a implantação de Pólos de Capacitação¹⁵.

O fato é que, após o estabelecimento de tais incentivos, o Programa se expandiu rapidamente por todo o território nacional com a promessa de mudança do modelo assistencial. Expansão essa que pode ser traduzida em números, quando percebemos a evolução das famílias cadastradas pelo Programa e a quantidade famílias cadastradas, de Equipes de Saúde da Família, de Equipes de Saúde Bucal e de Agentes comunitários de saúde nos municípios ilustradas na Figura 1 e no Quadro 1.

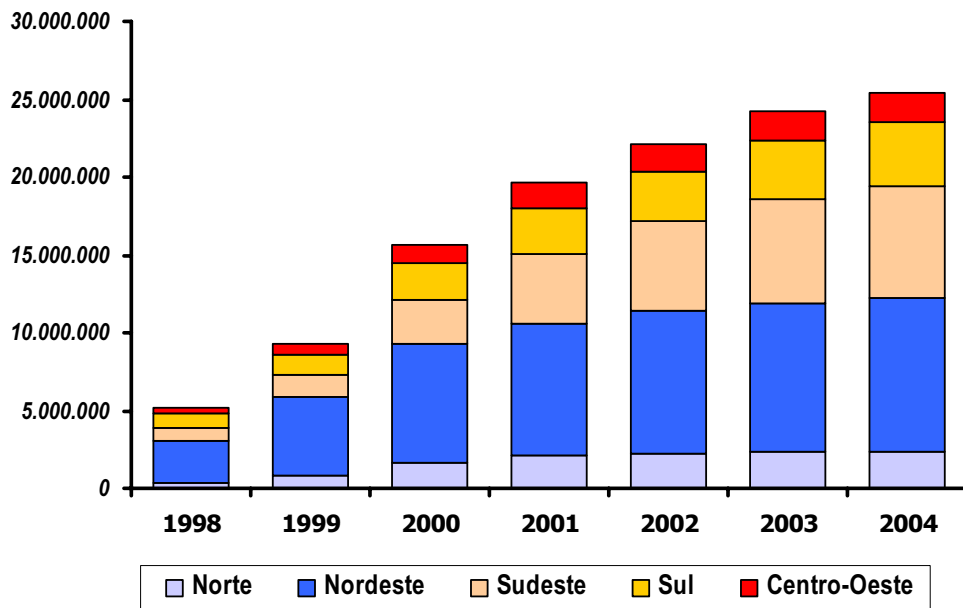


Figura 1. Evolução da implantação do PSF - famílias cadastradas até agosto de 2004. Fonte: SIAB

Quadro 1. Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) em atuação até setembro de 2004. Brasil, 2004.

	ACS	ESF	ESB
Nº Municípios	5.211	4.785	3.228
% Municípios	93,7%	86,1%	58,1%
População	99,5 milhões	69 milhões	46 milhões
% Cobertura	56,1%	39,4%	26,2%
Nº Prof./Equipe	195.491	21.475	8.812

Fonte: SIAB

2.2. Programa Saúde da Família: mudanças no modelo assistencial?

O PSF surge na década de 1990 como um programa vertical e aos poucos assume tamanha importância no Brasil, que se tornou mais do que uma tentativa, uma promessa de mudança do modelo de atenção à saúde. Estimulado pelo Ministério da Saúde e por características atraentes de financiamento, toma dimensões nacionais, expandindo-se rapidamente por todo o país ao longo dos últimos anos. Mas, será que o PSF tem realmente conseguido mudar o modelo de atenção à saúde?

Inicialmente devemos lembrar que, nenhuma proposta de mudança consegue, sozinha, tocar em todas as dimensões do modelo de atenção à saúde. Daí a importância de cada município desenvolver uma reorganização da atenção a partir da realidade de cada local, seja este um distrito ou uma região de saúde. Além disso, diante das propostas colocadas anteriormente, podemos perceber que muito do que o PSF propõe como instrumento para a mudança, já existia antes de sua concepção, não sendo características inerentes ao Programa, como é o caso das propostas de vigilância à saúde, das visitas domiciliares e da oferta organizada utilizando a epidemiologia, entre outras. E isso é importante quando nos deparamos com municípios que têm negado suas experiências bem-sucedidas para implantar o PSF, provavelmente atraídos pela política de financiamento.

Essa política de financiamento, estabelecida através da parte variável do PAB e que chega a desestimular outras propostas de mudanças, tem sido a principal responsável pela implantação acrítica do PSF em muitos municípios. Isto tem caracterizado o PSF como uma medida que de certa

maneira induz o município a adotá-la, uma proposta que se torna um dogma e paradoxalmente, acaba revelando uma fragilidade interna, que é mais perceptível no nível municipal, quando se observa que muitos municípios têm seguido à risca o que é preconizado pelo Ministério⁴⁷.

Aliás, uma característica dessa expansão pelo país, é a notável implantação do PSF em municípios de pequeno porte. Segundo Aguiar¹, nesses municípios é possível que haja uma crescente substituição da rede básica ambulatorial por unidades que atuem através da saúde da família, ou seja, o PSF torna-se o próprio modelo assistencial, esquecendo ou renegando outras alternativas.

Outra característica observada no meio dessa expansão é que o crescimento na cobertura em termos de municípios não é acompanhado pelo crescimento da cobertura populacional, ou seja, há muitos municípios que possuem poucas equipes implantadas, o que se reflete numa baixa cobertura. Essa forma de implantação cria espaços privilegiados de assistência, porém não é capaz de incorporar-se no sistema como estratégia substitutiva, nem de provocar impacto nos indicadores municipais, a não ser que a cobertura seja suficiente em termos de população em maior risco social. Nesse sentido, o Ministério passou a remunerar melhor os municípios que apresentem maior cobertura populacional pelas ESF, a fim de induzir a inversão dessa tendência⁶⁶.

Realizando-se uma análise por estados e regiões, observa-se que, em termos de número de municípios, há uma variação de cobertura de menos de 50% no estado do Amapá e no Distrito Federal a mais de 90% na maioria dos Estados do Nordeste e do Centro-Oeste. Estados muito populosos, como São Paulo, Rio Grande do Sul, Bahia e Pará ainda apresentam percentuais baixos de cobertura, o que reflete, também, em taxas mais baixas de cobertura quando se considera a população como um todo (Figura 2).

Um dos grandes nós do PSF é a sua implantação nos municípios de grande porte, visto que ele passa a competir com o modelo médico-assistencial hegemônico, encontrando resistência na organização da rede assistencial, na adstrição da clientela e nos atores envolvidos, inclusive a população, habituada a consumir serviços especializados, mesmo na atenção básica^{1,68}. Buscando contornar essa situação, o governo federal tem tentado estimular a implantação do Programa nos grandes centros através da utilização de recursos do PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família)*

* O PROESF é uma iniciativa do Ministério de Saúde apoiada pelo Banco Mundial, voltada para apoiar a organização e o fortalecimento da Atenção Básica, viabilizando recursos para a implantação das Equipes em grandes centros urbanos²⁷.

A preocupação da implantação do PSF em grandes centros tem gerado estudos conduzidos pelo próprio Ministério da Saúde. Um desses estudos foi realizado em 2002 com o objetivo de analisar os fatores facilitadores e limitantes da implantação do PSF em dez grandes centros urbanos no que concerne ao estabelecimento de vínculos entre a ESF e a comunidade, à conversão do modelo de atenção à saúde nas unidades básicas e à sua articulação com as redes de serviço de saúde. Identificou que um dos principais entraves está na resistência à substituição da rede básica estruturada pelo PSF, por parte dos atores envolvidos, como comentado anteriormente. A existência de “ilhas” da população sem cobertura na Atenção Básica e a implantação do PSF em alguns municípios de forma paralela à rede de serviços, foram outros limitantes identificados¹².

Um outro nó crítico responsável pela dificuldade de rompimento com o modelo hegemônico é a formação profissional para trabalhar a saúde da família. O fato de o Programa preconizar o trabalho em equipe multiprofissional, por si só, não garante a mudança da prática centrada na figura do médico. No dizer de Franco & Merhy³⁷ o PSF aposta numa mudança centrada na estrutura, na organização dos serviços, porém não consegue alterar os microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional. A realização das visitas domiciliares, que não devem ser vistas como uma novidade e exclusivas do PSF, não significa dizer que o profissional tenha abandonado a sua prática “procedimento-centrada”.

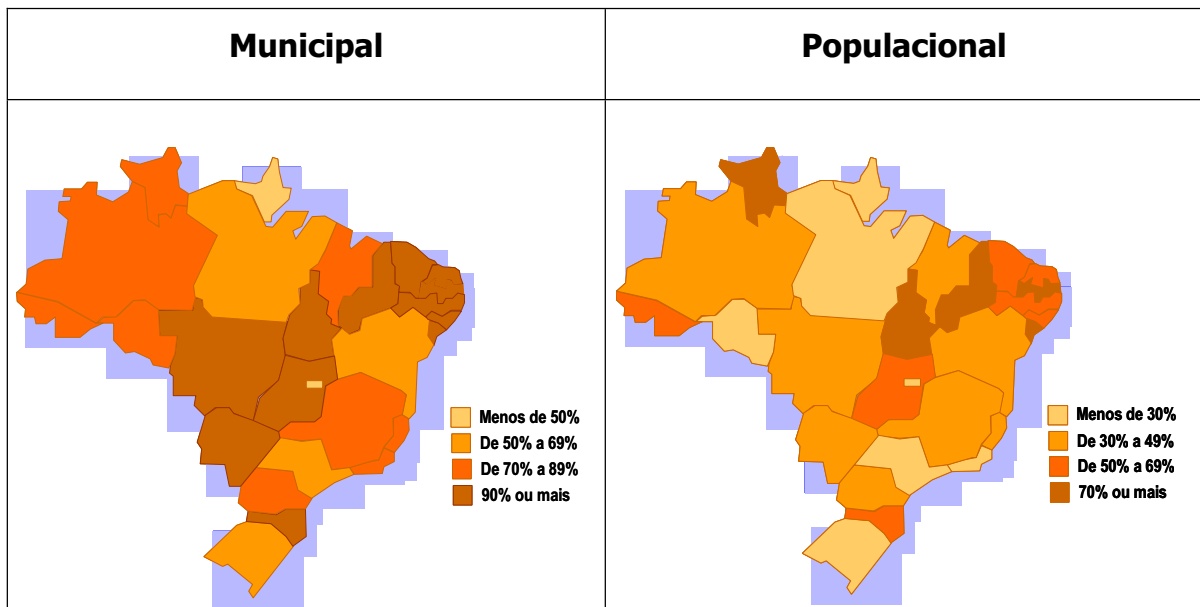


Figura 2. Cobertura do Programa Saúde da Família relativa ao número de municípios e à população. Brasil, 2004. Fonte: SIAB.

Nesse sentido, apesar da importância dos Pólos de Capacitação, os cursos oferecidos durante alguns finais de semana, não são suficientes para romper com toda formação hegemônica e responder às novas demandas impostas pelo setor saúde (Moysés, 2000 citado por Roncalli⁶²).

Ainda desvelando os nós críticos do PSF, a utilização central da epidemiologia para instrumentalizar as suas ações em torno da vigilância à saúde, apesar de importante é insuficiente em muitas ocasiões. Há muitas situações onde a clínica aparece como campo de conhecimento competente para atender certas necessidades, e há até aquelas ocasiões em que não cabe a perspectiva de resolução clínica, mas sim a construção de um usuário que administre melhor seu sofrimento, utilizando as chamadas tecnologias leves de acolhimento, vínculo e responsabilização⁴⁷.

Não é intenção nossa apenas criticar o PSF, mas sim mostrar suas lacunas a fim de superar suas limitações. É importante olhar sim o PSF com olhos críticos, para não criarmos um modelo engessado, não permeável às críticas e sem possibilidades de adequação às realidades locais. O PSF depende de muitos fatores para dar certo, entre eles, do compromisso do profissional da ponta em procurar resolver os problemas da população, da gestão também compromissada em promover mudanças na saúde que atendam aos desejos da comunidade articulando políticas intersetoriais, por exemplo, deixando de lado os interesses políticos dos governantes, e da própria comunidade que ainda não está acostumada a prevenir os problemas de saúde.

2.3. A incorporação e as particularidades da saúde bucal no PSF

A Equipe de Saúde da Família é composta minimamente pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Porém, é possível ainda a incorporação de outros profissionais na Unidade de Saúde da Família ou em atividades de supervisão. Apesar de haver a possibilidade da constituição da Equipe de Saúde da Família incluindo o Cirurgião-Dentista (CD), sua incorporação oficial aconteceu somente em 2000, quando o Ministério da Saúde estabeleceu através da Portaria Nº 1444, o incentivo financeiro à inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESBs) no PSF. Essa Portaria estabelece ainda as duas modalidades de inserção da equipe (modalidade I – Cirurgião-Dentista (CD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD); modalidade II – CD, ACD e Técnico de Higiene Dental (THD)) e a relação ESB/ESF de 1:2, ou seja, deveriam existir duas Equipes de Saúde da Família implantadas, para cada Equipe de

Saúde Bucal (ESB), com exceção dos municípios que possuíam até 5 mil habitantes, onde a relação ESF/ESB poderia ser de 1:1⁹.

Vale salientar que a incorporação das ESB no PSF não aconteceu por acaso. Ela se deu num contexto político, econômico e social favorável. Político, pelo apoio dos diversos atores envolvidos na questão tendo de um lado, a categoria odontológica, e de outro, a população historicamente desassistida, fato esse explicitado pelos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE de 1998 que demonstrou que no Brasil, 29,6 milhões de pessoas (18,7% da população) nunca foram ao dentista⁸; econômico devido à definição e aprimoramento dos mecanismos de financiamento desde a NOB-SUS Nº 96; e social pelos altos índices de CPO-D ainda apresentados pela população brasileira, além da possibilidade de concretização, na atenção odontológica dos princípios preconizados pelo SUS²⁸.

Antes mesmo da articulação política entre os representantes das mais importantes entidades da categoria odontológica (Conselho Federal de Odontologia, por exemplo) e o Ministério da Saúde para a incorporação da saúde bucal no PSF, a discussão em torno do tema já fazia parte das reuniões entre a Área Técnica de Saúde Bucal e os coordenadores estaduais. Zanetti⁷³ afirma que o acúmulo de experiências e discussões sobre a inclusão da saúde bucal no PSF processou-se de forma multicêntrica, gerando “ondas de acumulação”. A “primeira onda” foi iniciada nos anos de 1995 e 1996 no ambiente acadêmico (Universidade de Brasília, nos Congressos Brasileiros de Saúde Bucal e nas ENATESPOS) e na organização do PSF na região metropolitana de Curitiba. A “segunda onda” foi desencadeada quando, em 1997, nas Unidades de Federação, os estados passaram a incluir a saúde bucal no PSF, e na “terceira onda” vários municípios incorporaram o CD nas ESF, como em Camaragibe, Caruaru e Cabo de Santo Agostinho em Pernambuco. Finalmente a “quarta onda” foi formada com a inclusão do Ministério da Saúde e das entidades de representação de interesse da categoria.

Não se pode negar a força dada a esse movimento de inclusão da saúde bucal no PSF após o envolvimento do Ministério da Saúde e a importância desse fato para a reorganização da saúde bucal na Atenção Básica. Mas também, é preciso enxergar os traços do corporativismo odontológico nessa inclusão da saúde bucal no PSF, visando provavelmente, mais do que resolver os problemas da população, criar novas possibilidades de emprego para os Cirurgiões-Dentistas.

Em março de 2001 o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 267 que estabeleceu as normas e diretrizes da inclusão da ESB no PSF. Essa Portaria contém o Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica, as atribuições dos profissionais da ESB e as responsabilidades do

Ministério da Saúde e das secretarias Estadual e Municipal de Saúde, além do elenco de procedimentos de Saúde Bucal na Atenção Básica¹⁰.

Em 2003 e 2004 o Ministério da Saúde publicou duas Portarias que reajustam o valor do incentivo financeiro e na Portaria 673 de 2003, modifica a relação de ESB/ESF para 1:1, ou seja, para cada ESF implantada, pode-se implantar uma ESB. A Portaria nº 74 de 2004 reajusta o valor anual do repasse para a ESB Modalidade I para R\$ 20.400,00 e para a Modalidade II R\$ 26.400,00. Além disso, o valor do repasse no momento da implantação da ESB aumentou para R\$ 6.000,00 e para os municípios com serviços de prótese foi repassado mais R\$ 1.000,00 destinado à compra de material^{14,18}.

Ainda com relação às Portarias, em julho de 2004 houve um novo reajuste, porém dessa vez somente para municípios com até 30.000 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano até 0,7. Para esses municípios o repasse anual aumentou na Modalidade I para R\$ 30.600,00 e na Modalidade II para R\$ 39.600,00¹⁹. No quadro abaixo se encontram todas as Portarias relacionadas à saúde bucal no PSF e suas principais características, inclusive os valores repassados pelo Ministério da Saúde (Quadro 2).

Todo esse incentivo tem sido reflexo também, do novo momento político no qual se encontra a saúde bucal no Brasil. A atual Política Nacional de Saúde Bucal, como dito anteriormente, tem como um de seus pressupostos, do ponto de vista assistencial, a operacionalização da oferta de serviços na Atenção Básica através do PSF. Ainda com relação à assistência, a Política incentiva o aumento da oferta de procedimentos nos níveis secundários e terciários da atenção. Dessa forma, o Ministério da Saúde tem contribuído para a implantação de Centros de Referência de Especialidades Odontológicas (CEOS), que são unidades de referência para as Equipes de Saúde Bucal, os quais ofertam procedimentos complementares aos realizados na Atenção Básica²¹.

Além disso, buscando contemplar o princípio da integralidade, a Política Nacional de Saúde Bucal propõe a incorporação progressiva das ações de promoção e proteção em saúde, como a fluoretação das águas de abastecimento, a educação em saúde, a higiene bucal supervisionada e a aplicação tópica de flúor²¹.

Quadro 2. Evolução das Portarias publicadas com relação à saúde bucal no PSF.

PORTARIAS	PT 1444 28/12/2000	PT 267 06/03/2001	PT 396 04/04/2003	PT 673 03/06/2003	PT 74 20/01/2004	PT 1434 14/07/2004
REPASSES ANUAIS POR MODALIDADE E INCENTIVO NA IMPLANTAÇÃO	Modalidades de Inserção: Modalidade I R\$ 13.000,00 Modalidade II R\$ 16.000,00 Incentivo: R\$ 5.000,00	Modalidades de Inserção: Modalidade I R\$ 13.000,00 Modalidade II R\$ 16.000,00 Incentivo: R\$ 5.000,00	Modalidades de Inserção: Modalidade I R\$ 15.600,00 Modalidade II R\$ 19.200,00 Incentivo: R\$ 5.000,00	Modalidades de Inserção: Modalidade I R\$ 15.600,00 Modalidade II R\$ 19.200,00 Incentivo: R\$ 5.000,00	Modalidades de Inserção: Modalidade I R\$ 20.400,00 Modalidade II R\$ 26.400,00 Incentivo: R\$ 6.000,00	Modalidades de Inserção: Modalidade I R\$ 30.600,00 Modalidade II R\$ 39.600,00 Incentivo: R\$ 6.000,00
REPASSE MENSAL PARA A MODALIDADE I	Mensal: R\$ 1.083,00	Mensal: R\$ 1.083,00	Mensal: R\$ 1.300,00	Mensal: R\$ 1.300,00	Mensal: R\$ 1.700,00	Mensal: R\$ 2.550,00
CARACTERÍSTICA PRINCIPAL	Relação ESB/ESF: 1:2	Relação ESB/ESF: 1:2 Normas e diretrizes para a saúde bucal	Aumento do incentivo	Relação ESB/ESF: 1:1	Aumento do incentivo e R\$ 1.000,00 para compra de materiais de prótese	Aumento do incentivo para Municípios com IDH igual ou inferior a 0,7 e com até 30 mil hab

Fonte: MS.

Percebeu-se que da mesma forma que o Programa, a saúde bucal no PSF sofreu grande impulso à expansão de suas equipes pelo Brasil após o estabelecimento de tais incentivos. Segundo Calado²⁸, antes da inclusão oficial da saúde bucal no PSF havia relatos de 76 experiências de incorporação do Cirurgião-Dentista nas ESF pelo país. Num intervalo de apenas dois anos após a divulgação da Portaria de incentivos, em fevereiro de 2002, segundo o Ministério da Saúde²⁰ o número de municípios com ESB aumentou substancialmente para 1.526 em todo o país. Até setembro de 2004, 3.228 (58,1%) municípios brasileiros possuíam 8.812 ESBs implantadas²³.

Porém, mesmo com a promessa de reorganização das ações na Atenção Básica pautadas numa nova concepção do processo saúde-doença e mesmo com sua rápida expansão por todo o país, impulsionado pelo próprio Ministério da Saúde através dos incentivos financeiros, não significa dizer que haverá necessariamente mudança do modelo assistencial em saúde bucal. Segundo Zanetti⁷³, caso o incentivo financeiro seja visto como “atraente” pelos prefeitos, esse

crescimento “exponencial” das ESBs pelo Brasil será “desorganizado”, “pautado no ensaísmo programático”, “constituindo um crescimento ‘tumoral’ e não ‘orgânico’ ao sistema”.

Além disso, caso a implantação da Equipe de Saúde Bucal no PSF se torne, na prática, a tradução das políticas de racionalização de saúde, que são incentivadas pelas instituições internacionais como o Banco Mundial, estaremos reproduzindo também na saúde bucal um modelo programático focal e excludente, como discutimos anteriormente. Nesse caso, a saúde bucal no PSF não estaria funcionando como estratégia para a universalização do SUS, pelo fato de oferecer apenas serviços da atenção básica a somente uma parcela da população.

O fato é que a saúde bucal no PSF cai inevitavelmente, nas mesmas armadilhas da expansão acrítica estimulada pelo financiamento, no debate entre a focalização e a discriminação positiva e na ênfase às medidas preventivas, deixando de lado, ou subestimando a prática clínica e desconhecendo, muitas vezes, o acolhimento, o vínculo, a humanização. Se esses problemas já são críticos por si só, imagine no âmbito da saúde bucal, caracterizada historicamente como ineficaz, isolada, elitista, de alto custo e excludente. Torná-la universal, resolutiva, integral e integrada aos serviços é mais difícil do que parece, mesmo com as políticas de financiamento.

Algumas características inerentes à própria profissão conferem à saúde bucal particularidades que dificultam suas práticas no setor público como, por exemplo, a necessidade do uso de tecnologias sofisticadas, mesmo na Atenção Básica. Para que se tenha resolutividade na sua atuação é praticamente inconcebível, diante de tantas necessidades acumuladas da população, que não se ofereça o tratamento curativo com a realização de procedimentos básicos, como exodontias e restaurações.

Outro nó crítico, comentado já neste capítulo, diz respeito aos recursos humanos, inclusive na saúde bucal. A integração da ESB com a ESF para a realização de um trabalho em equipe, o qual não deve ser reduzido à simples divisão do mesmo espaço (a Unidade de Saúde da Família) por vários profissionais, tem sido um dos maiores desafios para a ESB. Isto porque, historicamente, a saúde bucal tem separado a boca do corpo biológico e principalmente do contexto social, no qual está inserido o indivíduo. Moisés & Silveira Filho⁴⁹ acreditam que a inclusão de equipes multiprofissionais no processo de assistência ou do cuidado, possibilita organizar o trabalho com níveis de complementaridade, e ao mesmo tempo, de especificidade, ou seja, há que se complementar os campos de saberes das profissões, sem, contudo excluir a especificidade de cada uma. Além disso, o entrecruzamento

de vários saberes possibilita uma maior eficácia diante do objeto transetorial e interdisciplinar, tal como é a saúde das famílias e das comunidades.

Na tentativa de avaliar a tradução local nas práticas assistenciais dessa expansão pelos municípios brasileiros, o Ministério da Saúde realizou em 2002 o “Monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de saúde da Família no Brasil”. No Rio Grande do Norte, dispomos de dados relativos às ESBs. Foram avaliados aspectos relacionados à implantação das ESBs, infraestrutura da unidade básica de saúde e processo de trabalho das ESBs. Submeteram-se a essa avaliação 165 ESBs das 189 implantadas até abril/2002¹¹.

A dificuldade de reunir a Equipe de Saúde da Família (incluindo a Equipe de Saúde Bucal) para avaliação e planejamento das ações foi constatada em quase a metade das equipes entrevistadas, o que aponta para uma deficiência no trabalho em equipe (Figura 3), visto que não há discussão na equipe de como atender às demandas postas no cotidiano pela comunidade da área de abrangência¹¹.

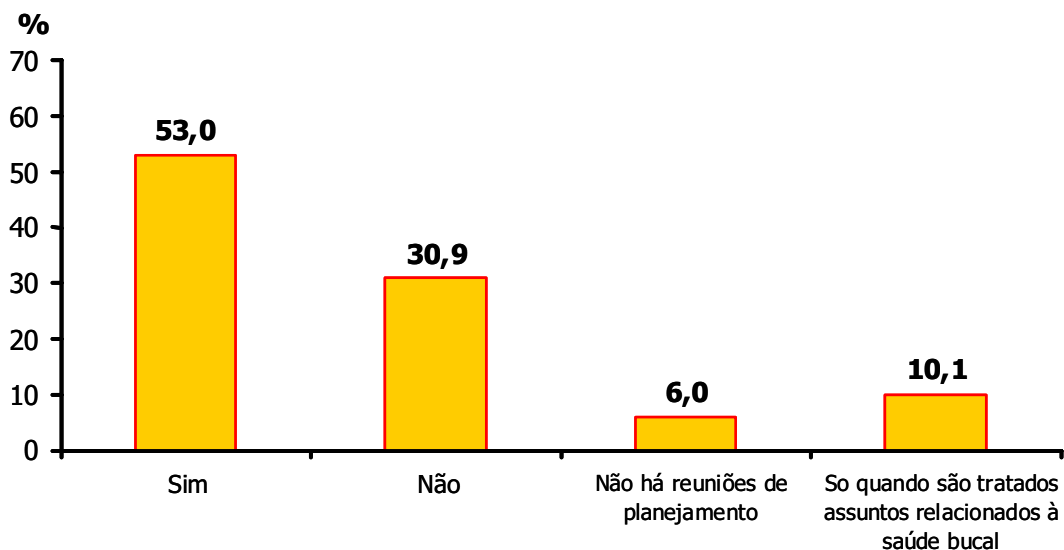


Figura 3. Proporção de equipes de saúde bucal que participam de reuniões de planejamento e avaliação com as equipes de saúde da família. Rio Grande do Norte, 2002.

Outra questão que tem gerado muitas discussões com relação aos recursos humanos, diz respeito às relações de trabalho imposta pelo PSF. De acordo com as instruções para a implantação do Programa, recomenda-se proceder a uma seleção interna para alocação de profissionais da rede dentro do Programa e, se for o caso, contratar novos profissionais através do regime de CLT. Porém, na prática, o que tem acontecido é a contratação de profissionais sem critério algum, propiciando práticas clientelistas e vínculos contratuais

ilegais, ou até mesmo inexistentes em alguns casos. Isto também foi evidenciado pelo Monitoramento, quando se percebe que apenas 30% possuem contratos “estáveis”, ou seja, sob a égide do RJU* (Regime Jurídico Único) ou da CLT† (Consolidação das Leis do Trabalho), indicando uma visível e crescente precarização das relações de trabalho (Figura 4)¹¹.

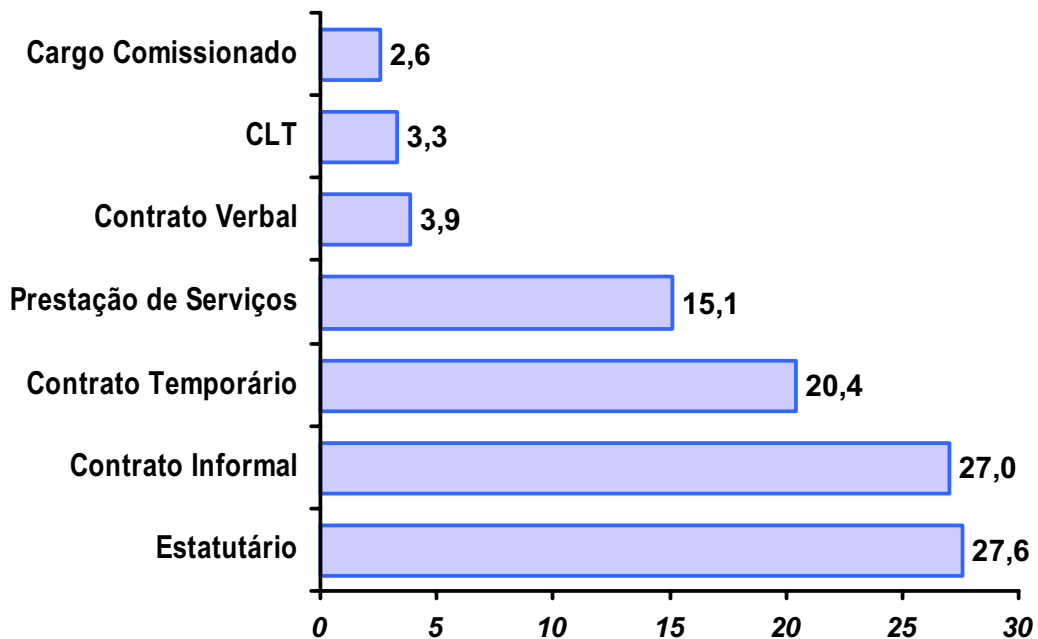


Figura 4. Proporção de equipes de saúde bucal em relação ao vínculo contratual do dentista. Rio Grande do Norte, 2002.

Diante de todas as contradições, possibilidades e limitações postas e aqui discutidas, há uma certeza, a de que o PSF veio para ficar, não é uma proposta passageira. Apesar de o debate acerca da discriminação positiva X focalização não ter chegado a um consenso e da fragilidade da sua política de financiamento por se tratar legalmente de um programa, a sua implantação por todo o Brasil já é um fato consolidado. Além disso, a incorporação da saúde bucal também é um caminho sem volta. Cabe agora, a cada município, aproveitar as oportunidades oferecidas pelo PSF e oferecer à sua

* A Lei 8.112 de 11 de dezembro de 1990 institui o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Estabelece que o cargo público, criado por lei e pago pelos cofres públicos, deve ser destinado a qualquer brasileiro, desde que seja admitido através de concurso. Os servidores possuem direitos trabalhistas importantes como, por exemplo, férias, décimo terceiro e principalmente a estabilidade no emprego⁷.

† A Consolidação das Leis do Trabalho, instituída pela Lei 5452 de 1º de maio 1943, estatui as normas que regulam as relações individuais e coletivas do trabalho. Diferentemente do servidor público, o trabalhador regido pela CLT possui carteira profissional de trabalho, podendo ou não ser contratado mediante concurso, não possuindo estabilidade no emprego. Por outro lado, é amparado por direitos trabalhistas como aviso prévio, décimo terceiro, férias entre outros³.

população um modelo de atenção à saúde universal, integral e equânime. Nesse sentido, é necessária a realização de estudos que possam se apropriar da realidade da saúde bucal no PSF, identificando os nós e apontando possibilidades de desatá-los.

CAPÍTULO 3

ACESSO, ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E ESTRATÉGIAS DE PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

*Me cansei de lero lero
Dá licença mas eu vou sair do sério
Quero mais saúde
Me cansei de explicar...
(Rita Lee e Roberto de Carvalho)*

Uma análise brasileira da concepção do Programa Saúde da Família evidencia a articulação de noções e conceitos provindos de distintas disciplinas do campo da Saúde Pública e Coletiva, que são traduzidas em princípios e diretrizes operacionais que buscam a integralidade das práticas promocionais, de proteção e de recuperação e a organização sistêmica dos serviços com complementaridade e hierarquização, o trabalho multiprofissional das equipes e a utilização da informação epidemiológica para o planejamento e a programação das ações de saúde⁶⁸.

Entendendo-o como uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde inserido no SUS, o PSF deve reafirmar e incorporar seus princípios doutrinários e organizativos, garantidos pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 (LOS)^{5,6}. Nessa perspectiva, procuramos identificar tais princípios do SUS em algumas dimensões, as quais são a dimensão do acesso, da organização do trabalho e das estratégias de programação. Tais dimensões podem possuir subdimensões, que além de se complementarem, se inter-relacionam, ou seja, as divisões são utilizadas apenas para facilitar o entendimento. Antes de nos debruçarmos sobre as dimensões citadas, faremos alguns comentários sobre a avaliação em saúde.

3.1. Considerações acerca da avaliação em serviços de saúde

O conceito de avaliação dos programas públicos surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, diante do papel que o Estado passava a desempenhar nas áreas da educação, nas áreas sociais, bem como na área da saúde. A importância de se avaliar as ações sanitárias se impõe frente à necessidade de se controlar os custos do sistema de saúde sem afetar a acessibilidade e a qualidade dos serviços³⁵.

A avaliação das ações e serviços constitui um desafio permanente aos administradores e às autoridades de saúde, inclusive às de saúde bucal que, apesar de complexo, é indispensável para que não se desperdice recursos e para que não se perca o rumo dos objetivos a alcançar. Um ponto de partida é admitir que nenhuma avaliação é politicamente neutra. Avaliar é um ato político e, portanto, toda avaliação está circunscrita a um referencial político e seu produto está marcado, igualmente, pela postura e expectativa política de quem participa e faz a avaliação⁵¹.

Não há uma definição universal e absoluta da avaliação. Mas segundo Contandriopoulos, e colaboradores³⁵:

“Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar nas tomadas de decisões. Este julgamento pode ser a partir de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)”.

Uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática³⁵. Uma intervenção é caracterizada por cinco componentes: objetivos, recursos, serviços, efeitos e contexto preciso em um dado momento explicitados na Figura 5.

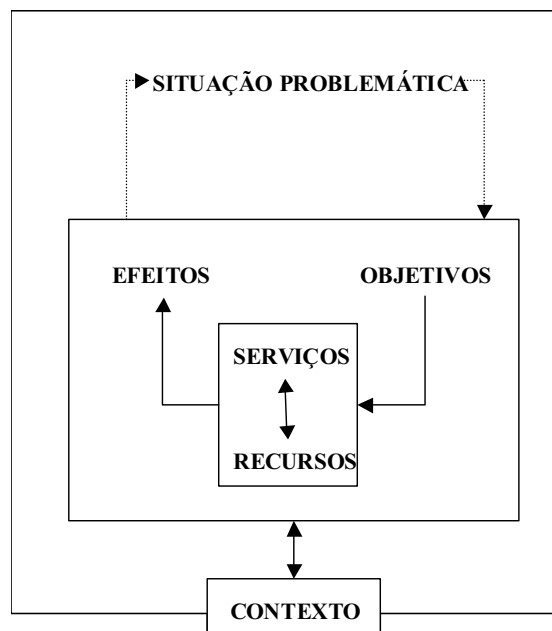


Figura 5. Os componentes da intervenção

Fonte: Contandriopoulos e colaboradores, 1997

Para Draibe³⁶ as avaliações de políticas e programas respondem a distintos objetivos como conhecer a relação entre condições, meios, resultados e impacto da intervenção, além de detectar obstáculos e propor medidas de correção e alteração de programas, visando à melhoria da qualidade do seu processo de implementação e do desempenho da política.

Um processo de avaliação em saúde pode assumir inúmeras dimensões entre as quais podemos citar o contexto político, instrumentos de política, desconcentração e descentralização, processos de planejamento e administração (recursos humanos e materiais), estrutura organizacional, acessibilidade, cobertura, integralidade das ações, qualidade e eficácia, articulação intra e intersetorial, entre outras⁵¹.

A forma de avaliação dessas dimensões pode assumir uma perspectiva metodológica qualitativa ou quantitativa, dependendo do que se pretende abordar. Algumas dimensões se adequam melhor à metodologia qualitativa na avaliação, como o contexto político e a percepção do usuário sobre os serviços a ele oferecidos. Outras, como por exemplo, a diminuição da incidência de cárie num município, será mais bem avaliada por uma metodologia quantitativa.

Os instrumentos de avaliação quantitativa mais comumente utilizados na saúde bucal no âmbito público são os indicadores, que podem ser agrupados de diferentes maneiras e utilizados em diferentes níveis do sistema de saúde. O importante nos uso desses indicadores é que o valor obtido para cada um deles seja claramente localizado no tempo e no espaço, seja qual for a base adotada⁵¹.

Para Contandriopoulos e colaboradores³⁵, a avaliação pode ser de duas formas: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa consiste em fazer julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas. Por outro lado, a pesquisa avaliativa analisa a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa.

Com relação à avaliação normativa, na apreciação da estrutura pretende-se saber em que medida os recursos são empregados para atingir os resultados esperados. Na apreciação do processo pretende-se saber em que medida os serviços são adequados para atingir os objetivos. Tal avaliação pode ser composta em três dimensões: a dimensão técnica dos serviços (qualidade dos serviços), a dimensão das relações interpessoais (interação psicológica que existe entre o cliente e o produtor de cuidado) e a dimensão organizacional (acessibilidade aos serviços, extensão da cobertura, continuidade dos cuidados). Finalmente na apreciação dos resultados pretende-se saber se os

objetivos da intervenção estão sendo alcançados³⁵. As Figuras 6 e 7 encontram-se os componentes da intervenção e as possíveis análises a serem realizadas pela avaliação normativa e pela pesquisa avaliativa.

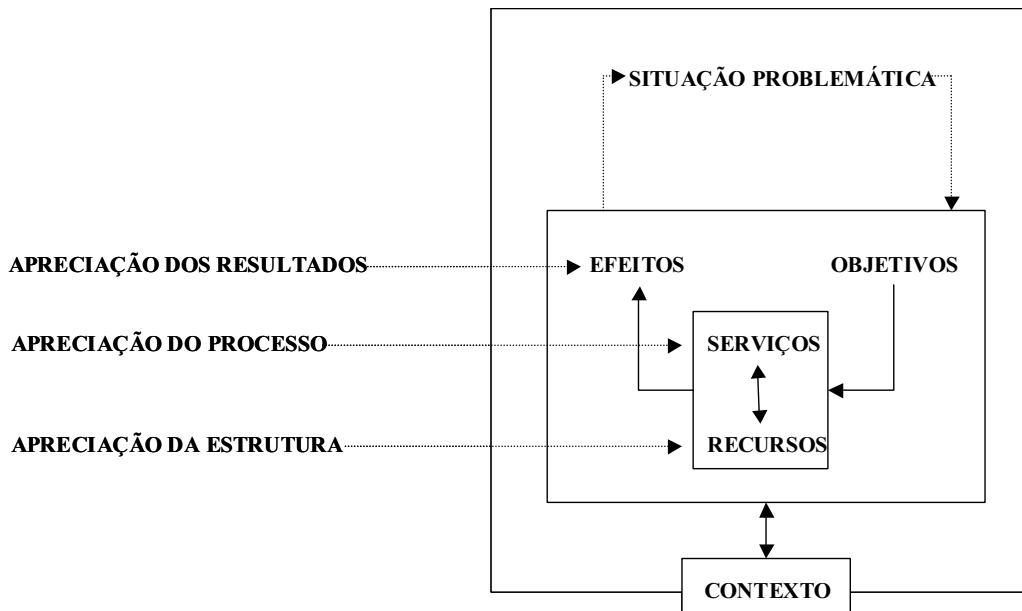


Figura 6. A avaliação normativa

Fonte: Contandriopoulos e colaboradores, 1997

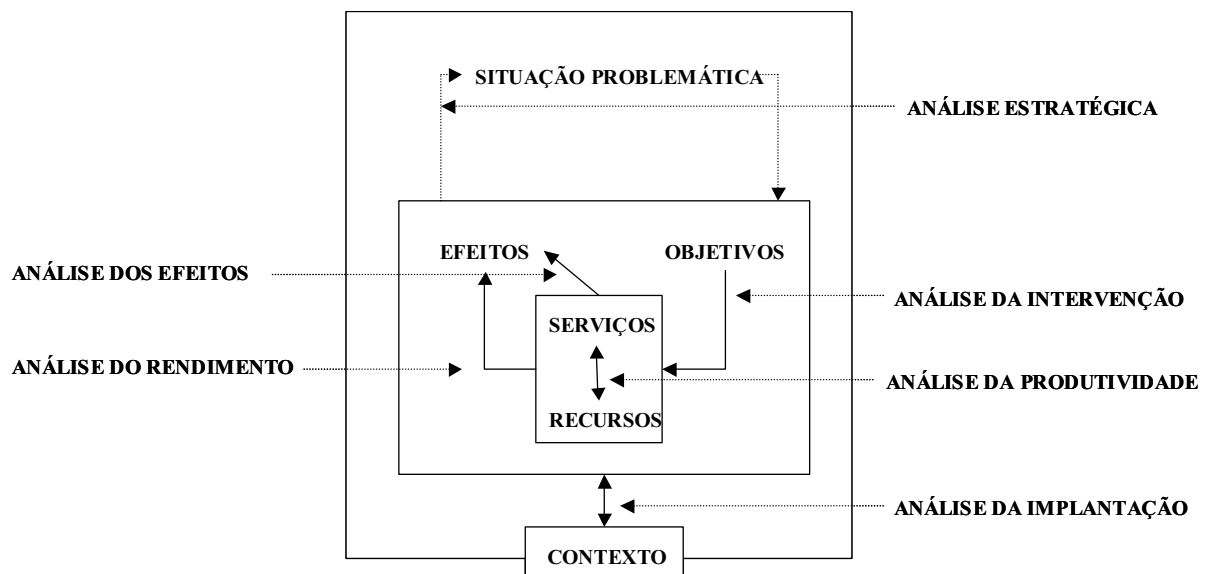


Figura 7. A pesquisa avaliativa

Fonte: Contandriopoulos e colaboradores, 1997

Draibe³⁶ propõe que a natureza da avaliação em saúde pode ser de dois tipos, a avaliação de processos e de resultados. Para esta autora a avaliação dos resultados procura saber se os programas cumpriram seus objetivos e com que qualidade esses objetivos foram alcançados.

As avaliações de processo têm como foco o desenho, as características organizacionais e de desenvolvimento dos programas. Seu objetivo é fundamentalmente detectar os fatores que, ao longo da implementação, facilitam ou impedem que um dado programa atinja seus resultados da melhor maneira possível. Para isto, a avaliação pode desenvolver-se em subprocessos que se desdobram a partir do processo mais geral da implementação, os quais são o sistema gerencial e decisório que dirige a implementação; os processos de divulgação e informação; os sistemas de seleção, seja dos agentes que implementarão o programa, seja do público-alvo a que se dirige; os sistemas de capacitação dos agentes, os sistemas internos de monitoramento e, por fim, os sistemas logísticos e operacionais que procuram saber se os recursos financeiros são suficientes para os objetivos propostos.

Apesar de possuírem algumas características e objetivos em comum, Contandriopoulos e colaboradores³⁵ e Draibe³⁶ possuem distintas maneiras de classificar e desenvolver a avaliação em saúde. Se tomarmos como referencial as classificações propostas por Contandriopoulos e colaboradores³⁵, nosso estudo possui traços da avaliação normativa, quando se propõe a analisar o processo da intervenção, mais especificamente a sua dimensão organizacional, como também possui aspectos da pesquisa avaliativa, realizando três tipos de análises: a análise estratégica (que analisa a pertinência da intervenção); a análise da intervenção (que estuda a relação existente entre os objetivos e os meios empregados); e análise da implantação (que aprecia a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos e a influência do contexto no qual a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção).

Se tomarmos como referencial a classificação proposta por Draibe³⁶, nosso estudo procura avaliar o processo e alguns dos seus subprocessos, como o sistema gerencial, de seleção e de capacitação dos agentes e os sistemas internos de monitoramento.

É importante, contudo, deixar claro que não temos a pretensão de realizar uma profunda avaliação destes subprocessos ou destas análises citadas acima, tendo em vista a opção metodológica de caráter abrangente e das limitações postas pela mesma.

No nosso estudo, a intervenção consiste na incorporação da saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado do Rio Grande do Norte. No presente trabalho foram avaliadas três dimensões dessa intervenção, que são a organização do trabalho na Equipe de Saúde Bucal; o acesso da

população aos serviços de saúde bucal e as estratégias programáticas desenvolvidas pela saúde bucal, os quais serão mais bem explicitados adiante. Considera-se, portanto, a avaliação do processo de incorporação da saúde bucal no PSF, no sentido de constatar que fatores estão facilitando ou dificultando a sua implementação.

3.2. Considerações acerca da organização do trabalho

A discussão a respeito da mudança do processo de trabalho em saúde não é novidade nem do ponto de vista do setor público e privado, nem da medicina e da saúde pública⁴⁵. O desafio de articular a produção de saúde à produção de cuidados e não de procedimentos está posto, portanto, para efetivação da implementação do SUS em seus princípios e diretrizes⁴⁸.

A participação dos trabalhadores nos processos decisórios dentro das organizações/serviços de saúde poderia permitir mudanças no sentido de trazerem para o trabalho em saúde, mais interesse, mais satisfação, possibilidade e construção de projetos que tenham a marca dos trabalhadores e não os conduzam a uma ação mecânica e automática⁴⁸.

O processo de trabalho deve tomar como objeto o homem em suas múltiplas complexidades e não somente seu corpo biológico, articulando para a produção de saúde, as diversas tecnologias disponíveis no trabalho em saúde.

Segundo Merhy e colaboradores⁴⁶, falar em tecnologia é ter sempre como referência a temática do trabalho, e falar em trabalho é falar em ação intencional sobre o mundo na busca de produção de bens/produtos, que não necessariamente são materiais pois podem ser simbólicos, que satisfaçam as necessidades.

O ato produtivo tem sempre uma intenção e vai se constituir num contexto social e histórico expresso no trabalho vivo e morto. O trabalho vivo é aquele que se dá no momento de sua execução, impregnado de “possibilidades de criação, inventividade e de tentativas humanamente colocadas”. Para o trabalho morto, entendem-se os produtos-meios, instrumentos usados como ferramenta ou como matéria-prima para operacionalizar o ato produtivo⁴⁶.

O capitalismo propõe a captura do trabalho vivo, pelo trabalho morto e por instrumentos como o processo de gestão. Porém, o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, pois seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato⁴⁶.

Segundo Merhy e colaboradores⁴⁶, nesse sentido as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas em: *leve* (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento (que são componentes do cuidado em saúde), gestão como uma forma de governar processo de trabalho), *leve-dura* (como no caso dos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e *dura* (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais). Sendo assim, no trabalho em saúde não cabe julgar se os equipamentos são bons ou ruins, mas por qual razão eles estão sendo utilizados e dentro de que jogo de intencionalidade.

É importante esclarecer que em virtude da metodologia utilizada, que será descrita mais adiante, nosso estudo não consegue se apoderar e se aprofundar nos microprocessos do trabalho em saúde. Porém, capta algumas nuances de organização do trabalho como, por exemplo, a forma que se desenvolve o trabalho em equipe e, minimamente, o entendimento que os dentistas e gestores têm por trabalho em equipe e ações intersetoriais. Portanto, conseguimos obter informações importantes nas formas de organizar o trabalho, as quais interferem no processo de trabalho em saúde.

3.3. O acesso como categoria de análise

Considerando os princípios organizativos e doutrinários do SUS, percebe-se que, se articulados, têm como objetivo principal promover o acesso universal às ações e serviços de saúde como direito de cidadania.

É na unidade de relação do usuário com os serviços que devem ser centradas as análises que busquem conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas. A categoria central para análise dessas inter-relações é o acesso³⁸.

Acessibilidade compreende, além da disponibilidade de recursos de atenção à saúde em determinado local e tempo, as características de recurso que facilitam ou dificultam o seu uso por parte de seus clientes em potencial. Em outros termos, o acesso está relacionado à capacidade de um grupo buscar e obter atenção, sendo então, necessário avaliar a disponibilidade de recurso de saúde e sua capacidade para produzir serviços; as resistências do serviço; e o conjunto de características da população que permitem a esta buscar e obter atenção (Frenk,1985 citado por Giovanella & Fleury³⁸).

Do conjunto de estudos que procuram caracterizar a categoria acesso e analisar condições de acessibilidade, tomaremos como referência o modelo sanitarista-planificador, que traduz o conceito de acesso pela possibilidade de consumo garantida através da distribuição planejada de recursos da rede de serviços. Nesse sentido, segundo Giovanella & Fleury³⁸, a rede de serviços deve ser:

Regionalizada, com as unidades distribuídas espacialmente na proximidade do local de trabalho e moradia, levando-se em conta as condições de transporte;

Hierarquizada de acordo com os diferentes níveis de complexidade equipados com recursos necessários para garantir resolubilidade;

Com agilidade nos procedimentos administrativos para facilitar o atendimento da demanda e com a oferta de serviços em compatibilidade com a maior participação pelos usuários;

Garantindo a informação adequada aos usuários sobre os serviços existentes e os procedimentos para sua utilização;

Com um sistema de organização baseado nos princípios de referência e contra-referência, viabilizando o fluxo ágil dos usuários no interior dos distintos níveis do Sistema de Saúde.

Mesmo considerado mais como uma “imagem-objetivo” do que propriamente uma realidade a ser analisada, o presente trabalho tomará essa categoria de análise ao acesso como referência, tendo em vista que ela responde aos objetivos propostos.

3.4. Considerações acerca das estratégias de programação

Percorrendo a trajetória histórica da programação em saúde bucal no Brasil, verifica-se que nem sempre podemos identificar uma perfeita sintonia entre o agir gerencial cotidiano dos serviços públicos, o modelo assistencial que se pretende instituir e o modelo de programação que se utiliza para tanto. E mesmo quando se identifica uma articulação harmoniosa entre o modelo assistencial e o modelo de programação vigentes, não se verifica neles o propósito e/ou estratégias para se realizar plenamente os princípios fundamentais do SUS⁷².

De acordo com Sala, 1993 citado por Trad e Bastos⁶⁹ as ações programáticas poderiam ser definidas como um conjunto de práticas que, a partir de um referencial epidemiológico, tomam como seu objeto de intervenção a saúde e a doença no coletivo, utilizando como instrumento de intervenção diversas atividades que são articuladas e organizadas no sentido de produzirem um efeito sobre a saúde no plano coletivo.

A utilização de estratégias de programação como uso da epidemiologia, a fim de estabelecer prioridades de tratamento, e para a formação dos grupos de pacientes considerados

vulneráveis, como as gestantes, os hipertensos, os diabéticos deve ser articulada a outras estratégias como a avaliação das ações individuais e coletivas.

Nesse sentido, o presente trabalho abordará os tipos de ações desenvolvidas no nível individual e coletivo, bem como a utilização da epidemiologia e dos sistemas de informação para planejamento e avaliação das ações.

CAPÍTULO 4

OBJETIVOS

Geral:

- Avaliar a incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família a partir da análise de fatores que interferem positiva ou negativamente na implementação dessa estratégia e, conseqüentemente, no processo de mudança dos modelos assistenciais em saúde bucal no Sistema Único de Saúde no Estado do Rio Grande do Norte.

Específicos:

- Descrever as características dos dentistas da Equipe de Saúde Bucal quanto a aspectos relativos ao modo e motivações para inserção na equipe e às relações de trabalho estabelecidas com o município;
- Avaliar a organização do trabalho em Saúde Bucal, considerando as tecnologias do trabalho em saúde que estão sendo utilizadas no serviço;
- Avaliar a organização dos serviços de Saúde Bucal quanto à sua acessibilidade, equidade, regionalização e hierarquização.
- Avaliar as estratégias de programação quanto ao planejamento e avaliação das ações.

CAPÍTULO 5

METODOLOGIA

*Vamos celebrar nossa vaidade
Vamos comemorar como idiotas
A cada fevereiro e feriado
Todos os mortos nas estradas
Os mortos por falta de hospitais*

(Renato Russo)

5.1. Universo da Pesquisa

5.1.1. População-Alvo

O presente estudo foi desenvolvido no estado do Rio Grande do Norte (RN) no ano de 2004. O estado possui uma população de 2.923.287* habitantes distribuídos em 167 municípios.

De acordo com os dados fornecidos pela Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESAP) do RN, a implantação das primeiras Equipes de Saúde Bucal no PSF no estado aconteceu em janeiro/fevereiro de 2001. Até janeiro de 2005 já haviam sido implantadas 475 Equipes de Saúde Bucal no RN⁶¹.

Os municípios participantes da pesquisa deveriam possuir pelo menos uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF com no mínimo um ano de implantação em abril de 2004, por se considerar que para a constatação da mudança do modelo assistencial necessitar de um tempo mínimo de um ano para acontecer, visto que mudanças num modelo assistencial dependem, dentre outros fatores, do contexto político, da organização dos serviços, de processos de capacitação e do envolvimento da equipe.

O mês de abril foi escolhido como ponto de corte por ter sido considerado, durante a definição da metodologia, o mês provável para o início da coleta de dados. Somente os municípios que já possuíssem ESBs implantadas em abril de 2003 (130 municípios com ESB implantadas no PSF em abril de 2003 segundo dados da SESAP/RN) puderam participar da amostra⁵⁹.

* Fonte: IBGE. População estimada para 2004.

5.1.2. Amostra

Para a seleção dos municípios participantes, tomou-se como base a amostra do Projeto SBBrasil-RN, que está sendo no momento desenvolvido pela Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP/RN), pelo fato de se constituir uma amostra de caráter probabilístico (ou seja, todos os municípios tiveram chance de participar da pesquisa) e distribuída pelas sete Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAPs)* do estado, o que lhe confere uma boa distribuição geográfica. O Projeto SBBrasil-RN é o primeiro Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal do Rio Grande do Norte, realizado pela Secretaria de Estado da Saúde Pública através do Grupo Auxiliar de Saúde Bucal. Por fazer parte de uma expansão do Projeto SBBrasil (levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal), visando obter representatividade em nível estadual, a metodologia proposta para o SBBrasil-RN tem como base o SBBrasil⁶⁰. A utilização, para nosso estudo, do modelo amostral do Projeto SBBrasil-RN permitirá, futuramente, a realização de comparações e análises epidemiológicas utilizando os resultados obtidos dos dois estudos.

A seleção das unidades amostrais do Projeto SBBrasil-RN considerou que o número de unidades amostrais primárias deveria ser suficiente para minimizar as características de heterogeneidade da população de estudo. Considerando o tamanho do Estado, sua população total e a capacidade operativa e institucional para a condução da pesquisa, optou-se por um número de unidades amostrais que, ao mesmo tempo em que proporcione uma possibilidade de minimizar os efeitos da heterogeneidade da população, possibilite a condução da pesquisa dentro da capacidade técnica do Estado. Desse modo, decidiu-se pela utilização de 38 unidades amostrais (municípios) a serem sorteados dentre os 167 existentes no Estado. Uma vez que a capital, Natal, já realizou seu levantamento em 2002, tornou-se desnecessário incluir este município novamente, de modo que, ao todo, foram sorteados 37 municípios, sendo 6 (seis) para cada uma das 6 URSAPs do interior do estado (I a VI) e mais um município da grande Natal. As sedes das URSAPs tiveram sua participação independente do sorteio dada sua importância em termos de porte dentro da regional. O processo de sorteio dos municípios foi realizado de forma ponderada, a partir do tamanho populacional, de forma que os municípios mais populosos tiveram maior chance de participar da amostra⁶⁰.

Dos 38 municípios sorteados para o SBBrasil-RN, foram selecionadas para a composição da amostra do presente estudo, vinte unidades amostrais. Considerou-se vinte

* O estado do Rio Grande do Norte é dividido em sete Unidades Regionais de Saúde Pública, sendo seis no interior, e uma na área da grande Natal.

municípios por questões operacionais, visto que a pesquisadora teria que visitar cada um deles, e por este número permitir uma dispersão razoável dos dados coletados⁵⁶.

Para a seleção desses vinte municípios inicialmente, aplicou-se o critério de inclusão estabelecido previamente, ou seja, somente os municípios que já possuísem ESB no PSF implantadas em abril de 2003 teriam chance de serem selecionados. Do total de 38 municípios da amostra do Projeto SBBrazil-RN, seis foram excluídos por não apresentarem esse critério.

Em seguida foi aplicado aos 32 municípios que se incluíram no critério de pelo menos um ano de implantação das ESBs no PSF em abril de 2003, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)^{*} de 2000. Esses municípios foram categorizados de acordo com o seu IDH-M, em municípios de baixo, médio ou alto IDH-M a fim de estabelecermos relações entre as categorias e as mudanças encontradas ou não no modelo assistencial em saúde bucal. Essa categorização tomou como base a distribuição por quartil do IDH-M de todos os municípios do RN, não levando em consideração as categorias preconizadas pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)[†]. O IDH também foi utilizado como critério para o repasse do último incentivo do governo federal para os municípios com Equipes de Saúde Bucal no PSF¹⁹.

Nesse sentido, para o estabelecimento dessas categorias, pesquisou-se o IDH-M de todos os municípios do RN referente ao ano do último Censo (2000) disponível no Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil disponibilizado pelo PNUD⁵⁸. De acordo com os índices dos municípios do RN, ficou estabelecido que os municípios seriam divididos em baixo (0 --| 0,600); médio (0,600 --| 0,650); e alto (0,650 --| 0,788) IDH-M. Sendo assim, após essa classificação dos 166 municípios (o município de Jundiá, por ter sido criado somente em 2001 não apresenta o dado referente ao IDH-M de 2000), 37 (22,3%) foram categorizados como de baixo IDH-M; 79 (47,6%) foram categorizados como de médio IDH-M; e 50 (30,1%) municípios foram categorizados como de alto IDH-M. De acordo com essas porcentagens

* O IDH é um indicador usado para aferir o nível de desenvolvimento humano dos países a partir de indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB per capita). O IDH-M é utilizado no caso de municípios, aferindo o nível de desenvolvimento a partir das mesmas dimensões - educação, longevidade e renda – porém utilizando indicadores diferentes que são mais adequados para avaliar as condições de núcleos sociais menores. O índice varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total)⁵⁸.

† O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento — conhecido em inglês pela sigla UNDP (United Nations Development Programme) — foi criado em 1965 para estimular o desenvolvimento global por meio do intercâmbio de conhecimentos, experiências e recursos entre os países. Em 1990, o PNUD criou o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que mede o desenvolvimento com base no PIB per capita, na longevidade e na educação. A utilização desse indicador como instrumento na formulação de políticas sociais no Brasil contribuiu de forma inédita para a definição de metas e prioridades governamentais⁵⁸.

estabeleceu-se que deveriam ser pesquisados 4 municípios de IDH-M baixo; 10 municípios de IDH-M médio; e 6 municípios de IDH-M alto, que correspondem respectivamente a 22,3%, 47,6%, 30,1% de um total de 20 municípios a serem pesquisados.

Os municípios selecionados para o presente estudo encontram-se na Figura 8 distribuídos por URSAPs e categorizados quanto ao IDH-M (2000). O município de Natal corresponde a duas frações da amostra, por possuir a maior população do estado, o que proporciona maior representatividade para o RN. Portanto, Natal corresponde a duas unidades amostrais.

Quanto ao porte populacional, a amostra é composta por cinco municípios com até 10.000 habitantes, cinco municípios com população entre 10.000 e 20.000 habitantes, cinco municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes e quatro municípios com mais de 50.000 habitantes. A amostra possui municípios de vários portes populacionais, o que lhe confere uma característica de maior representatividade do estado. É importante ter a variável porte populacional bem controlada na amostra visto que ela interfere diretamente na forma como se organiza a oferta dos serviços de saúde.

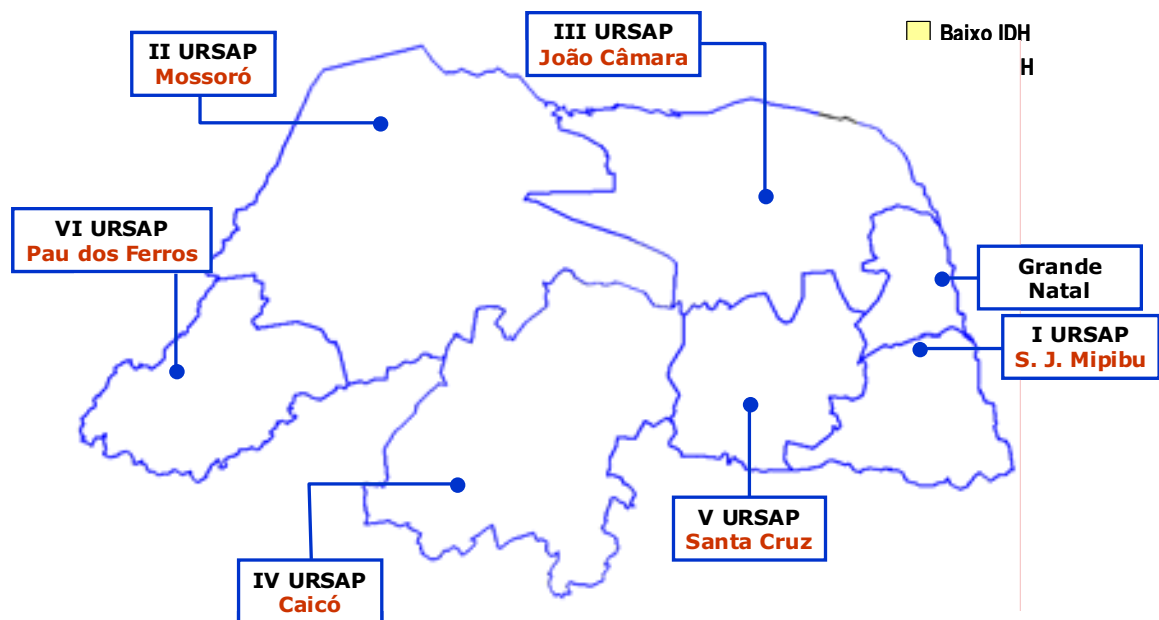


Figura 8. Municípios participantes da pesquisa de acordo com o IDH-M. Rio Grande do Norte, 2004.

5.1.3. Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos participantes da pesquisa foram os informantes-chaves do serviço de saúde: os Cirurgiões-Dentistas das ESBs e o responsável pela coordenação da Saúde Bucal (Coordenador de Saúde Bucal, ou Secretário Municipal de Saúde) em cada município.

Para os municípios com no máximo 4 ESBs implantadas (implantação até abril/2003), foi sorteado apenas um dentista para fornecer as informações necessárias. Para os municípios com cinco ESBs ou mais implantadas (implantação até abril/2003), foram selecionados dois dentistas para participar da pesquisa. Somente Mossoró, Pau dos Ferros, Parnamirim e Natal possuíam cinco ou mais ESBs implantadas até abril de 2003. Vale salientar que em Natal, por possuir duas frações da amostra, correspondendo a dois municípios, foram entrevistados quatro Cirurgiões-Dentistas.

Dessa forma, participaram da pesquisa 19 Coordenadores ou Responsáveis pela Saúde Bucal, e 25 Cirurgiões-Dentistas, totalizando 44 sujeitos participantes.

5.1.4. Instrumentos de coleta

Após autorização, concedida pelo Secretário de Saúde do município, para a entrada da pesquisadora nas Unidades de Saúde da Família a fim de desenvolver a coleta de dados para a pesquisa, foram realizadas entrevistas estruturadas através da aplicação de questionários* com perguntas abertas e fechadas junto aos informantes-chaves (dentistas e coordenadores/ou responsáveis pela Saúde Bucal), bem como a pesquisa documental.

Existem vários tipos de documentos que podem ser utilizados como fonte de informação. Os documentos podem ser impressos (projetos, documentos pessoais, artigos etc), sonoros (fitas, discos) e visuais (fotos, vídeo etc)³⁹. Foram pesquisados nos municípios documentos referentes à saúde bucal como relatórios de ações desenvolvidas, projetos desenvolvidos, fichas clínicas desenvolvidas pelo próprio município e protocolos de atendimento em saúde bucal.

Segundo Laville e Dionne³⁹, a entrevista estruturada se constrói como um questionário uniformizado com suas opções de respostas determinadas, que em vez de serem apresentadas por escrito. Cada pergunta e as respostas possíveis são lidas por um entrevistador que anota ele mesmo, o que o entrevistado escolhe, sempre assinalando campos ou marcando escalas. Tal abordagem aumenta sensivelmente a taxa de resposta, além de permitir uma padronização

* Anexo A e B

rápida a custos razoáveis, com um grande número de pessoas, o que facilita o tratamento dos dados graças aos instrumentos estatísticos cujo uso ela autoriza.

Para a realização das entrevistas nas Unidades de Saúde da Família, a pesquisadora inicialmente esclareceu aos informantes-chaves os objetivos da pesquisa e apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ressaltando que os respondentes à entrevista e os colaboradores diretos ou indiretos da pesquisa se resguardavam ao direito de participar por sua livre e espontânea vontade, sem nenhum ônus para si ou para o seu ambiente de trabalho.

Os questionários foram pré-testados com dentistas pertencentes à ESBs do PSF e coordenadores de Saúde Bucal de municípios não participantes da amostra, a fim de realizar possíveis modificações.

Foi ainda utilizado um roteiro de observação estruturado* durante a visita à Unidade de Saúde da Família, a fim de observar a capacidade instalada da ESB na Unidade, bem como os equipamentos, instrumentais e materiais de consumo disponíveis para a ESB. Segundo Laville e Dionne³⁹ na observação estruturada as informações são assinaladas em campos, ou então assinalando-se a posição em uma escala. Podem existir algumas linhas para anotações especiais.

Dados secundários dos municípios, relativos à Saúde Bucal, foram obtidos através do Sistema de Informação de Saúde do Ministério da Saúde. Os indicadores utilizados foram os disponíveis no Pacto da Atenção Básica 2004 e indicadores do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).

5.1.5. Análise dos Dados

Os dados secundários obtidos através do Sistema de Informações de Saúde e os dados obtidos dos municípios através das entrevistas que geraram categorias foram analisados através de frequências absolutas e percentuais, e os quantitativos foram analisados através de médias e distribuições, no sentido de traçar uma descrição da realidade. Para isto, utilizamos o Programa SPSS 10.0 para Windows.

Por fim, agrupamos os resultados da análise documental, da observação estruturada e dos questionários em uma matriz avaliativa a partir de processos de pós-categorização. Foram pesquisados, nos diferentes documentos e nos roteiros de observação, aspectos relacionados

* Anexo C

às dimensões abordadas no estudo, a fim de identificar a existência de características que apontem para a mudança do modelo assistencial em saúde bucal.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS E DISCUSSÃO

*Favela não é hotel,
Vida não é novela
Qual é a graça, desgraça,
Que há no riso do banguela?*
(Zeca Baleiro)

6.1. Os resultados dos questionários

6.1.1. Caracterização dos dentistas, gestores e da implantação da Equipe Saúde Bucal nos municípios.

A inclusão da saúde bucal no PSF nos municípios ainda é recente, possuindo um tempo médio de dois anos até o momento da pesquisa. A totalidade dos municípios implantou a Equipe de Saúde Bucal (ESB) após a Portaria 1444 que estabelece os incentivos federais. O tempo de implantação das primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF) variou de três a 10 anos. Somente em um município, a saúde bucal foi implantada no mesmo período da implantação do PSF, provavelmente devido à recente opção do município pelo Programa. Em 31,5% dos municípios a relação Equipe de Saúde da Família/Equipe de Saúde Bucal está em 1:1.

Com relação aos 25 dentistas entrevistados, 16 deles já trabalhavam no serviço de saúde bucal do município antes de sua inserção na ESB. Interessante apontar para a precarização das relações de trabalho, evidenciada pelas formas informais de vinculação e de contratação dos profissionais, quando se observa que um grande número de dentistas (10) possui uma relação com o município firmada através de contratos temporários o que possibilita instabilidade no emprego. Além disso, a forma de contratação de 10 (40%) dentistas foi através de indicação, ou seja, não houve forma alguma de seleção para esses profissionais, fato que pode levar à práticas clientelistas.

Os nove dentistas estatutários, que possuem um vínculo estável são profissionais que já faziam parte do serviço e que foram remanejados para as ESB. Desses, quatro são do município de Natal, onde o remanejamento se deu através de uma seleção. Portanto, a alta proporção de dentistas estatutários (36%) no PSF encontrada em nosso estudo, provavelmente

possui o viés da seleção dos municípios, visto que Natal possui um grande peso na amostra, ou seja, é bem provável que a proporção de estatutários no estado seja bem menor. É importante também observar que apenas três dentistas, os quais já faziam parte da rede de serviços do município, são vinculados de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). As outras formas de vínculo e as formas de incorporação dos dentistas estão explicitadas nas Figuras 9 e 10.

Como relatamos anteriormente, o Monitoramento realizado pelo Ministério da Saúde no estado também abordou a questão do vínculo contratual dos dentistas nos municípios. Da mesma forma que no nosso estudo, ele constatou um alto percentual de contratos temporários ou contratos informais (47,4%). Somente 3,3% eram vinculados através do regime da CLT e 27,6% eram estatutários¹¹.

Ainda nessa discussão, Carvalho e Girardi³⁰ também verificaram em uma pesquisa de âmbito nacional, que as contratações são realizadas na maior parte dos municípios via prefeituras municipais, sendo a principal forma de contratar os profissionais da ESF e ESB através de contratos temporários ou prestação de serviços, o que enfraquece o vínculo do profissional. Na metade dos municípios a forma de contratação precária se estende a outros setores da prefeitura além do setor saúde. A flexibilização foi o primeiro motivo citado pelos municípios para a adoção de formas precárias de contratação de profissionais. Tal flexibilização considerada por Viana & Dal Poz⁷⁰ como “elementos de reforço ao processo de mudança”, infelizmente na prática, tem sido traduzida em instabilidade no emprego e em práticas clientelistas, especialmente nos municípios de menor porte com até 100 mil habitantes³⁰.

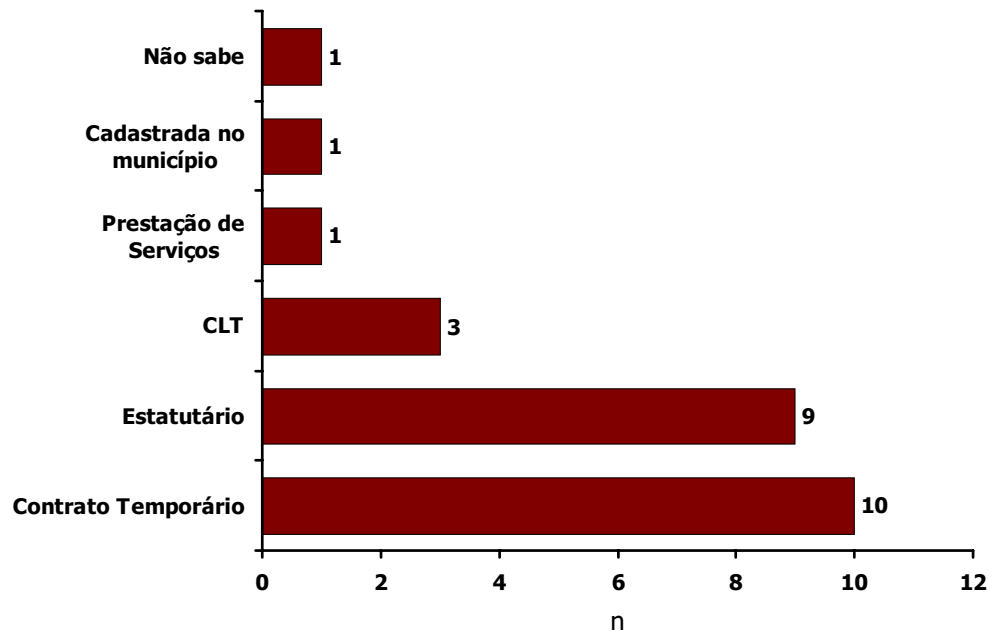


Figura 9. Número absoluto das Equipes de Saúde Bucal em relação ao vínculo contratual do dentista. Rio Grande do Norte, 2004.

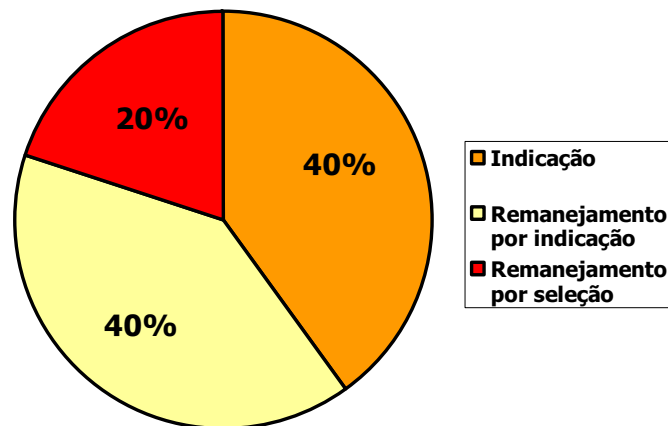


Figura 10. Proporção das Equipes de Saúde Bucal em relação à modalidade de incorporação do dentista na Equipe de Saúde Bucal. Rio Grande do Norte, 2004.

Contradições são observadas ao confrontarmos dados a respeito da jornada de trabalho contratada e da jornada de trabalho cumprida. Observa-se que 20 dentistas possuem contrato de 40 horas semanais de trabalho, três são contratados para 24 horas semanais, um dentista para 32 horas semanais e um dentista para 18 horas semanais. Portanto, alguns municípios estão contratando profissionais para trabalhar no PSF sem seguir as orientações do Ministério

da Saúde que preconiza a jornada semanal de trabalho de 40 horas. Some-se a isso, o fato de oito dos 20 dentistas contratados para 40 horas não cumprir tal carga horária. Dentre os 12 dentistas que afirmam cumprir as 40 horas semanais, mais da metade (oito dentistas) mora no município no qual está trabalhando. Por outro lado, dentre os que não cumprem o horário, a quase totalidade (sete dentistas) não mora no município.

Os dados do Monitoramento também confirmam a dificuldade do cumprimento da carga horária por parte dos dentistas. Apesar de 89,5% possuir um contrato de 40 horas semanais, somente 48,7% afirmava cumprir o horário¹¹. Carvalho e Girardi³⁰ constataram que a contratação de jornadas menores de 40 horas semanais, apesar de atingir 15% dos municípios de sua amostra, dentre os profissionais da equipe, é mais freqüente entre os dentistas.

Provavelmente, além da questão da residência fixa no município, a questão salarial pode estar interferindo no cumprimento da carga horária o que, por sua vez, interfere no estabelecimento de vínculo com a comunidade, no desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Analisando os dados relativos à remuneração dos dentistas contata-se que 25% deles recebem menos de R\$ 1.324,00, 50% recebem menos de R\$ 1.800,00, 25% recebem entre R\$ 1800,00 e R\$ 2.800,00 e apenas 25% recebem acima de R\$ 2.800,00. Relacionando-se o cumprimento da carga horária com a remuneração, observa-se que, dentre os 13 dentistas que não cumprem a carga horária de 40 horas semanais, oito são contratados para 40 horas, cinco contratados para menos de 40 horas e sete possuem um salário menor ou igual a R\$ 1.800,00.

Carvalho e Girardi³⁰ relatam em seu estudo que o PSF paga a médicos e enfermeiros salários maiores que os valores de mercado em todo o Brasil. Com relação aos dentistas, o salário é menor do que o valor de mercado em todas regiões do país, com exceção do Nordeste. Além disso, a média salarial é maior para os médicos, ou seja, os médicos são os que recebem os maiores salários dentre os profissionais da equipe.

É possível perceber, portanto, através dos dados encontrados no nosso estudo, bem como em outras pesquisas citadas acima, que as relações de trabalho dos profissionais do PSF estão precarizadas, o que é evidenciado por alguns aspectos como, (a) a forma de incorporação, muitas vezes sem critérios ou concursos o que favorece às práticas clientelistas, (b) as formas de contratação informais e precárias provocando instabilidade no emprego, (c) a questão salarial, onde não há isonomia salarial e a remuneração ainda baixa para os dentistas, e (d) a jornada de trabalho semanal de 40 horas, que por muitos fatores, incluindo a residência

fixa e os salários, não tem sido cumprida. Esses fatores na sua inter-relação, mesmo não sendo determinantes no modo como se define a assistência ao usuário do serviço, podem estar interferindo nessa questão.

Com relação à formação dos dentistas percebe-se que a maioria deles não possui nenhum tipo de pós-graduação na área de saúde coletiva ou áreas afins (18 dentistas), porém 20 deles participaram de capacitações após o ingresso na ESB, principalmente o Treinamento Introdutório e a Capacitação em Saúde Bucal para Odontólogos da Estratégia de Saúde da Família. Cabe ressaltar que os recursos humanos constituem um dos pontos críticos para a implementação do PSF e para a mudança do modelo assistencial. Nesse sentido, a formação profissional pode contribuir diretamente para a maneira como se desenvolve a assistência. Daí a importância das capacitações contínuas e das reformas curriculares, seja na graduação ou mesmo nas pós-graduações.

Realizando-se uma caracterização dos 19 gestores, observou-se que 16 deles possuem alguma formação profissional de nível superior, sendo a maioria dentistas (26%) ou enfermeiros (26%). De acordo com a função administrativa que esses gestores exercem, oito deles são secretários municipais de saúde, sete são coordenadores do PSF, três são coordenadores de saúde bucal e um é coordenador da Atenção Básica. Considerando-se o tempo que trabalha como gestor, o mesmo variou de três meses a 14 anos.

A possibilidade de mudança do modelo tecno-assistencial em saúde bucal de acordo com os princípios do SUS foi o motivo mais citado pelos gestores (30,6%)* para a implantação da Saúde Bucal no PSF, seguido da possibilidade de ampliação da oferta de recursos humanos capacitados para a população (24,2%) e incentivo financeiro do Ministério da Saúde (22,6%). Esta variável foi questionada de duas formas. Inicialmente o gestor respondia que fatores ele considerava como motivos para a implantação da saúde bucal. Em seguida, dentre os fatores relacionados, ele atribuiu um valor de importância, hierarquizando as respostas. Analisando o nível de importância dado a tais motivos podemos perceber que a mudança do modelo assistencial em saúde bucal corresponde à maior proporção (84,2%) no primeiro nível hierárquico (o mais importante). É interessante também observar que a possibilidade de criação de novos empregos além de ter sido pouco citada (13%), possui maior proporção no quarto nível de importância (Figura 11).

* Proporção em relação ao número de citações.

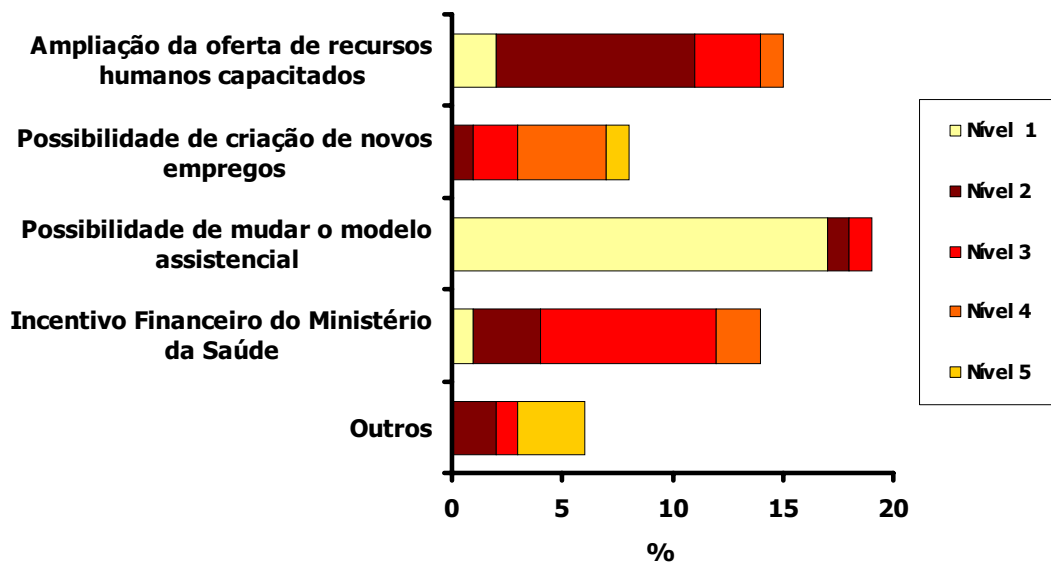


Figura 11. Proporção das citações relativas aos motivos para implantação da Saúde Bucal no PSF de acordo com o nível de importância estabelecido pelos gestores. Rio Grande do Norte, 2004.

A percepção do Programa Saúde da Família pelo gestor parece exercer grande influência na concretização da assistência e na maneira como a implantação da Saúde Bucal se desenvolve no município. Para a maioria dos gestores deste estudo (84,2%), a implantação da Saúde Bucal no PSF reflete a concepção de uma política que se propõe à reorientação do modelo assistencial seguindo os princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Realizando uma avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos, o Ministério da Saúde constatou que, para os gestores, o motivo para a implantação do PSF em todos os municípios foi a extensão de cobertura para áreas de difícil acesso com oferta insuficiente ou ausente, dando-se prioridade para implantação das primeiras ESF na cobertura de grupos vulneráveis identificados como população de baixa renda, de maior risco epidemiológico ou áreas de risco social. A mudança do modelo de Atenção Básica foi também motivo apontado mesmo em localidades nos quais o programa foi implantado de modo paralelo à rede básica preexistente¹².

Apesar de avanços político-administrativos, reconhecem-se dificuldades para adequar o modelo assistencial aos princípios reformadores com maior equidade no acesso e maior integralidade das práticas. As principais limitações para sua operacionalização seriam

decorrentes da formação inadequada dos profissionais, número insuficiente de médicos, falta de recursos financeiros e de entendimento por parte dos gestores³⁴.

Em nosso estudo, quando questionados a respeito de suas motivações para ingresso na ESB, os dentistas também citaram a possibilidade de mudança na prática assistencial com 44,4% das citações, seguido da possibilidade de receber um maior salário (35,6%) e da falta de emprego (13,3%). Ao hierarquizar tais motivações, a partir dos níveis de importância estabelecidos pelos dentistas, a maior proporção no primeiro nível de importância também é a possibilidade de mudança na prática (41,6%), porém a questão salarial também é expressiva (37,4%) (Figura 12).

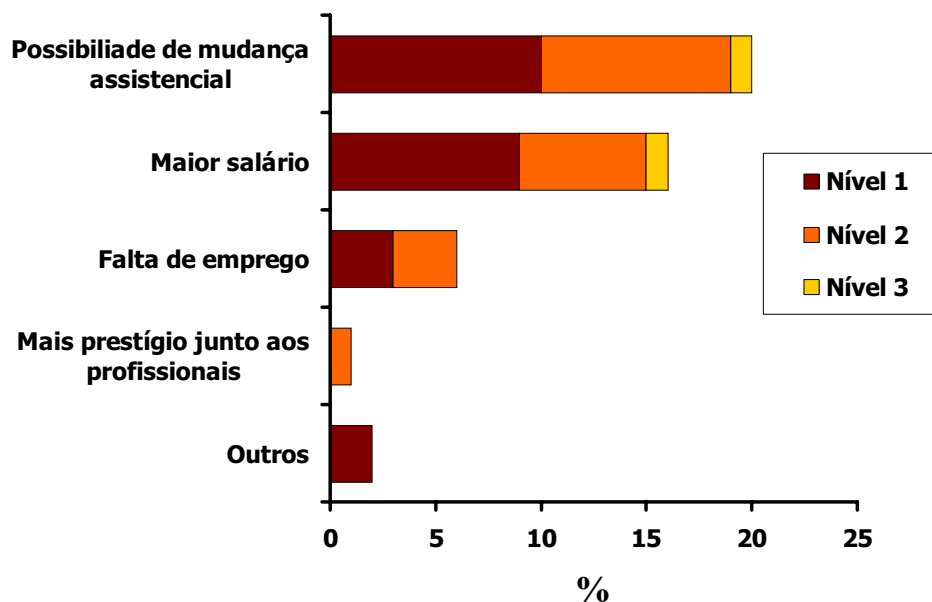


Figura 12. Proporção da motivação para inserção na Equipe de Saúde Bucal no PSF de acordo com o nível de importância estabelecido pelos dentistas. Rio Grande do Norte, 2004.

Apesar de o principal motivo para a incorporação da Saúde Bucal, segundo a opinião dos gestores, ser a possibilidade de mudar o modelo de práticas atendendo aos princípios do SUS, após serem questionados a respeito da importância do incentivo financeiro federal, a totalidade dos gestores considerou tal incentivo muito necessário, principalmente pelo fato de ser uma assistência onerosa e o município isoladamente não ter condições de arcar com as despesas.

Na avaliação da implantação do PSF em dez grandes centros urbanos o incentivo financeiro do Ministério da Saúde também não foi mencionado como fator decisivo para implantação, embora tenha influenciado na decisão dos municípios em aderirem ao Programa. Objetivos de capitalização política por parte do executivo local com a expansão de cobertura de assistência à saúde propiciada pelo PSF, também puderam ser observados, por vezes, com indícios de clientelismo¹².

Particularmente para a Saúde Bucal, a questão financeira parece ter uma maior influência na sua implantação e no desenvolvimento, principalmente, das ações de reabilitação, devido aos altos custos advindos da necessidade de compra de materiais, instrumentais e equipamentos indispensáveis mesmo na Atenção Básica, fato confirmado pelos gestores entrevistados. O que é bem justificado quando se percebe que a incorporação expressiva da Saúde Bucal no PSF só se deu após o estabelecimento de incentivos financeiros federais para os municípios. Ao avaliar a Saúde Bucal após um ano de qualificação para incentivo federal, Zanetti⁷⁴, concluiu que os estados que possuíam mais de 70% dos seus municípios qualificados para o recebimento de incentivos federais eram os que menos participavam no PIB nacional, portanto, os estados mais pobres.

Analisando o PSF em alguns municípios, Vianna & Dal Poz⁷⁰, identificam três modelos: regional, singular e principiante. O primeiro se caracteriza pelo desenvolvimento regional do Programa, sendo fortemente influenciado por uma política estadual de apoio à mudança nas práticas assistenciais, o segundo desenvolve uma experiência singular, sem envolvimento de outras esferas de governo e o terceiro se desenvolve de forma incipiente e incerta. O que melhor dá resultados é o regional, fortemente apoiado por políticas estaduais sinérgicas, como, por exemplo, em Ceará e Pernambuco. Há aumento da produção, o tipo de gestão não parece interferir, mesmo havendo problemas na composição e manutenção das equipes. Seria interessante, portanto, pensar na participação do estado nas políticas de financiamento para a Atenção Básica.

6.1.2. Acesso da população aos serviços de saúde bucal

A territorialização e a adscrição de clientela são princípios básicos do PSF importantes para um melhor planejamento estratégico das ações a serem desenvolvidas. Faz-se necessário então, conhecer a área e as micro-áreas de abrangência, reconhecendo as famílias cadastradas, bem como as barreiras geográficas que possam dificultar o acesso da população à Unidade de Saúde da Família (USF).

Mais de 80% das ESB trabalham com uma área definida, porém apenas 48% possuem o mapeamento da área. A distância das casas da área à Unidade de Saúde da Família (USF) foi a barreira geográfica mais citada (48%), seguido de falta de transporte principalmente para a população da zona rural (32%). Interessante observar que 12 (48%) dentistas afirmaram não existir barreiras geográficas com relação à sua área e, destes, apenas sete afirmam possuir o mapeamento de sua área. Ainda nessa questão, 15 (79%) gestores também consideraram a distância uma barreira geográfica presente nas áreas de abrangência das ESB do seu município.

A forma de entrada na Unidade de Saúde da Família para os serviços de saúde bucal em 70% dos municípios se dá principalmente através do agendamento. Em 30% dos municípios a principal forma de entrada ainda se dá através da livre demanda. A articulação entre a “oferta organizada” e a “demanda espontânea”⁵⁵ ainda não faz parte da realidade dos municípios do RN. O agendamento descrito acima pode ser interpretado de duas formas. Em algumas unidades os pacientes têm acesso aos serviços através do agendamento feito pelo Agente Comunitário de Saúde; em outras, o agendamento é feito pelo próprio dentista em um dia específico na unidade ou nas escolas.

Os grupos organizados pela USF (diabéticos, hipertensos e gestantes) foram os mais citados juntamente com os pacientes divididos por ciclos de vida (bebês, crianças, adolescentes e idosos) com relação à prioridade de tratamento na Unidade (31,25% e 31,2% respectivamente). As demais categorias estão mais bem explicitadas na Figura 13.

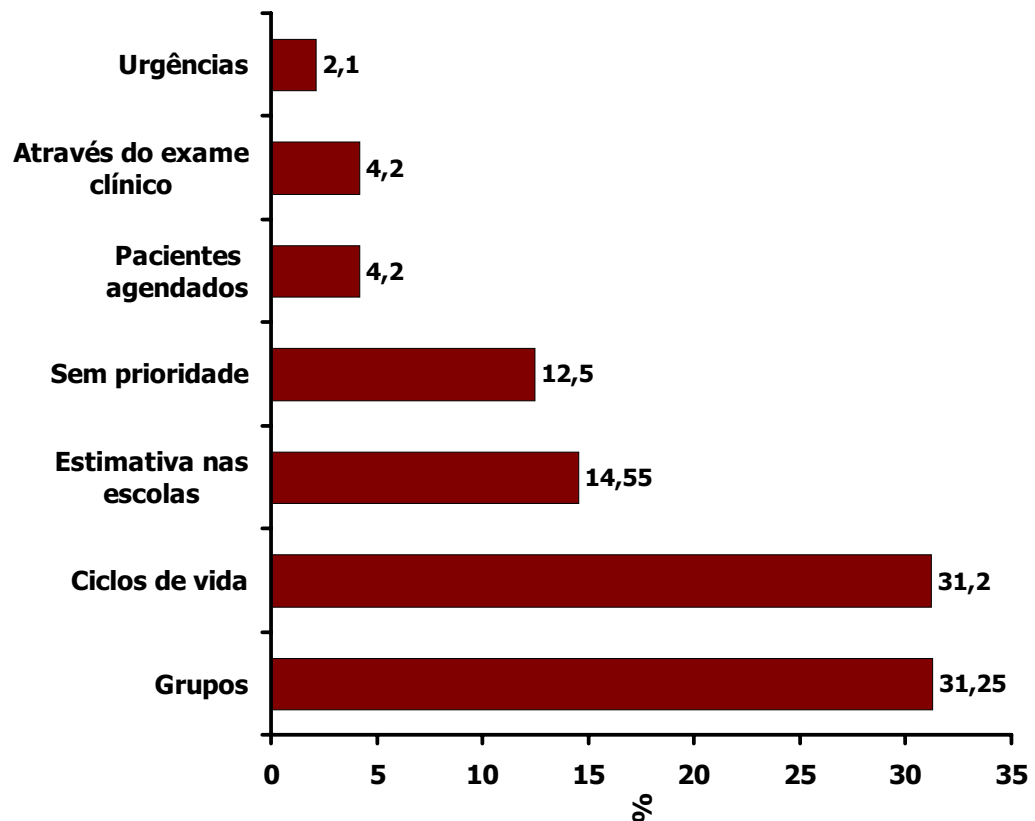


Figura 13. Critérios estabelecidos pelos dentistas quanto à prioridade de atendimento em saúde bucal. Proporção em relação ao número de citações. Rio Grande do Norte, 2004.

Com relação à Atenção Secundária e Terciária em Saúde Bucal, de acordo com seis gestores (31,6%) o sistema de Referência e Contra-Referência (SRCR) existe no próprio município; nove (47,3%) afirmam que há pactuação com outro município para a realização da referência e contra-referência em Saúde Bucal e quatro (21%) afirmam que não há referenciamento dos pacientes. Dos seis gestores que afirmam existir referenciamento no próprio município, quatro afirmaram que o Sistema não funciona ou funciona precariamente. Dos nove gestores que afirmam que há pactuação com outro município, sete consideram que o referenciamento não funciona, ou funciona precariamente (Figura 14). As principais dificuldades citadas para que o SRCR não funcione dizem respeito à falta de recursos humanos capacitados para atividades de média complexidade (36,8%) e à falta de centros de referência em Saúde Bucal (31,6%).

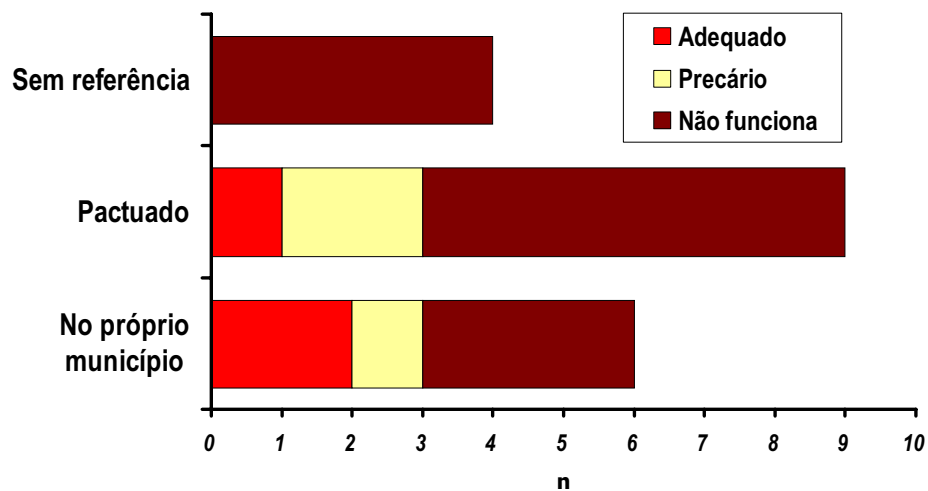


Figura 14. Avaliação da qualidade do Sistema de Referência e Contra-Referência em saúde bucal segundo os gestores. Rio Grande do Norte, 2004.

Para os dentistas, por sua vez, a opinião de que o SRCR não é adequado é quase unânime. Dentre os 25 dentistas, 14 afirmam que não existe referenciamento dos pacientes e oito afirmam que o mesmo existe, porém não funciona ou funciona de maneira irregular e insatisfatória. Apenas três consideraram adequado o SRCR existente (Figura 15). Interessante observar que nos três municípios onde os gestores afirmaram ser o Sistema adequado, em dois deles os dentistas afirmaram que o referenciamento não existe e em apenas um houve concordância entre gestor e dentista quanto à eficiência do Sistema.

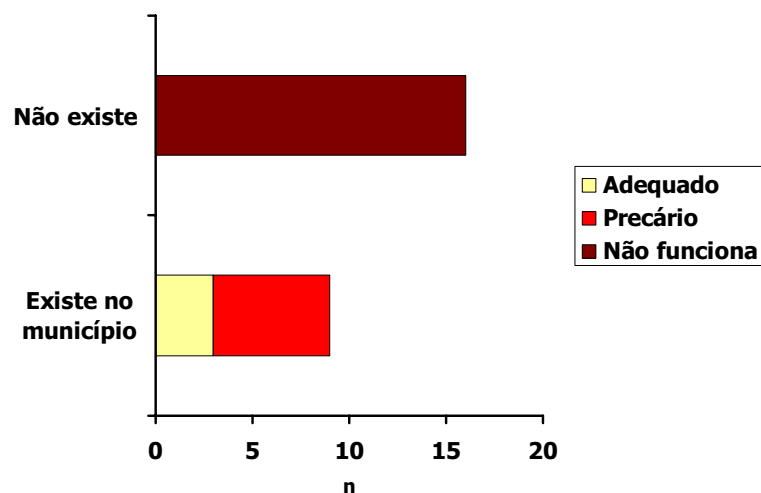


Figura 15. Avaliação da qualidade do Sistema de Referência e Contra-Referência em saúde bucal, segundo os dentistas. Rio Grande do Norte, 2004.

Observou-se, no presente estudo, que o modelo assistencial desenvolvido pela Saúde Bucal ainda tenta desatar os nós críticos do referenciamento para a Atenção Secundária e Terciária. Considerando a importância de oferecer à população todos níveis de complexidade do tratamento, incluídos no princípio da integralidade da atenção, observa-se que a maioria dos municípios ainda não oferece o referenciamento para as ações de média e alta complexidade. Segundo os gestores, as principais dificuldades para que isso aconteça se encontram no fato de não haver profissionais capacitados e centros de referência em Saúde Bucal. Na nossa opinião, com relação aos recursos humanos, talvez o problema seja a falta de espaço no Serviço Público para absorver essa mão de obra especializada e o direcionamento da formação profissional para o setor privado.

No que diz respeito à falta de centros de referência, a atual Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, se propõe a assegurar o atendimento aos níveis secundários e terciários de Atenção. Para isso, serão construídos os Centros de Referência de Especialidades Odontológicas (CEOS), que segundo o Ministério da Saúde, serão unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica e, sempre integrados ao processo de planejamento loco-regional, ofertarão, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos incluem-se, tratamentos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade, e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção²¹.

Para 96% dos dentistas o acesso da população aos serviços de Saúde Bucal foi modificado após a inclusão da mesma no PSF, principalmente pela introdução do agendamento (Figura 16).

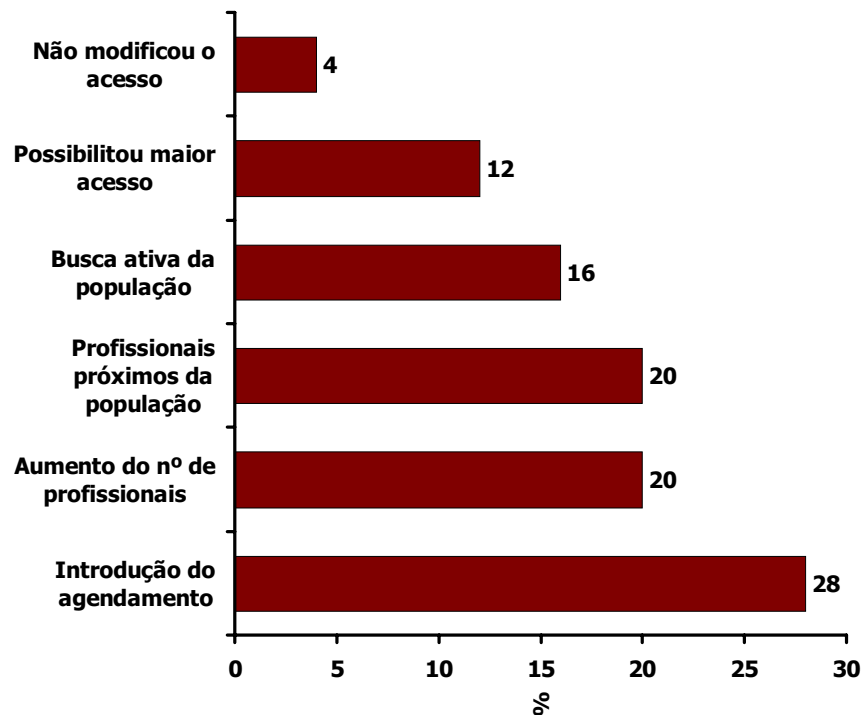


Figura 16. Motivos que provocaram mudanças no acesso após a incorporação da saúde bucal no PSF, segundo os dentistas. Proporção com relação ao número de citações Rio Grande do Norte, 2004.

Em síntese, na opinião dos dentistas o acesso à saúde bucal foi modificado após a implantação das Equipes de Saúde Bucal, apesar de esse acesso restringir-se na maioria das vezes à Atenção Básica, não havendo referenciamento para a atenção de média e alta complexidade. Além disso, é possível perceber que um grande número de citações está relacionada ao aumento do número de profissionais e à proximidade desses da população, características que expressam a expansão do PSF, bem como do número de ESB.

6.1.3. Organização do Trabalho

A mudança do processo de trabalho parece ser um dos maiores desafios para a Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal no PSF. Segundo Franco & Merhy³⁷,

“O Programa reconhece um dos pontos principais para a mudança da prática assistencial, que é o processo de trabalho. O modo de assistir as pessoas, a produção do cuidado, que requer vínculo, divisão de responsabilidades e resolutividade, está diretamente ligada à concepção de trabalho e à subjetividade de cada profissional e usuário”.

A incorporação da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família tem sido alvo de muitas críticas, não pelo que se propõe a fazer que é a mudança da prática centrada na vigilância à saúde, mas sim pela forma que as ações vêm tomando rumo.

Partindo de uma análise do próprio termo utilizado, Equipe de Saúde Bucal (ESB) para referir-se à saúde bucal no PSF tem-se a impressão de que se trata de uma equipe distinta da Equipe de Saúde da Família (ESF). Na verdade o dentista, seu auxiliar de consultório dentário (ACD) e o técnico de higiene dental (THD) não constituem uma equipe à parte da ESF, mas são sim componentes importantes dela.

Talvez esta separação de termos seja reflexo da inclusão tardia da Odontologia no PSF e da separação histórica entre Odontologia e da Medicina (incentivada pela própria Odontologia) como se a boca não fizesse parte do corpo. Na organização do trabalho em equipe isto também se verifica, porque apesar de ter como um dos seus princípios, o trabalho em equipe multiprofissional e de propor práticas centradas no usuário na esfera da “produção do cuidado”, não se pode garantir que o atendimento no PSF rompa com o modelo médico-centrado hegemônico. E isto é um ponto importante na medida em que produção de cuidado requer a interação de saberes e fazeres dos profissionais da equipe³⁷.

Cabe neste momento, esclarecermos o que estamos considerando como trabalho em equipe. O termo utilizado pelo PSF para referir-se ao trabalho em equipe como multiprofissional, provavelmente não é o mais adequado. Segundo Almeida Filho², no trabalho multidisciplinar o problema no campo da saúde é tratado sem que os profissionais estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico, ou seja, cada um trabalha de maneira isolada, freqüentemente sem qualquer intercâmbio ou cooperação mútua e, na maioria das vezes, limitam-se a fazer circular o mínimo de informações entre eles como, por exemplo, encaminhando pacientes.

A saúde por sua vez, é um objeto complexo, que necessita de uma abordagem que supere a organização do trabalho baseada em disciplinas autônomas ou estanques. Para isto, o ideal seria um trabalho em equipe transdisciplinar. A transdisciplinaridade é baseada em um sistema de vários níveis e com objetivos diversificados e sua coordenação é assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder. Implica a criação de um campo novo que idealmente desenvolverá uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o compõem². Na nossa opinião, para alcançar a

transdisciplinaridade no trabalho em equipe, os profissionais precisariam superar inúmeras barreiras, inclusive a do corporativismo.

Porém, existe outro nível do trabalho em equipe que apesar de não atingir a transdisciplinaridade, supera a multidisciplinaridade, como a interdisciplinaridade. Essa última implica uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas, cujas relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior ocupado por uma delas, que atua como integradora e mediadora da circulação dos discursos disciplinares e, principalmente, como coordenadora do campo disciplinar. Deve ser entendida como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à uma horizontalização das relações².

Vejamos agora, alguns resultados do nosso estudo com relação a esses aspectos.

Com relação à realização de reuniões para avaliação e planejamento das ações da Equipe de Saúde da Família, a maioria dos dentistas (19) afirma participar, sendo que 14 participam sempre e cinco participam esporadicamente destas reuniões. Em seis equipes não são realizadas reuniões.

Quando se questiona a respeito do desenvolvimento de ações articuladas entre a Equipe de Saúde Bucal e a Equipe de Saúde da Família, 18 (72%) dentistas afirmam sempre realizá-las, quatro (16%) afirmam realizá-las esporadicamente e apenas três (12%) admitem que não desenvolvem ações em conjunto com a Equipe de Saúde da Família. As ações desenvolvidas em conjunto (ESF e ESB), segundo os dentistas estão explicitadas a seguir (Figura 17):

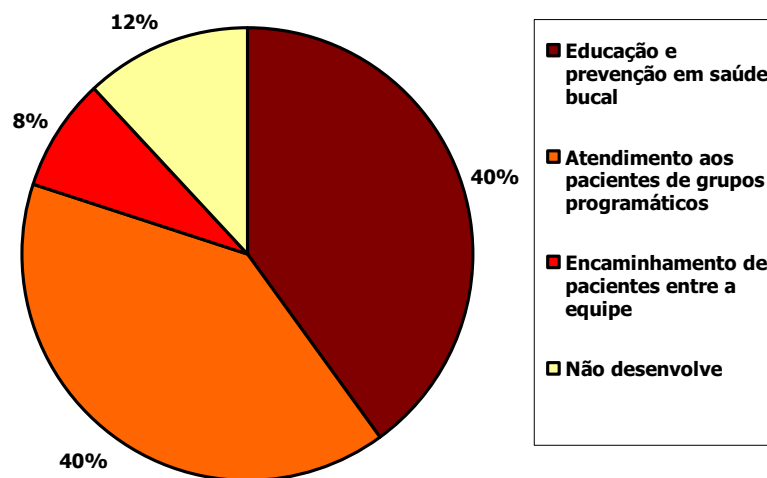


Figura 17. Proporção das atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde Bucal juntamente com a Equipe de Saúde da Família, segundo os dentistas. Rio Grande do Norte, 2004

Ainda nessa discussão, 20 dentistas (80%) afirmaram que capacitam os seus agentes comunitários de saúde e atendentes de consultório principalmente para ações de educação e prevenção em Saúde Bucal.

Apesar de nosso instrumento não conseguir captar os microprocessos envolvidos no trabalho em equipe, nossos resultados apontam para um trabalho de caráter multidisciplinar. Além disso, captamos o entendimento que os dentistas têm de trabalho em equipe. A fala de um dos dentistas demonstra que, para ele, o trabalho em equipe consiste no encaminhamento de pacientes. Para outros, significa utilizar o mesmo espaço que o médico para o desenvolvimento das ações:

“Quando o paciente necessita de tratamento odontológico, os médicos e as enfermeiras sempre encaminham para o dentista e vice-versa. Há um bom entrosamento entre a equipe”.

“Quando a equipe vai para a zona rural, eu acompanho a equipe e desenvolvo ações educativas, como aplicações tópicas de flúor e orientação de higiene e dieta com a população que vai à procura de atendimento médico”.

“Desenvolvemos grupos de estudo para a discussão de casos de alguns pacientes, além das ações coletivas de educação e prevenção que toda a equipe realiza com a comunidade”.

Com relação às dificuldades encontradas no trabalho em equipe, a maioria dos dentistas cita a falta de formação para trabalhar em equipe como o grande motivo que impede a integração dos profissionais (40% das citações). Dificuldades de relacionamento (12%) e falta de estrutura física (16%) também foram citados. Porém, sete dentistas consideram não haver dificuldades no trabalho em equipe.

Outro aspecto que se deve levar em consideração é a interação da equipe com a comunidade adstrita. Pressupondo-se que as visitas domiciliares são realizadas constantemente pelos agentes comunitários de saúde, procurou-se identificar se essas visitas também são realizadas pelo dentista. Somente três dentistas afirmam realizar visitas domiciliares periódicas. A frequência das visitas está bem explicitada a Figura 18.

Há que se considerar também que visitas domiciliares não constituem (ou pelo menos não deveriam constituir) uma novidade do PSF. Não se pode afirmar, portanto, que o fato de o profissional (médico ou dentista) estar visitando famílias implique necessariamente uma mudança de práticas clínico-centradas. Além disso, de nada adianta um profissional realizar essas visitas sem saber o que realmente ele deve fazer no ambiente domiciliar³⁷.

As visitas domiciliares devem estar sendo um desafio para os dentistas, pois sua realização pressupõe a não utilização de tecnologias duras, visto que não há como desenvolver, por exemplo, um procedimento restaurador sem os equipamentos necessários. Seria, então, um campo propício para a utilização de estratégias como estabelecimento de vínculo, responsabilização e, conseqüentemente, a produção do cuidado.



Figura 18. Frequência de realização de visitas domiciliares pelos dentistas. Rio Grande do Norte, 2004.

No que se refere ao desenvolvimento de ações intersetoriais, os dentistas e os gestores foram questionados. Do total de 44 entrevistados, 40 (91%) afirmam realizar ações intersetoriais que integrem a Saúde Bucal. As atividades intersetoriais mais citadas se referem às ações de educação e prevenção em saúde bucal desenvolvidas na comunidade ou nas escolas. As categorias citadas encontram-se na Tabela 1.

Cabe aqui uma discussão a respeito de que se entende por ação intersetorial em saúde. Para Silva Júnior⁶⁴:

“Todo esforço de desenvolvimento da saúde, com um enfoque mais amplo exige a conjunção de todas as forças sociais e econômicas com o propósito do bem-estar coletivo. A intersectorialidade materializa-se em atividades no nível local, porém sua articulação deve-se dar em todos os níveis de governo.”

Parece haver uma falta de entendimento do real sentido da intersectorialidade em saúde por parte da maioria dos entrevistados. Ao se considerar o desenvolvimento de ações educativas e preventivas em Saúde Bucal nas escolas em parceria com a Secretaria de Educação deve-se questionar como essas ações estão sendo desenvolvidas. Será que há uma integração saúde-educação no sentido de, por exemplo, desenvolver um processo de capacitação continuada com os professores, a fim de transformá-los em multiplicadores de saúde? Será que há uma discussão entre saúde-educação no sentido de planejar e integrar conteúdos relativos à saúde bucal no plano de aula das escolas a fim de serem trabalhados periodicamente pelos professores? Ou será que tais atividades “educativas e preventivas em saúde bucal” estão sendo traduzidas em palestras aos alunos e professores, aliadas a eventuais aplicações tópicas de flúor? Nesse sentido, tais atividades não necessariamente teriam que ser desenvolvidas nas escolas, poderiam ser realizadas na própria Unidade de Saúde e, então, não seriam caracterizadas como ações intersectoriais, mas simplesmente estaria havendo uma transposição do local de trabalho do dentista. As escolas estariam sendo reduzidas apenas ao aproveitamento de sua estrutura física.

Tabela 1. Ações intersetoriais envolvendo a saúde bucal segundo os gestores e os dentistas. Rio Grande do Norte, 2004.

Ações intersetoriais desenvolvidas	n	%
Parceria com a Secretaria de Educação para desenvolvimento de educação e prevenção em saúde bucal nas escolas.	39	76,32 %
Parceria com a Secretaria de Obras para recolher o lixo	2	4%
Atividades preventivas na Unidade de Saúde da Família	2	4%
Parceria com as universidades	1	1,96%
Conferência em Saúde Bucal	1	1,96%
Parceria com a Secretaria de Bem-Estar social para a confecção de próteses	1	1,96%
Mutirões em saúde	1	1,96%
Não desenvolve ações intersetoriais	4	7,84%
Total de citações	51	100%

Diante do exposto, podemos fazer algumas considerações. A primeira, é que muitos dentistas e gestores têm um entendimento equivocado sobre a ação intersetorial, resumindo o seu significado ao desenvolvimento de mutirões ou participação em conferências, ou ainda, à atividades preventivas na unidade. A segunda é que, apesar de a maioria das citações ações referir uma parceria com a Secretaria de Educação para a prevenção e educação em saúde bucal, a efetivação na prática consiste em palestras e aplicações tópicas de flúor, o que não necessariamente precisaria ser feito nas escolas, como discutimos acima. Por último, essa ênfase nos escolares pode cair nas armadilhas da exclusão e ser, até mesmo, interpretada

como a permanência Saúde do Escolar, onde a escola era o local da atenção e o escolar o grupo alvo das ações da saúde bucal.

6.1.4. Estratégias de Programação

O cumprimento dos princípios do SUS, como a universalidade e equidade, requer das ESB o conhecimento de sua realidade local, da sua comunidade adstrita. Daí a necessidade de organizar as ações a partir de estratégias de programação que utilizem critérios para a priorização da população mais necessitada. Quando os serviços conseguem se apropriar dessa tecnologia, e priorizarem de maneira compartilhada com a comunidade suas prioridades, todos se beneficiam e põe-se em prática dois princípios do SUS, o da equidade e o controle social⁶⁵.

De acordo com oito gestores, houve realização de algum tipo de diagnóstico epidemiológico em saúde bucal no município e, dentre os que realizaram, os instrumentos utilizados para isto foram o SBBrasil (25%), o SBRN (25%) e os dados contidos na ficha clínica do dentista (25%) .

Nossos resultados apontaram para a realização de diagnósticos epidemiológicos em saúde bucal em 42,1% dos municípios, porém, deste total, 25% dos municípios afirmaram utilizar a ficha clínica do dentista, o que aponta para certa fragilidade nos instrumentos utilizados. Além disso, vale salientar que a porcentagem de municípios que realizaram diagnósticos epidemiológicos foi afetada pela própria metodologia do estudo que incluiu na amostra os municípios participantes do levantamento epidemiológico realizado no Rio Grande do Norte, o SBBrasil-RN.

Tão importante quanto a realização desses diagnósticos, é a utilização dos mesmos pelos profissionais e a continuidade na sua realização. Nesse sentido, foi interessante observar que dos 25 dentistas da nossa amostra, apenas sete afirmaram utilizar os dados dos levantamentos epidemiológicos que possuíam. Mesmo assim, os instrumentos citados pelos dentistas, na sua maioria, não foram os mesmos citados pelos gestores. Dos sete dentistas que afirmam utilizar a epidemiologia, cinco citam as estimativas rápidas realizadas na comunidade, um cita os dados do SB Brasil e um cita os dados das fichas clínicas.

Portanto, podemos fazer algumas considerações diante do que acabamos de expor. Primeiro que não há uma utilização, na prática, dos levantamentos realizados por alguns municípios; segundo, que não se tem interpretado bem o significado de levantamento epidemiológico, considerando como tais, algumas técnicas como estimativas rápidas e dados

de fichas clínicas; e terceiro, que a periodicidade na realização desses diagnósticos epidemiológicos ainda não existe nos municípios que os realizam.

Há que se considerar também que o instrumental epidemiológico indica problemas relevantes na população, porém, além de não ser o único para orientar a priorização e a definição de ações coletivas, é insuficiente para identificar e para lidar com os problemas de saúde que ocorrem nas pessoas, pela sua própria identidade conceitual/epistemológica, que não inclui a singularidade da natureza humana do adoecer (Campos, 1991 citado por Capozzolo²⁹).

Isto aponta para a alta complexidade da Atenção Básica: implementar um atendimento integral que responda às necessidades expressas de adoecimento, contemplando seus aspectos físicos, emocionais e sociais; atuar sobre riscos de adoecimento, desenvolvendo ações preventivas; integrar a assistência com a promoção da saúde - são processos bastante complexos, que envolvem dificuldades na definição das necessidades de saúde, nas ações pertinentes ao atendimento dessas necessidades e na articulação e integração efetiva de ações individuais e coletivas. (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 1996 citado por Capozzolo²⁹).

De acordo com os gestores entrevistados, as principais ações introduzidas após a incorporação da saúde bucal no PSF foram as ações de caráter preventivo e educativo. Importante observar que as visitas domiciliares foram citadas como ações introduzidas, bem como a humanização no atendimento e o planejamento local (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa das citações referentes às ações introduzidas após a incorporação da saúde bucal no PSF segundo os gestores. Rio Grande do Norte, 2004.

Ações introduzidas	n	(%)
Atividades educativas e preventivas	13	50%
Visitas domiciliares	3	11,7%
Planejamento local	2	7,7%
Atividades curativas (restaurações)	1	3,8%
Atendimento aos escolares	1	3,8%
Humanização no atendimento	1	3,8%
Atendimento às gestantes	1	3,8%
Nenhuma ação introduzida	2	7,7%
Não sabe	2	7,7%
Total de citações	26	100%

Os procedimentos realizados individualmente no consultório citados foram as exodontias, a evidenciação de placa, a orientação da dieta, a aplicação tópica de flúor, as restaurações, a orientação de higiene oral e os procedimentos básicos de periodontia, sendo os três últimos os mais citados.

A realização de palestras foi a atividade coletiva mais citada seguida da aplicação tópica de flúor e da escovação supervisionada e os espaços mais citados para o desenvolvimento dessas ações foram as escolas, com 47,7% das citações, seguido das creches (31,8%) (Tabela 3). Quanto à população que não se encontra nesses espaços institucionalizados grande parte não é coberta por ações coletivas (Tabela 4).

Tabela 3. Frequência absoluta e relativa das citações quanto aos locais onde são desenvolvidas as ações coletivas. Rio Grande do Norte, 2004.

Locais onde são desenvolvidas as ações coletivas	n	%
Escolas	21	47,7%
Creches	14	31,8%
Associações	4	9,0%
Igreja	1	2,3%
Unidade de Saúde da Família	1	2,3%
Não realiza ações coletivas	3	6,9%
Total de citações	44	100%

Mais uma vez encontramos resquícios do Saúde do Escolar, como discutimos acima, quando observamos novamente a expressiva ação nas escolas dirigidas a seus escolares. Mas também cabe aqui uma outra discussão. As ações coletivas descritas giram em torno das tradicionais palestras, das aplicações tópicas de flúor e da escovação supervisionada, que parecem ser incorporadas à prática sem critérios e sem certeza de sua eficácia. Aliás, ultimamente, no contexto da medicina baseada em evidências, muitos estudos têm tido como objetivo avaliar a real eficácia dessas ações.

Chaves & Vieira-da-Silva³¹ realizaram uma revisão sistemática de vários estudos experimentais que tinham como objetivo avaliar a efetividade de medidas preventivas no controle da cárie dental. As práticas preventivas mais avaliadas foram os dentifrícios, os bochechos com flúor e os selantes oclusais. Chegaram à conclusão de que a educação em saúde bucal, como ferramenta básica para qualquer ação preventiva específica, está sendo pouco considerada nos estudos de intervenção isolados. Além disso, constataram uma grande heterogeneidade nos resultados encontrados, o que, pode ter sido consequência, dentre outros fatores, de onde, de como e de quem implementa as medidas preventivas, ou seja, estão

diretamente ligados ao contexto histórico, cultural, social e organizacional de onde as medidas são implementadas.

Dessa forma, mais importante do que desenvolver ações coletivas de prevenção e educação em saúde bucal é realizá-las racionalmente, com critérios e avaliações para saber se realmente estão sendo efetivas, e não simplesmente instituir um “pacote preventivo” que tem sido implementado acriticamente pela maioria das ESB.

Tabela 4. Desenvolvimento de atividades coletivas junto à população que não se encontra em espaços institucionalizados. Rio Grande do Norte, 2004.

Descrição da ação	n	%
População coberta quando está na USF	9	36
Através da fluoterapia	2	8
Através dos agentes comunitários de saúde	2	8
Nas campanhas de vacinação	1	4
Não são cobertas	8	32
Não realiza atividades coletivas	3	12
Total	25	100

Não há protocolo de atendimento para as ações de Saúde Bucal em 80% dos municípios. Dos 20% que afirmam ter desenvolvido um protocolo de atendimento para a Equipe de Saúde Bucal, apenas dois disponibilizaram tal documento para análise documental. As principais informações contidas nesses documentos são descritas mais adiante na análise documental.

A avaliação das ações em Saúde Bucal é realizada por 16 gestores (84,2%), sendo que, destes, 10 afirmam realizá-la sempre e seis afirmam que realizam avaliações esporadicamente. Dentre os que realizam avaliação, nove utilizam o Pacto da Atenção Básica. As outras formas de avaliação estão explicitadas na Tabela 5.

Tabela 5. Frequência absoluta e relativa dos instrumentos utilizados para avaliação das ações em saúde bucal, segundo os gestores. Rio Grande do Norte, 2004.

Instrumentos utilizados para avaliação das ações de saúde bucal	n	%
Pacto da Atenção Básica	9	47,4
Estatísticas	5	26,3
Entrevistas com a população	1	5,3
SIAB	1	5,3
Não realiza avaliação	3	15,8
Total	19	100

Com relação aos dentistas, apenas quatro (16%) realizam sempre a avaliação das ações e três (12%) avaliam as ações esporadicamente. A maioria, 18 dentistas (72%), nunca realizou avaliação. Dentre os que realizam avaliação, apenas dois utilizam o Pacto da Atenção Básica. As outras formas de avaliação realizadas pelos dentistas encontra-se na Tabela 6 e a comparação entre as respostas dos dentistas e dos gestores quanto à frequência de avaliação encontra-se na Figura 19.

Tabela 6. Frequência absoluta e relativa dos instrumentos utilizados para avaliação das ações em saúde bucal, segundo os Cirurgiões-Dentistas. Rio Grande do Norte, 2004.

Instrumentos utilizados para avaliação das ações de saúde bucal	n	%
Pacto da Atenção Básica	2	8
Clinicamente com o paciente	1	4
Registro em atas	1	4
Relatórios	1	4
Clinicamente com o paciente	1	4
Não respondeu	1	4
Não realiza avaliação	18	72
Total	25	100

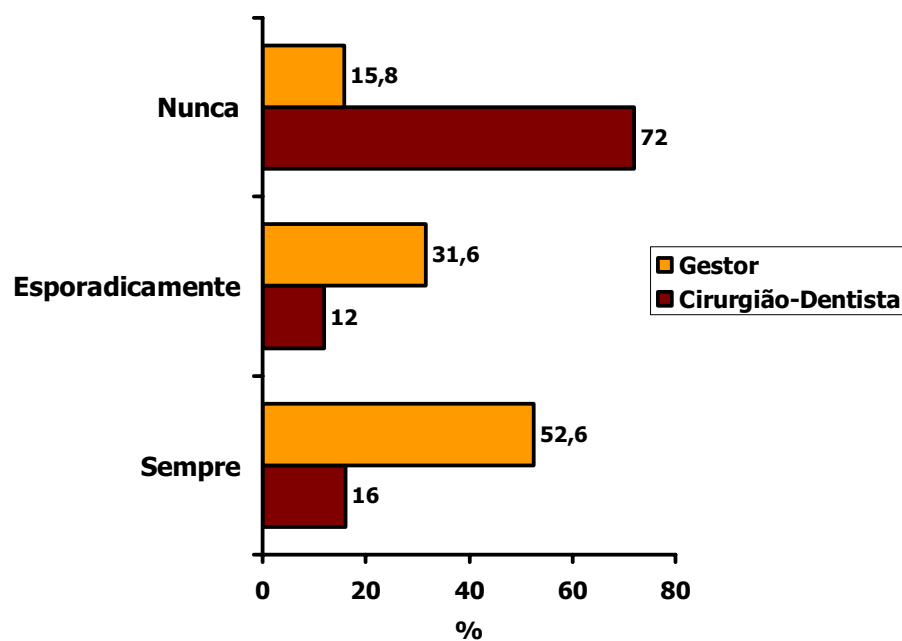


Figura 19. Frequência da realização de avaliação das ações de saúde bucal segundo os dentistas e os gestores. Rio Grande do Norte, 2004.

Com relação aos dados apresentados, podemos fazer algumas considerações. Inicialmente fica claro que as avaliações das ações são realizadas principalmente pelos gestores, ou seja, ainda está muito restrita aos setores administrativos dos municípios, o que não seria problemático se a gerência compartilhasse suas análises, resultados e possibilidades de mudanças com os profissionais que trabalham na ponta do serviço. Em segundo lugar, as fontes utilizadas para avaliação, tanto pelos gestores, como pelos dentistas, parecem frágeis e precárias. Mesmo o Pacto da Atenção Básica tendo sido o mais citado como instrumento, não significa dizer que está havendo uma avaliação mais criteriosa por parte dos municípios que o utilizam, até pelas limitações postas pelos Sistemas de Informação, como os poucos indicadores específicos para a saúde bucal e a informação muitas vezes registradas de forma incorreta pelos municípios. Além disso, não há indicadores disponíveis para a saúde bucal no SIAB, com exceção dos procedimentos coletivos.

Conill³⁴ chegou à conclusão em seu estudo que a gerência, o controle e o acompanhamento do PSF parecem ser ainda precários, apesar da implantação do SIAB ser vista por alguns com otimismo. Para outros, porém, a estratégia expansionista apesar de positiva por difundir os princípios da integralidade, quando não associada a um acompanhamento, traz alguns perigos para o desempenho do programa.

Adiante, nos deteremos mais nessa questão da avaliação dos serviços de saúde utilizando como ferramenta o Pacto da Atenção Básica, o Sistema de Avaliação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), visto que as informações contidas nessas bases foram fontes de dados para o nosso estudo.

Por fim, procuramos saber a opinião dos gestores e dentistas a respeito de possíveis avanços promovidos pelo PSF. A totalidade dos CDs afirmou que ocorreram avanços no modelo assistencial em saúde bucal após o a incorporação da ESB no PSF. Os gestores, porém não são unânimes quanto a esses avanços. O maior acesso e a introdução das atividades preventivas foram os motivos mais citados com relação a tais avanços. Segundo os entrevistados, a população também está mais consciente da importância da saúde bucal.

6.2. Análise Documental

Os documentos encontrados relativos às informações em saúde bucal foram categorizados em quatro tipos: relatórios, projetos ou programas, documentos de registro (fichas clínicas e fichas utilizadas pelos agentes comunitários de saúde nas visitas) e

protocolos de atendimento. Foram analisadas duas propostas de protocolo de atendimento, seis relatórios de ações desenvolvidas pela saúde bucal, dois projetos e nove documentos de registro, sendo duas fichas utilizadas pelos agentes comunitários de saúde e sete utilizadas e elaboradas para o uso no atendimento clínico individual. Alguns municípios forneceram os Boletins de Produção Ambulatorial (BPA), porém estes não foram considerados na análise por se julgar que o mesmo é um documento básico que necessariamente deve ser preenchido em todos os municípios e que não confere diferenciação entre os mesmos.

Inicialmente o fator que chamou a atenção durante a análise foi a inexistência de documentos relativos ao planejamento, avaliação ou relatórios de ações desenvolvidas pela saúde bucal. Apenas onze municípios forneceram algum tipo de documento, e três destes forneceram apenas a ficha clínica. Dado este, que dificultou a análise, mas que de certa forma aponta para uma deficiência técnica e organizacional dos serviços em saúde bucal, ou até mesmo, para o fato dos gestores e dentistas não terem despertado para importância de elaborar, avaliar e registrar as ações desenvolvidas.

Além da escassez de informações, outro fator interessante foi constatar a existência de relatórios muito semelhantes em diferentes municípios. Tal semelhança também foi constatada nas duas propostas de protocolo de atendimento.

Em alguns municípios, apesar de não haver os documentos citados acima, existe uma ficha clínica elaborada exclusivamente para uso do dentista no atendimento realizado no consultório, o que pode representar um maior interesse no registro dos procedimentos curativos. Mesmo assim, percebe-se que não há uma padronização da ficha clínica. Não que elas devam ser iguais em todos os municípios, mas é indispensável que algumas informações sejam registradas da mesma forma como, por exemplo, as condições gengivais e de cárie, a fim de permitir avaliações futuras. Isso se torna extremamente relevante, na medida em que, uma vez padronizadas, essas informações podem constituir uma base de dados de âmbito nacional, não ficando restritas aos municípios que as produzem, ou pior ainda, ficando guardadas em arquivos que não são sequer consultados.

Nos relatórios e nos programas há um claro direcionamento das ações em saúde bucal, especialmente no que se refere às ações coletivas, para as crianças que freqüentam as escolas públicas municipais. As ações coletivas geralmente são realizadas em escolas e creches e normalmente, relata-se a realização de palestras, aplicações tópicas de flúor e escovação supervisionada. Alguns relatórios citam o exame realizado pelo dentista nas crianças para

estimativa da doença cárie, porém, da mesma forma que as fichas clínicas, cada dentista procede à sua maneira, sem padronização do exame e dos índices, utilizados ou não, no registro. Apenas dois relatórios afirmam a utilização do índice CPO-D para a avaliação da necessidade de cárie. Além das crianças, o outro grupo mais citado como prioritário no atendimento foi o grupo das gestantes.

Um dos relatórios descreve a realização dos exames nas crianças para a priorização do tratamento curativo utilizando o CPO-D, porém, o mesmo relata que não há material para o atendimento individual e até mesmo para as atividades coletivas, como escovas dentais, por exemplo.

Dois relatórios referem que os agentes comunitários de saúde são capacitados e encaminham pacientes para o atendimento de acordo com prioridades. Os dois protocolos de atendimento também citam a utilização dos mesmos para busca ativa da população.

As propostas de protocolo de atendimento coletadas são extremamente semelhantes. Ambas estratificam a população por grupos e priorizam as crianças e gestantes. As atividades odontológicas coletivas restringem-se às crianças das creches e escolas, com a realização de exame clínico, escovação supervisionada, aplicações tópicas de flúor, atividades educativas inclusive com os professores. A referência a serviços especializados é destacada, bem como o atendimento às urgências. A maior parte dos turnos de atendimento deve ser destinada para o tratamento curativo e um menor número para as visitas domiciliares, atividades educativas, acolhimento e programação e avaliação das ações.

Um ponto que chama a atenção nos documentos coletados é a falta de integração dos profissionais da ESF e dos gestores na elaboração dos mesmos. Com exceção dos protocolos de atendimento, que foram desenvolvidos pelos dentistas juntamente com a coordenação de saúde bucal, percebe-se que os programas são elaborados e desenvolvidos unicamente pelo dentista, da mesma forma que a realização das ações não dispõe de um maior suporte técnico, administrativo e financeiro. Provavelmente um ponto negativo, pois condiciona a existência das ações e dos programas à permanência do profissional no município e principalmente ao estímulo do mesmo em desenvolvê-las. Não se tratam, portanto, de propostas institucionalizadas e integradas ao sistema de saúde dos municípios.

Em síntese, é possível perceber que alguns municípios já estão tentando registrar suas ações e suas programações em saúde bucal, ainda que de forma incipiente e como dito anteriormente, partindo da iniciativa isolada dos atores (profissionais e gestores) envolvidos

no processo de mudança do modelo assistencial. E isto é considerado muito válido se pensarmos que há poucos anos, provavelmente pouquíssimos municípios demonstravam essa preocupação. O importante agora é estimular essa discussão a fim de proporcionar maiores condições de se desenvolver projetos e ações institucionalizadas baseadas em critérios e nas necessidades da população.

6.3. Aspectos da Observação Estruturada

A capacidade de o serviço oferecer a atenção aos seus usuários e, por sua vez, a possibilidade do usuário obter a atenção necessária traduz na prática, a acessibilidade do serviço de saúde. A acessibilidade ao dentista, na Atenção Básica, possui algumas particularidades inerentes à própria profissão. A histórica demanda reprimida necessita de procedimentos, que apesar de incluídos no primeiro nível de atenção, dependem da “tecnologia dura”⁴⁶ e de uma estrutura física adequada para um atendimento resolutivo. Para Sousa e colaboradores⁶⁶, um aspecto fundamental para ser analisado na implantação do PSF diz respeito a sua capacidade de resolubilidade diante dos agravos e problemas mais comuns e compatíveis com esse nível de complexidade do sistema, e esta resolubilidade, por sua vez, está relacionada a alguns fatores, como a adequada incorporação tecnológica pelas unidades básicas de saúde e pelos serviços de referência de maior complexidade.

Nesse sentido, a fim de caracterizar as tecnologias utilizadas pela saúde bucal no PSF, importantes na organização do trabalho, todas as Unidades de Saúde da Família (USF), que tiveram Cirurgiões-Dentistas entrevistados no nosso estudo, foram visitadas e observadas, totalizando 25 Unidades. A Unidade como um todo foi observada, com maior atenção à sala do consultório odontológico e aos espaços nos quais a ESB pudesse desenvolver ações, existentes ou não. A observação foi realizada no horário de atendimento, a fim de captar algumas nuances veladas pela utilização somente do questionário. Dessa forma pudemos constatar, por exemplo, que em nove USF não houve atendimento, por falta, na maioria das vezes, de material de consumo (Quadro 3).

Alguns critérios foram estabelecidos de forma que a estrutura de atendimento em saúde bucal nos municípios foi classificada em Inadequada, Moderadamente Adequada e Adequada. Estes critérios estão mais bem explicitados no Quadro 4.

Quadro 3. Municípios onde não houve atendimento no momento da observação e os respectivos motivos pela falta de atendimento. Rio Grande do Norte, 2004.

Municípios onde não houve atendimento	Motivo pelo qual não houve atendimento
Município “E”	Falta de material de consumo (anestésico)
Município “G”	Falta de material de biossegurança (luvas)
Município “O”	A USF estava passando por reformas
Município “A” ¹	A USF estava sem água
Município “T” ²	A Dentista estava com tendinite
Município “C”	Falta de instrumental e material de consumo (flúor)
Município “I”	Falta de material de biossegurança (luvas)
Município “Q”	Falta de material de consumo (amálgama)
Município “J”	A USF estava sem limpeza há uma semana

¹ Unidade de Saúde da Família nº “3” do município “A”.

² Unidade de Saúde da Família nº “2” do município “T”.

Oito USF visitadas foram classificadas como Inadequadas para o atendimento à população usuária do serviço de saúde. Tais Unidades encontram-se em oito municípios os quais são os municípios “E”, “G”, “O”, “R”, “I”, “C”, “Q” e “J”. Interessante destacar que em três destes municípios, os consultórios odontológicos não se encontram instalados em Unidades de Saúde, mas na Secretaria Municipal de Saúde, na Maternidade e no Hospital. Fato este, que aponta para uma maior dificuldade de integração do serviço de saúde bucal às atividades desenvolvidas pela ESF. Todas as Unidades apresentaram problemas físicos, como falta de sala de espera ou sala de espera pequena e suja, além de salas destinadas ao atendimento odontológico em condições precárias.

Um ponto em comum entre essas Unidades, com exceção de uma delas, foi a falta de atendimento durante a observação, por falta de material de consumo (luvas, amálgama ou anestésicos), pela falta de limpeza ou por estar passando por reformas. Além disso, observou-

se a falta de instrumental clínico em várias delas. Mais precisamente, nos municípios “G” e “O” só havia material para a realização de exodontias e no município “C” não havia procedimentos curativos porque não existe nenhum tipo de instrumental, estando inclusive a cadeira odontológica desativada (Figura 20). Em “J”, os instrumentais necessários para procedimentos restauradores são insuficientes.

Quadro 4. Critérios utilizados para classificação das Unidades de Saúde da Família em Inadequadas, Moderadamente Adequadas e Adequadas. Rio Grande do Norte, 2004.

Classificação	Critérios
Inadequadas	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve atendimento durante a observação • Falta de estrutura física • Unidade de Saúde suja • Instrumentais clínicos insuficientes ou inexistentes • Equipamentos velhos e/ou desativados ou inexistentes
Moderadamente Adequadas	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de esterilização do instrumental • Alguns problemas na estrutura física (falta de espaço, paredes deterioradas) • Consultórios bem equipados • Instrumental clínico suficiente • Possuem espaço para atividades educativas
Adequadas	<ul style="list-style-type: none"> • Consultórios odontológicos bem equipados • Espaços humanizados • Unidades de Saúde bem divididas e com espaço para atividades educativas • Possuem central de marcação de consultas



Figura 20. Cadeira odontológica desativada na Unidade de Saúde da Família do município “C”. Rio Grande do Norte, 2004.

Em algumas Unidades, como nos municípios “J” e “O”, a estrutura física deixou muito a desejar. Foram encontradas Unidades com paredes deterioradas e sem limpeza, equipamentos velhos, quebrados e desativados, falta de espaço físico e de uma estrutura mínima para o desenvolvimento do trabalho (Figuras 21, 22, 23 e 24).

A sala odontológica da USF de “Q” além ser pequena, também possui equipamentos velhos e a cadeira está constantemente quebrada. Além disso, a dentista relatou a falta constante de material restaurador. Em “R” e “E”, o material necessário para atividades restauradoras é insuficiente.



Figura 21. Consultório odontológico na Unidade de Saúde do município “J”. Rio Grande do Norte, 2004.



Figura 22. Consultório odontológico na Unidade do município “O”. Observar a pia onde se lava o material e as mãos. Rio Grande do Norte, 2004.



Figura 23. Consultório odontológico do município “O”. Observar a reforma na estrutura física e a cadeira sem refletor. Rio Grande do Norte, 2004.



Figura 24. “Refletor” utilizado pela dentista no município “O”. Rio Grande do Norte, 2004.

Catorze Unidades em dez municípios foram classificadas como Moderadamente Adequadas. São as Unidades dos municípios “A”, “B”, “H”, “P”, “N”, “M”, “T”, “S”, “D”, “L”. Em geral, essas Unidades apresentam alguns problemas, como dificuldade de esterilização, de manutenção dos equipamentos e em alguns casos, falta de estrutura física. Porém, estão bem equipadas e possuem instrumentais e material de consumo que atendem à demanda da Atenção Básica, realizando procedimentos como restaurações, periodontia, exodontias e aplicações tópicas de flúor.

No município “A”, onde foram visitadas quatro Unidades, não foram encontradas diferenças marcantes entre as mesmas. Obviamente, encontramos Unidades maiores e outras bem pequenas, inclusive uma Unidade em que trabalham quatro Equipes de Saúde da Família e duas Equipes de Saúde Bucal, que dividem a mesma sala para o atendimento odontológico, o que provoca restrição no espaço e dificuldade até na espera pelo atendimento. Especificamente nessa USF, por trabalharem dois dentistas, o instrumental não era suficiente. As Unidades de “1” e “2” do município “A” (Figura 25) possuem cadeiras odontológicas e equipamentos novos, como fotopolimerizador e amalgamador.



Figura 25. Consultório odontológico na Unidade nº “2” do município “A”. Observar a cadeira nova e as paredes pintadas pelo dentista. Rio Grande do Norte, 2004.

Outra experiência bem específica foi a visita à Unidade Móvel de Saúde do município “N”, que atende à população da zona rural. O dentista percorre alguns povoados da zona rural

e realiza as atividades curativas em uma Unidade Móvel que comporta um consultório Odontológico. Muito interessante observar a população que atravessa um rio de barco para comparecer ao atendimento e a “sala de espera” debaixo de uma árvore próxima à Unidade Móvel (Figuras 26 e 27).

Mesmo não apresentando grandes problemas com relação às “tecnologias duras”⁴⁶ necessárias ao atendimento odontológico, estas Unidades foram classificadas com Moderadamente Adequadas por apresentarem problemas estruturais, como pouco espaço físico ou paredes deterioradas. Diferentemente das Unidades consideradas Inadequadas, mais da metade das Unidades consideradas Moderadamente Adequadas possuem um espaço destinado ao desenvolvimento de atividades educativas.

Apenas duas Unidades foram classificadas como Adequadas com relação à estrutura de atendimento à população. Foram Unidades do município “F”. Além de possuírem salas odontológicas bem equipadas, a estrutura física das Unidades encontrava-se excelente. As Unidades visitadas são grandes, com uma estrutura organizacional bem desenvolvida e consultórios odontológicos bem equipados em salas humanizadas e paredes revestidas. Há uma central de marcação de consultas e de preenchimento de prontuários e fichas. O atendimento odontológico é realizado durante todo o dia, de sete horas da manhã às sete horas da noite, onde duas Equipes se revezam durante este período. Em uma das Unidades há um escovódromo, onde são realizadas periodicamente escovações supervisionadas (Figura 28).



Figura 26. Rio atravessado pela população para o atendimento na unidade móvel do município “N”. Rio Grande do Norte, 2004.



Figura 27. "Sala de espera" da Unidade Móvel na zona rural do município "N". Rio Grande do Norte, 2004.

As Unidades classificadas como Adequadas e Moderadamente Adequadas ainda não introduziram algumas “tecnologias leves”⁴⁶ para o atendimento à população. Somente a USF nº 4 do município “A” e as USF do município “N” possuem uma sala destinada ao acolhimento dos pacientes. Com exceção de 5 USF, há escassez ou até mesmo, inexistência de material educativo para ações em saúde bucal.

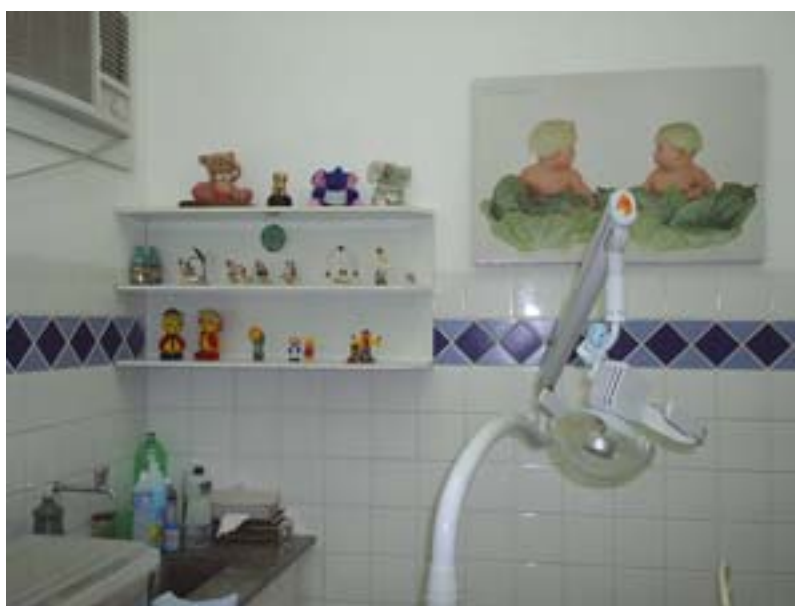


Figura 28. Consultório odontológico no município “F”. Observar ambiente humanizado e paredes revestidas. Rio Grande do Norte, 2004.

Outro aspecto interessante observado foi o revezamento de Cirurgiões-Dentistas do PSF com os Cirurgiões-Dentistas da rede básica pelos consultórios de seis USF. Isto revela uma desigualdade entre o número de Cirurgiões-Dentistas e o número de USF disponíveis para o desenvolvimento de ações curativas odontológicas.

Com exceção das oito USF consideradas Inadequadas, de um modo geral, as USF observadas precisam de algumas melhorias, mas conseguem oferecer o tratamento curativo aos usuários, ainda que não utilizem instrumentos e equipamentos novos. Por outro lado, fica evidente, que o modelo centrado em “tecnologias duras”⁴⁶, historicamente determinado, ainda encontra dificuldades para oferecer à população o uso de “tecnologia leves”⁴⁶ na organização do trabalho em saúde.

6.4. Os Sistemas de Informação em Saúde e sua aplicação na saúde bucal

As mudanças operadas na política de saúde no país na última década, como os avanços na municipalização, o estabelecimento de novas regras para o financiamento das ações e serviços e a formulação de mudança do modelo de atenção, principalmente após a implantação do Programa Saúde da Família, evidenciou a necessidade de serem estabelecidos processos sistemáticos de avaliação no Brasil. Além disso, ao incorporar a avaliação como rotina, há o desenvolvimento de uma nova cultura institucional, capaz de reconfigurar as relações de trabalho em consonância com as propostas atuais de modernização administrativa, estimulando a co-responsabilidade entre profissionais e gestores do SUS⁴².

As principais estratégias colocadas em âmbito nacional no que tange à avaliação da Atenção Básica são o Pacto da Atenção Básica, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Já tecemos algumas considerações sobre a utilização dessas ferramentas para a avaliação das ações, especificamente relativas à saúde bucal. Utilizaremos agora, os dados dos municípios, fornecidos por essas bases, para complementar a discussão, especialmente pelo SIA e Pacto da Atenção Básica, visto que o SIAB dispõe de poucos indicadores específicos à saúde bucal (somente procedimentos coletivos). É importante, antes de iniciá-la, conceituar tais bases citadas para uma melhor compreensão dos valores encontrados.

O SIAB foi implantado em 1998 para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família. Foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, que encontram-se completamente inseridos no contexto de reorganização do SUS no país. Por ser um sistema de informação territorializado, permite a construção de indicadores populacionais referentes a áreas de abrangência bem delimitadas. Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde^{24,42}.

O SIA é um sistema de informações que trabalha com dados de serviços ambulatoriais, ou seja, aquelas atividades que não são caracterizadas como internação hospitalar. Oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA). Oferece também informações para o gerenciamento de capacidade instalada e produzida, bem como dos recursos financeiros orçados e repassados aos prestadores de serviços. O SIA possui informações que extrapolam a esfera financeira constituindo-se em importante instrumento para o planejamento, o controle e a avaliação dos serviços de saúde²⁰.

O Pacto da Atenção Básica, iniciado em 1999, constitui-se em um instrumento formal de negociação entre gestores das três instâncias de governo (municipal, estadual e federal) tomando como objeto de negociação as metas a serem alcançadas em relação aos indicadores de saúde previamente acordados. Desde a sua implantação, o processo de pactuação tem sido aperfeiçoado, tanto com relação à sua forma de condução, quanto aos indicadores selecionados para avaliação. Atualmente a pactuação consta de 20 indicadores principais, 14 complementares e os de inclusão opcional²⁶.

Especificamente para a saúde bucal existem no Pacto três indicadores, os quais são, (1) cobertura de primeira consulta odontológica, (2) razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos, e (3) proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais*. Consultamos, para todos os municípios da nossa amostra, esses três indicadores em quatro períodos (de 2000 a 2003), a fim de observar alguma

* A forma como se calcula estes indicadores se encontra no anexo I.

tendência, como por exemplo, um aumento de procedimentos coletivos ou não, principalmente após a implementação da saúde bucal no PSF no nosso estado. Todas as consultas encontram-se nos anexos D, E, F e G.

A opção pelos indicadores do Pacto, como fonte de análise para nosso estudo, parte da necessidade de aprofundamentos na discussão a respeito da importância que eles devem ter para o sistema, desde o registro diário da produção até o momento em que ele é utilizado como ferramenta para avaliação. Além disso, seria interessante correlacionar estes indicadores com os resultados da observação, da pesquisa documental e dos questionários.

Essa correlação se tornaria possível pelo fato destes indicadores apontarem, com certa limitação, é claro, para algumas dimensões no modelo assistencial por nós analisadas. O indicador de primeira consulta odontológica, por exemplo, reflete o acesso da população aos procedimentos odontológicos individuais; os procedimentos odontológicos coletivos apontam para a abordagem coletiva do modelo, ou seja, quanto maior este indicador maior o número de ações coletivas desenvolvidas e a proporção de exodontias em relação às ações básicas, revela, por sua vez, a característica do modelo do ponto de vista da integralidade das ações individuais, ou seja, quanto menor este indicador, melhor para o município, que está ofertando outras ações na Atenção Básica, que não somente exodontias.

Os resultados encontrados, infelizmente, não nos permitiram uma análise mais conclusiva entre os municípios estudados. Isto porque percebeu-se que não há uma tendência de aumento ou diminuição destes indicadores ao longo dos períodos estudados, principalmente quando se refere ao indicador de primeira consulta odontológica. Este, provavelmente, é um dos indicadores onde o dado é registrado na ponta do serviço de forma incorreta, pois o que acontece é que o profissional registra a 1ª consulta várias vezes durante o tratamento de um paciente, o que gera dúvidas na veracidade da informação, não se traduzindo em um real indicador de acesso. A média do estado para este indicador manteve-se entre 21,97% e 24,25%. A maioria dos municípios no ano de 2003 encontra-se abaixo da média do RN (23,56%)²⁶.

Com relação aos procedimentos coletivos, a maioria dos municípios em 2000 possuía um indicador igual a zero. Ao longo dos anos, o número de municípios com indicador igual a zero diminuiu, o que parece ser um aspecto positivo. Mesmo assim, ainda percebe-se uma grande variação dos dados, que não permitem uma análise mais conclusiva. A média do RN variou de 0,01% a 0,03%, chegando ao ano de 2003 em 0,02%²⁶. Percebe-se que a maioria

dos municípios da amostra em 2003 está acima da média do estado, e apesar deste indicador apresentar-se de uma maneira geral muito baixo, ao compararmos às médias de outros estados e regiões, ele se comporta de maneira similar. Há que se considerar também, a dificuldade que os serviços têm de entender o que são procedimentos coletivos, e mais ainda, de como informá-los ao sistema.

O indicador da proporção de exodontias com relação às ações individuais também apresentou-se de maneira muito variável, principalmente no ano de 2003. Apesar de teoricamente ser o indicador, dentre os que citamos, menos susceptível ao viés da informação, também não contribui muito para uma análise mais profunda. A média do estado diminuiu ao longo dos anos (18,54% em 2000 a 12,15% em 2003)²⁶. A maioria dos municípios manteve-se acima da média durante todos os períodos avaliados.

O que mais chamou atenção durante a análise desse indicador, foi o fato de, especificamente no ano de 2003, alguns municípios, apresentarem um valor acima de 100%*. Isto é, no mínimo, intrigante, pois se o indicador consiste em uma razão, ou seja, o numerador está contido no denominador, o valor jamais poderia ser superior a 100%.

Outro indicador utilizado foi a proporção de procedimentos realizados por habitante durante o ano em odontologia. A fonte dessa vez foi o SIA, onde consultamos para cada município os procedimentos básicos e especializados em odontologia, dividimos pela população residente nos anos de 2000 a 2003. A forma como esse indicador é calculado e os valores encontrados estão nos anexos I e H respectivamente. Infelizmente, da mesma forma que os indicadores do Pacto, este indicador teve um comportamento muito variável na maioria dos municípios.

É nítida a dificuldade de utilização dos indicadores dos sistemas de informação para chegarmos a conclusões mais precisas. Analisá-los isoladamente, pode culminar em afirmações que não condizem com a realidade. Por exemplo, a diminuição do indicador de primeira consulta em um município pode significar duas coisas: ou está realmente havendo um menor acesso da população aos serviços, ou a informação pode estar sendo gerada da maneira correta, o que, por sua vez, provoca uma melhora da base de dados.

Além disso, ao calcularmos os valores dos indicadores do Pacto a partir das informações disponíveis no SIA, encontramos valores diferentes. Por exemplo, no caso do indicador proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais no período de

* Ver quadro de valores do Pacto da Atenção Básica, período de 2003 no anexo G.

2000 para um dos municípios de nossa amostra, de acordo com o Pacto possui um valor de 3,55%. Ao calcularmos esse indicador dividindo o número de exodontias de dentes permanentes pelo número total de ações básica individuais em odontologia o valor encontrado é de 33%. Nos deparamos, então, com mais um fato intrigante.

Diante do exposto, decidimos não utilizar os indicadores do Pacto da Atenção Básica, nem o indicador de procedimento por habitante ano, como nos propusemos inicialmente. Achamos importante, portanto, expor nossa preocupação com relação às informações que estão sendo disponibilizadas pelas bases de dados citadas anteriormente. A nossa intenção é de promover um estímulo ao debate entre os atores sociais – gestores, profissionais, Ministério da Saúde - no sentido de superar as deficiências e tornar mais confiável os dados dos Sistemas de Informação de Saúde.

6.5. Análise do conjunto de dados obtidos

Ao longo da apresentação dos nossos resultados discutimos os pontos abordados pelas diferentes técnicas utilizadas em nosso estudo, as quais foram a entrevista através do questionário, a análise documental, a observação estruturada e os dados obtidos nos Sistemas de Informação em Saúde. Neste momento, procuramos aprofundar um pouco mais a discussão, aplicando algumas das variáveis já discutidas, consideradas muito importantes, que podem apontar para uma mudança, ou não, do modelo assistencial em saúde bucal nos municípios de nossa amostra.

Para isto, construímos uma matriz a partir das repostas obtidas pelos informantes-chave, onde, correlacionamos com as categorias ou variáveis de cada município, a fim de observar uma tendência na incorporação da saúde bucal no PSF, a qual foi julgada como Insatisfatória (I), Pouco Satisfatória (PS) ou Satisfatória (S). Essas categorias podem possuir subcategorias, a fim de melhor explicitar cada uma delas. Por exemplo, a categoria Acesso possui três subcategorias as quais são as estratégias de territorialização, a cobertura e o Sistema de Referência e Contra-Referência (SRCR). Cada uma dessas categorias ou subcategorias foram classificadas como I, PS ou S de acordo com critérios pré-estabelecidos*. Ao final, observamos qual classificação foi mais expressiva dentre as categorias. Por exemplo, o município que apresentou a maioria das variáveis classificadas como Satisfatória, teve uma tendência Satisfatória de incorporação da saúde bucal no PSF (Quadro 5)

* Tais critérios estão explicitados no anexo J.

Em casos onde duas classificações tiveram a mesma proporção utilizamos como critério para a opção por uma delas, uma subcategoria considerada muito importante, a qual tem um grande poder de impactar na mudança do modelo e que demonstra a interrelação da saúde com outros setores e/ou secretarias a fim de melhorar a qualidade de vida da população, que é a intersectorialidade. Na verdade, a categoria Acesso, na nossa opinião, provavelmente é uma das que mais impacta, dentre todas as que avaliamos. Porém, ela não foi escolhida como critério de desempate, porque as suas subcategorias possuem um poder discriminatório menor. No caso da cobertura, por exemplo, a maioria dos municípios com cobertura satisfatória são aqueles que possuem pequeno porte populacional dentro do estado, ou seja, é mais fácil para municípios de pequeno porte possuírem uma cobertura de 100%, visto que necessitam de menos equipes, o que faz com que essa subcategoria seja um pouco mascarada.

À primeira vista, podemos observar os pontos mais críticos nos municípios, onde não se constata ainda, grandes avanços nas relações de trabalho, no referenciamento dos pacientes para ações de média e alta complexidade, no desenvolvimento de ações intersectoriais, nas estratégias de programação como diagnóstico epidemiológico e na avaliação das ações, na existência de documentos importantes como protocolos de atendimento e relatórios de ações desenvolvidas e na infra-estrutura observada.

Grande parte dos municípios não avançou quase nada no modelo assistencial em saúde bucal após a sua incorporação no PSF. Do total de 19 municípios, nove foram classificados como Insatisfatórios nas mudanças apresentadas. Apenas cinco municípios apresentaram um perfil Satisfatório e, nestes, já observamos avanços mais significativos, principalmente com relação à questão da intersectorialidade.

Os municípios classificados com um perfil Insatisfatório ou Pouco Satisfatório possuem baixo ou médio IDH-M e encontram-se distribuídos em todas as URSAPs do Rio Grande do Norte, com exceção da URSAP da Grande Natal. Esses municípios possuem algumas características semelhantes. São municípios com altas taxas de mortalidade infantil e baixa esperança de vida ao nascer. A maioria deles possui um percentual de crianças analfabetas, na faixa etária de 7-14 anos, maior do que a média do estado além de maiores desigualdades sociais. Possuem na sua maioria baixas rendas *per capita* e altas intensidades de pobreza e indigência⁵⁸.

Os cinco municípios classificados em condição de avanço do modelo assistencial, portanto com um perfil Satisfatório são todos os municípios da amostra que possuem IDH-M

alto, distribuindo-se em 4 URSAPs do estado. Com exceção de um deles que possui aproximadamente 26.000 habitantes, todos são municípios com população acima de 50.000 habitantes. Caracterizando esses municípios de acordo com outras variáveis podemos perceber que eles possuem baixas taxas de mortalidade infantil, estando inclusive, entre as menores taxas do RN, melhores taxas de esperança de vida ao nascer, baixos percentuais de crianças na faixa etária de 7-14 anos analfabetas e os maiores percentuais de alfabetização da população; possuem renda *per capita* entre as maiores do estado e as menores intensidades de indigência e de pobreza⁵⁸.

Nossa intenção ao correlacionar nossos resultados com outras variáveis, que são indicadores importantes das políticas públicas, foi demonstrar que apesar das políticas de saúde oferecerem assistência à população, possuem um efeito limitado. Entendemos que a organização de boas políticas de saúde estão vinculadas a outras políticas, como da educação, de emprego, de renda e de moradia. Portanto, é esperado que nos municípios onde haja um modelo de Estado bem organizado, também possua um modelo de atenção à saúde bem estruturado.

Nesse sentido, podemos perceber que os municípios que mais avançaram são aqueles apresentam melhores condições de vida da população, o que pode ser reflexo de políticas públicas, dentre elas as de saúde, menos excludentes e mais integradas. Por outro lado, os municípios que não avançaram no modelo assistencial, também são aqueles que apresentam características de políticas públicas menos eficazes. A questão fundamental, pois, não é relativa somente às políticas públicas, mas a um modelo de Estado, ao qual as mesmas estão vinculadas.

Quadro 5. Matriz avaliativa para classificação dos municípios em condições Insatisfatória (I), Pouco Satisfatória (PS) e Satisfatória (S) de acordo com variáveis¹ que apontam para uma mudança do modelo de atenção em saúde bucal. Rio Grande do Norte, 2004.

Município	Relações de Trabalho	Acesso			Organização do Trabalho				Estratégias de Programação			Documentação	Infra-estrutura Observada	Tendência	
		Estratégias de territorialização	Cobertura	SRCR ²	Reunião/equipe	Ações/equipe	Intersetorialidade	AI ³	AC ³	Diagnóstico Epidemiológico	Avaliação				
"A"	S	S	I	I	S	S	S	S	S	S	S	S	PS	PS	S
"B"	PS	S	PS	S	S	S	S	S	S	S	S	PS	PS	PS	S
"C"	I	I	S	I	S	S	S	PS	PS	I	S	PS	I	I	I
"D"	I	S	PS	PS	S	S	S	PS	PS	PS	S	PS	PS	PS	PS
"E"	I	PS	I	I	I	S	S	PS	PS	I	S	I	PS	I	I
"F"	PS	S	PS	PS	S	S	S	PS	PS	PS	S	S	PS	S	S
"G"	I	I	I	I	S	I	I	I	I	I	I	I	PS	I	I
"H"	PS	S	S	PS	I	PS	PS	PS	PS	PS	S	S	PS	PS	PS
"I"	I	I	I	I	PS	PS	PS	PS	I	PS	S	I	PS	I	I
"J"	PS	PS	S	I	I	I	I	I	I	S	S	PS	PS	I	I ⁴
"L"	I	I	S	PS	S	S	PS	PS	PS	S	S	I	PS	PS	PS ⁴
"M"	I	PS	PS	I	I	I	I	I	I	S	I	I	PS	PS	I
"N"	PS	PS	I	PS	S	S	PS	S	S	S	S	I	PS	PS	S ⁴
"O"	I	PS	I	I	PS	PS	PS	PS	PS	I	S	I	PS	I	I
"P"	PS	S	S	I	PS	PS	PS	S	PS	PS	S	S	PS	PS	PS
"Q"	I	PS	I	I	I	I	I	I	PS	PS	S	S	PS	I	I
"R"	I	PS	S	I	I	I	I	I	PS	PS	S	S	PS	I	I
"S"	PS	PS	PS	I	S	PS	PS	PS	PS	PS	S	S	PS	PS	PS
"T"	I	S	S	PS	S	S	PS	S	PS	PS	S	S	PS	PS	S

1. Os critérios para a classificação das variáveis em Insatisfatória, Pouco Satisfatória e Satisfatória estão no anexo J.
2. SRCR: Sistema de Referência e Contra-Referência.
3. AI: Ações Individuais; AC: Ações Coletivas
4. Utilizamos como critério de desempate a Intersetorialidade.

CAPÍTULO 7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Eu tô sem segurança, sem transporte, sem trabalho, sem lazer
Eu num tenho educação, mas saúde eu quero ter
Já paguei minha promessa, não sei o que fazer!
Já paguei os meus impostos, não sei pra quê?
Eles sempre dão a mesma desculpa esfarrapada:
"A saúde pública está sem verba"*

(Gabriel O Pensador, Memê e Fábio Fonseca)

O Programa Saúde da Família tornou-se, nos últimos anos, a proposta mais importante de mudança do modelo assistencial em saúde no Brasil, tendo como principal objetivo, reorganizar a prática assistencial na Atenção Básica, incorporando as propostas da vigilância à saúde as quais, por sua vez, tentam contemplar o princípio da integralidade.

Para muitos, o PSF atua como um viabilizador dos princípios do SUS, por incorporar estratégias de identificação de espaços ou grupos prioritários, realizando uma discriminação positiva, sem excluir a população como um todo. Possibilita também, segundo esta corrente, uma reorganização da Atenção Básica articulada aos outros níveis de complexidade, bem como, uma mudança no processo de trabalho, baseado em relações com o serviço mais flexíveis nas suas formas de contratação, além do trabalho em equipe e da possibilidade de estabelecimento de vínculo, responsabilização e humanização na produção do cuidado. Consideram que o financiamento atua como um incentivo à implantação do PSF nos municípios e, conseqüentemente à mudança das práticas. O Programa Saúde da Família passaria, portanto, a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família.

Por outro lado, uma outra corrente acredita que o PSF é a tradução de políticas racionalizadoras e focais, estimuladas por instituições internacionais, a fim de oferecer uma “cesta básica” à porção da população mais carente, caminhando, dessa forma, na contramão da universalidade proposta pelo SUS, não conseguindo articular a Atenção Básica com os outros níveis de complexidade. Consideram que o financiamento do governo federal torna a sua implantação nos municípios uma medida indutora, uma vez que desestimula outras propostas de mudanças que não possuem incentivo. Além disso, as relações com o trabalho são consideradas, não como flexíveis, mas sim como informais e precárias, o que tem

provocado instabilidade dos profissionais nas equipes de PSF, que por sua vez, não favorece à criação de vínculo e responsabilização com a comunidade.

A despeito de tantas discussões, o fato é que o PSF se expandiu por todo o país, até mesmo nos municípios de maior porte, os quais recebem incentivos adicionais oriundos do PROESF, onde houve, no início, dificuldade de implantação. Além disso, as discussões em torno da incorporação de outros profissionais na equipe se intensificaram nos últimos anos.

A saúde bucal, incorporada oficialmente no PSF somente em 2000, também apresenta todos os conflitos citados acima, porém, com algumas particularidades. Da mesma forma que o Programa, passa por um momento de grande expansão em todo o país, principalmente após o estabelecimento de incentivos financeiros para a sua incorporação. A própria Política Nacional de Saúde Bucal, lançada em 2004, promoveu um grande estímulo à reorganização do modelo assistencial em saúde bucal através do PSF.

Antes de apresentarmos nossas últimas considerações se faz importante esclarecermos algumas limitações do nosso estudo. Quando nos propomos a avaliar processo de incorporação da saúde bucal no PSF do RN, não era nossa pretensão realizar uma avaliação aprofundada das dimensões por nós abordadas, principalmente pelas limitações impostas pelo método. Optamos por um estudo mais abrangente, o que impede uma avaliação mais profunda, pela necessidade de se realizar inicialmente um estudo exploratório em nosso estado. Além disso, fizemos um julgamento de valor através de uma matriz, a qual possui falhas e restrições. Trata-se, contudo, de uma avaliação de processo, pois triangulamos as informações de quatro tipos de instrumentos de coleta, fizemos um julgamento de valor através da matriz, além de termos correlacionado nossos resultados com outros estudos, o que permitiu a identificação de vários fatores que estão dificultando a implementação da saúde bucal de acordo com os princípios do SUS e do PSF.

Como foi dito anteriormente, a política de financiamento torna o PSF, de certa forma, uma medida que induz a sua implantação nos municípios e muitas vezes incoerente, visto que muitos municípios têm negado suas experiências bem sucedidas para implantar o programa, com vistas ao incentivo financeiro que o mesmo proporciona. No caso da saúde bucal, essa questão parece ser um ponto nevrálgico, pois, se de um lado, o financiamento parece ser indutor, por outro, se ele não existisse, muitos municípios certamente não estariam implantando Equipes de Saúde Bucal, devido ao seu alto custo.

Em nosso estudo isso é bem retratado quando os gestores afirmam que apesar de o principal motivo para a incorporação da saúde bucal no PSF ser a possibilidade de mudança no modelo assistencial, isto não teria sido possível sem o incentivo financeiro do governo.

A maioria dos dentistas em nosso estudo apresentou relações de trabalho com o serviço precárias e informais, traduzindo-se em instabilidade, o que não contribui, associado a outros fatores, como, salário e residência fixa, a um estabelecimento de vínculo do profissional com a comunidade. A forma de contratação foi realizada, na maioria dos casos, através de indicações, o que favorece as práticas clientelistas. Praticamente todos os municípios apresentaram uma condição Pouco Satisfatória ou Insatisfatória no que se refere às relações de trabalho.

Constatamos também que essa expansão, não tem sido acompanhada por um aumento na cobertura municipal nos municípios de maior porte populacional (acima de 50.000 habitantes) da nossa amostra, nem articulada aos níveis de média e alta complexidade e na maioria dos municípios não há estratégias de territorialização bem definidas.

Apesar de não conseguirmos tocar nos microprocessos da organização do trabalho em equipe, nossos resultados apontam para uma dificuldade de atuação que supere a multidisciplinaridade, não alcançando uma interdisciplinaridade. Apesar de grande parte dos municípios terem sido classificados como Satisfatórios na realização de reuniões e ações em equipes, a descrição dessas ações expressam uma justaposição de saberes e práticas, não havendo uma maior inter-relação entre os profissionais.

A intersetorialidade citada pelos gestores e dentistas resume-se, na maioria das vezes, ao desenvolvimento de ações educativas e preventivas em escolas, o que consideramos como resquícios do modelo anterior, onde a escola era o *locus* das ações e os escolares o grupo alvo delas. Alguns, no entanto, referem a parceria com outras secretarias, que não a educação, o que minimamente demonstra um entendimento mais amplo de ação intersetorial.

Diante do exposto, fica evidente a dificuldade, imposta historicamente pelo modelo de práticas em saúde bucal, que se tem de trabalhar com tecnologias leves e leve-duras, permanecendo uma centralidade nas tecnologias duras, as quais por sua vez, foram consideradas inadequadas através da observação estruturada em grande parte dos municípios.

As estratégias de programação ainda não se apoderaram de instrumentos de diagnóstico epidemiológico, nem da avaliação do serviço como rotina. Há falhas no registro dos dados

nos Sistemas de Informação e, na maioria dos municípios, ausência de documentos como relatórios das ações desenvolvidas.

A maioria dos municípios apresentou um perfil Insatisfatório ou Pouco Satisfatório do modelo assistencial em saúde bucal, após a incorporação da mesma no PSF. Todos eles apresentam falhas na maior parte dos aspectos relacionados acima. Além disso, são municípios que refletem, através de outros indicadores, a ausência de boas políticas de saúde.

Por outro lado, os cinco municípios que apresentaram avanços na saúde bucal, de acordo com as categorias analisadas, apresentam características de melhores condições de vida da população, bem como, de políticas públicas mais eficazes e de um modelo de Estado mais organizado.

Não adianta simplesmente implantar a saúde bucal no PSF para alcançarmos avanços no modelo assistencial. É preciso, mais do que uma política de financiamento para que a saúde bucal no PSF dê certo. É preciso a articulação de todos os setores administrativos do município a fim de implementar políticas públicas universais, equânimes e integrais em todos os serviços, não somente na saúde. É preciso ainda uma formação dos profissionais para que eles consigam efetivar os princípios do SUS nas suas práticas cotidianas. E, por fim, é preciso que a própria população, habituada a consumir procedimentos nos serviços de saúde, esteja amparada por políticas públicas saudáveis, para valorizar a promoção da saúde. O Programa possui uma filosofia à frente da nossa realidade. Portanto, só há uma certeza: a de que ainda há um caminho muito longo a ser percorrido.

REFERÊNCIAS

1. Aguiar DS. A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma? [dissertação]. Rio de Janeiro(RJ): Escola Nacional de Saúde Pública FIOCRUZ; 1998.
2. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 1997; 2 (1/2): 5-19.
3. Brasil. Lei 5452/43. Diário Oficial da União, Brasília, 01 de maio de 1943.
4. _____. Congresso Nacional. Constituição (1988). Brasília, 1988.
5. _____. Lei 8.080/90. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1990.
6. _____. Lei 8.142/90. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de dezembro de 1990.
7. _____. Lei 8.112/90. Diário Oficial da União, Brasília, 11 de dezembro de 1990.
8. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). 1998.
9. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, 28 de dezembro de 2000.
10. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, 06 de março de 2001.
11. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família no Brasil. Brasília/DF, 2002 [apresentação em slide].
12. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados. Brasília/DF. 2002.
13. _____. Ministério da Saúde. Saúde da Família [On Line] Disponível em <http://www.saude.gov.br/psf>. [Acesso em novembro 2003].
14. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 673, 03 de junho de 2003.
15. _____. Ministério da Saúde. Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde – REFORSUS [On Line] Disponível em <http://www.reforsus.saude.gov.br>. [Acesso em março de 2004].

16. _____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Mundial de Saúde – Primeiros Resultados [On Line] Disponível em http://www.fiocruz.br/ccs/novidades/mai04/pesquisa_gab.ppt. [Acesso em julho de 2004].
17. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003 – Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Brasília/DF: 2004.
18. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 74, 20 de janeiro de 2004.
19. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1434, 14 de julho de 2004.
20. _____. Ministério da Saúde. Datasus [On Line] Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. [Acesso em março de 2004].
21. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
22. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente [On Line] Disponível em <http://www.saude.gov.br>. [Acesso em março de 2004].
23. _____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. DAB/SPS/MS [On Line] Disponível em http://www.portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/planilhpsf_setembro_2004.pdf. [Acesso em setembro 2004].
24. _____. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (CAA/DAB/SAS) [On Line] Disponível em <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>. [Acesso em novembro de 2004].
25. _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica [On Line] Disponível em http://dtr2002.saude.gov.br/bvs/pub_assunto/atencao_bas.htm. [Acesso em novembro de 2004].

26. _____. Pacto da Atenção Básica. [On Line] Disponível em http://www.portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/psf_info. [Acesso em novembro de 2004].
27. _____. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF. [On Line] Disponível em <http://www.saude.gov.br/proesf>. [Acesso em janeiro de 2005].
28. Calado GS. A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: Principais Avanços e Desafios [Dissertação]. Rio de Janeiro(RJ): Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ; 2002.
29. Capozzolo AA. No olho do furacão: o trabalho médico e o programa saúde da família. [Tese] Campinas(SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.
30. Carvalho CL, Girardi SB. Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa Saúde da Família no Brasil – relatório de pesquisa. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. Universidade Federal de Minas Gerais. Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva. Estação de Pesquisa de sinais de mercado. Belo Horizonte, 2002.
31. Chaves SCL & Vieira da Silva LM. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. Cad. Saúde Pública 2002; 18 (1): 129-139.
32. Conferência Nacional De Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: _____, 8. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 381-9.
33. Conferência Nacional De Saúde Bucal. Relatório final. Brasília: Comitê Executivo da II CNSB, 1993.
34. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad. Saúde Pública 2002; 18 Supl 1: 191-202.
35. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (org). Avaliação em Saúde - dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 2ª edição. Rio de Janeiro. Editora: FIOCRUZ, 1997. p. 29-47.
36. Draibe SM, Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. IN: Barreira MCR, Carvalho MCB (org.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo. Editora: IEE/PUC, 2004. p. 15 – 42.

37. Franco T, Merhy E. PSF: Contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde [On-Line]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>. [Acesso em abril de 2003]
38. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como categoria de Análise. In: Eibenschutz C (org.) Política de Saúde: O Público e o Privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 177 – 197.
39. Laville C, Dionne J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.
40. Leavell H, Clarck EG. Medicina Preventiva. Editora McGraw-Hill do Brasil, 1987.
41. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência & Saúde Coletiva 2001; 6: 269-91.
42. Medina MG, Rosana & Aquino, Carvalho ALB. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. Div. em Saúde para Debate 2000; 21: 15-28.
43. Mendes EV. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP, 1985.
44. _____. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In: _____. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993. p. 19-91.
45. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: _____, Onocko R (org.) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p. 71-112.
46. _____, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos, CM, Rodrigues RA et al . Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: _____, Onocko R. (org.) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p 113 – 150.
47. _____, Franco TB. Programa saúde da família: somos contra ou a favor? Saúde em Debate 2002; 26: 118-22.

48. Mishima SM, Pereira, MJB, Fortuna CM, Matumoto, S. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? - Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: Brasil. Ministério da Saúde. André F et al (org.) Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p 137 – 156.
49. Moysés SJ, Silveira Filho AD. Saúde Bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca. In: Silveira Filho AD, Ducci L, Simão MG, Gevaerd SP(org) Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES, 2002. p 133-161.
50. Narvai PC. Saúde bucal: assistência ou atenção? São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, Mimeografado 1992.
51. _____. Avaliação de ações de saúde bucal. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP. Mimeografado 1996.
52. _____. Odontologia e saúde bucal coletiva. 2ª edição. São Paulo(SP): Santos Editora; 2002.
53. Oliveira AGRC, Souza ECF. A saúde bucal no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: Curso de Mestrado em Odontologia Preventiva e Social UFRN. Odontologia Preventiva e Social – textos selecionados. Natal: EDUFRN, 1997. p. 114-121.
54. _____, Arciei RM, Unfer B. Costa ICC, Moraes E, Saliba, NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. Revista Ação Coletiva 1999; 2 (1): 9-14.
55. Paim JS. Modelos de Atenção e Vigilância à Saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567 – 583.
56. Pine C, Pitts NB, Nugent Z.J. British Association for the study of Community Dentistry (BASCD) guidance on sampling for surveys of child dental health. A BASCD coordinated dental epidemiology programme quality standard. Community Dental Health 1997; 14 Supl 1: 1-17.
57. Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. 4ª edição. São Paulo: Santos, 2000.
58. PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas de Desenvolvimento Humano [On-Line] Disponível em: <http://www.pnud.org.br> [Acesso em março 2004].

59. Rio Grande do Norte. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Dados do repasse dos incentivos financeiros PACS/PSF/Saúde Bucal/Similaridade. Maio de 2003.
60. Rio Grande do Norte. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no Estado do Rio Grande do Norte. Projeto SB Brasil-RN, 2003.
61. Rio Grande do Norte. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Dados do repasse dos incentivos financeiros PACS/PSF/Saúde Bucal/Similaridade. Janeiro de 2005.
62. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva [Tese]. Araçatuba(SP): Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2000.
63. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública 2002; 18 (1): 203-11.
64. Silva Jr. AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.
65. Silveira Filho AD. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. [On line] Disponível em <http://www.saudebucalnobrasil.cjb.net>. [Acesso em maio de 2003].
66. Sousa MF, Fernandes AS, Araújo CL, Fernandes MC. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. Div. em Saúde para Debate 2000; 21: 7-14.
67. Souza DS, Cury JA, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC et al. A Inserção da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Revista Brasileira de Odontologia. Saúde Coletiva 2001; 2: 07-29.
68. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saúde em Debate 2003; 27: 257-77.
69. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad. Saúde Pública 1998; 14: 429-35.
70. Viana ALD, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva 1998; 8: 11-48.

71. Zanetti CHG. As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80 [dissertação]. Rio de Janeiro(RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ; 1993.
72. _____, Lima MAU, Ramos L, Costa MABT. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulgação em Saúde para Debate* 1996; 13: 18-35.
73. _____. OPINIÃO: a inclusão da saúde bucal no PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS [On Line]. Disponível em: [http://www. saudebucalcoletiva.unb.br](http://www.saudebucalcoletiva.unb.br). [Acesso em junho 2003]
74. _____. Atenção básica em saúde bucal – avaliando um ano de qualificação para incentivo federal [On Line]. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/>. [Acesso em setembro de 2003]

ANEXOS

ANEXO A

Questionário aplicado ao Cirurgião-Dentista



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
PREVENTIVA E SOCIAL



QUESTIONÁRIO – CIRURGIÃO-DENTISTA

Município: _____

UF: _____

Data: ____ / ____ / ____

1. Identificação e caracterização da Equipe de Saúde Bucal (ESB) relativa ao Cirurgião-Dentista (CD):

1.1 Relação dos Cirurgiões-Dentistas com o serviço:

a) Já trabalhava no serviço de saúde do município antes de sua inserção na Equipe de Saúde Bucal?

SIM NÃO

Caso afirmativo, há quanto tempo trabalha no serviço de saúde do município? _____

b) Vínculo empregatício na ESB:

Estatutário Contrato Informal Contrato Temporário

CLT Prestação de Serviços Cargo Comissionado

Outros: _____

c) Modalidades de incorporação na ESB:

Concurso Indicação Remanejamento do serviço Remanejamento do

serviço através de seleção Outros: _____

d) Jornada de trabalho semanal contratada na ESB (em horas): _____

e) Jornada de trabalho semanal cumprida na ESB (em horas): _____

1.2 Formação profissional:

a) Pós-graduação na área de saúde coletiva ou áreas afins:

Especialização

Mestrado

Outros _____

() Não possui Pós-graduação na área

b) Tempo de formado (em anos): _____

1.3 Participação em capacitações e instituições:

a) Participação ativa (atualmente) em entidades/equipamentos sociais do município

() Conselho Municipal de Saúde

() Sindicato dos Trabalhadores

() Associação

() Não participa

b) Participação nas capacitações e/ou treinamentos após o ingresso no Programa Saúde da Família (PSF)?

() SIM () NÃO

Caso afirmativo, qual o tipo de capacitação?

() Treinamento Introdutório

() Treinamento Introdutório Específico para Saúde Bucal

() Capacitação em Saúde Bucal para odontólogos da Estratégia de Saúde da Família

() Outros _____

1.4 Salário

a) Salário dos Cirurgiões-Dentistas na ESB (em Reais): _____

2. Acesso da população ao serviço de saúde bucal

a) A ESB possui área de abrangência definida?

() SIM () NÃO

b) Possui o mapeamento dessa área (áreas ou micro-áreas de risco)?

() SIM () NÃO

c) Quais as barreiras geográficas que dificultam o acesso da população aos serviços na Unidade Básica de Saúde (distância, transporte etc.)?

d) Com relação ao Sistema de Referência/Contra-Referência em saúde bucal:

() Existe no próprio município, porém funciona de forma irregular e insuficiente

() Existe no próprio município e funciona de maneira que todas as referências são atendidas

() Não existe no município, e quando o paciente é encaminhado para o município pactuado, geralmente é atendido com agilidade e eficiência.

() Não existe no município, e quando o paciente é encaminhado para o município pactuado, não há garantia de atendimento.

() Não existe no município e não há pactuação em outro município.

e) Como a população da área de abrangência tem acesso às ações de saúde bucal na Unidade Básica de Saúde? (hierarquizar)

() Através do agendamento com ACS ou o ACD

() Através de fichas distribuídas no dia do atendimento (livre demanda)

- Através do acolhimento oferecido pela Unidade
 Outros _____

f) Critério utilizado para estabelecer prioridades de tratamento:

- Através de dados epidemiológicos de saúde bucal coletados junto à população de referência
 Utilização do mapa da área de abrangência identificando as áreas de maior risco
 Não são estabelecidas prioridades no tratamento
 Outros _____

g) O atendimento às urgências é realizado pela ESB na Unidade de Saúde da Família?

- Sempre Esporadicamente Nunca

Caso negativo, para onde o paciente é encaminhado?

h) Durante a espera o paciente participa de ações preventivas e/ou educativas em saúde bucal?

- Sempre Esporadicamente Nunca

i) Na sua opinião, o PSF modificou o acesso aos serviços de saúde bucal?

- SIM NÃO

Por que? _____

3. Organização do Trabalho

a) Motivação para a sua inserção na ESB (hierarquizar):

- Possibilidade de mudanças na prática assistencial
 Maior salário
 Mais prestígio junto aos outros profissionais de saúde
 Falta de emprego
 Outros _____

b) Dificuldades para realizar/desenvolver as atribuições da ESB (hierarquizar):

- Falta de material odontológico de consumo
 Falta de instrumental ou equipamentos odontológicos
 Falta de manutenção dos equipamentos no consultório
 Baixos salários
 Falta de entrosamento com a Equipe de Saúde da Família (ESF)
 Outros _____

c) A ESB participa de reuniões de avaliação/planejamento das ações com a ESF?

- Sempre Esporadicamente Nunca Não há reuniões de planejamento/avaliação das ações

d) A ESB desenvolve ações em conjunto com a ESF?

- Sempre Esporadicamente Nunca

Caso afirmativo, que ações são desenvolvidas?

e) A ESB desenvolve ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal?

Sempre Esporadicamente Nunca

Caso afirmativo, que ações são desenvolvidas?

f) Capacita a ESB (Atendente de Consultório Dentário – ACD - e/ou Agente Comunitário de Saúde - ACS) para a realização de ações de promoção e prevenção em saúde bucal?

Sempre Esporadicamente Nunca

Caso afirmativo, para quais ações o ACD e/ou o ACS são capacitados?

g) Na sua opinião, que fatores dificultam a realização de um trabalho em equipe (ESB e ESF)?

h) Com que frequência as visitas domiciliares são realizadas pelo Cirurgião-Dentista?

Menos de 1 vez por mês 1 vez por mês 2 a 3 vezes por mês 4 vezes ao mês Somente quando necessário Não são realizadas visitas domiciliares

i) No momento da prática clínica:

Há higiene bucal supervisionada e uso de métodos preventivos antes ou após os procedimentos

Há orientação profissional sobre métodos preventivos no momento da consulta

Há prática restauradora tradicional, sem observar aspectos relacionados ao risco e a orientação ao paciente

j) Na relação profissional/paciente:

Há um respeito às necessidades do paciente, sendo que todos que buscam o serviço de saúde bucal recebem algum tipo de atendimento

Observa-se um vínculo entre o profissional e a comunidade assistida, no sentido de um sentimento de maior responsabilidade sobre a mesma

4. Estratégias de Programação

a) Você utiliza dados epidemiológicos para planejamento e avaliação das ações de saúde bucal?

Sempre Esporadicamente Nunca

Caso afirmativo, que tipo de dados epidemiológicos você utiliza?

b) Que ações individuais o CD desenvolve no consultório? (hierarquizar)

Exodontia Restaurações simples Procedimentos básicos de periodontia
Orientação de Higiene Oral Orientação da Dieta Evidenciação de Placa Bacteriana
 Aplicação tópica de flúor Outros _____

c) Que ações coletivas a ESB desenvolve? (hierarquizar)

Palestras sobre saúde bucal Aplicação tópica de flúor Evidenciação de placa bacteriana
 Escovação supervisionada Trabalhos lúdicos com as crianças
Outros _____

d) Em que local elas são realizadas?

Escolas Creches Associações Conselhos comunitários

e) Quanto à população que não se encontra nesses espaços institucionalizados citados anteriormente, como são cobertas pelas medidas coletivas?

f) É realizada avaliação para saber se as metas em saúde bucal estão sendo atingidas?

Sempre Esporadicamente Nunca

Caso afirmativo, qual(is) instrumento(s) utilizado(s) para avaliação?

g) Na sua opinião o PSF introduziu avanços na assistência à saúde bucal no seu município?

SIM NÃO

Por que _____

ANEXO B

Questionário aplicado ao gestor



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
PREVENTIVA E SOCIAL



QUESTIONÁRIO – COORDENADOR DE SAÚDE BUCAL; GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE

Município: _____

UF: _____

Data: ____ / ____ / ____

1. Caracterização do gestor e da implantação da saúde bucal no PSF:

a) Formação Profissional: _____

b) Tempo que trabalha no serviço como coordenador/gestor: _____

c) Tempo de implantação do Programa de Saúde na Família (PSF) no município (em anos): _____

d) Tempo de funcionamento da 1ª Equipe de Saúde Bucal (ESB) implantada no PSF no município (em anos): _____

e) Motivos para a implantação da saúde bucal no PSF: (hierarquizar)

() Incentivo financeiro do Ministério da Saúde para a ESB

() Possibilidade de mudar o modelo assistencial em saúde bucal no município atendendo aos princípios do SUS

() Possibilidade de criação de novos empregos para o Cirurgião-Dentista

() Ampliação da oferta de recursos humanos capacitados para a população

() Outros _____

f) Para a realização das ações de saúde bucal o incentivo financeiro do Ministério da Saúde pode ser considerado como:

() Muito necessário () Necessário () Sem necessidade

Por que? _____

g) As instalações da ESB:

A Unidade Básica de Saúde (UBS) foi reorganizada fisicamente para instalar a ESB

A UBS não sofreu reformas na estrutura física, pois já havia instalações físicas para a ESB antes de seu ingresso no PSF

Outros _____

2. Acesso da população aos serviços de saúde bucal:

a) Quantidade de Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas no município até 2004: _____

b) Quantidade de ESB implantadas no município até 2004: _____

c) Cobertura populacional das ESF em 2004: _____

d) Cobertura populacional das ESB em 2004: _____

e) As instalações da ESB ficam próximas às residências da sua área de abrangência?

SIM NÃO Não sabe Algumas residências ficam muito distantes

f) Como a população da área de abrangência tem acesso às ações de saúde bucal na Unidade Básica de Saúde? (hierarquizar)

Através do agendamento com ACS ou o ACD

Através de fichas distribuídas no dia do atendimento (livre demanda)

Através do acolhimento oferecido pela Unidade

Outros _____

g) Em caso de necessidade de tratamento na Atenção Secundária ou Terciária (em saúde bucal), o paciente é referenciado para uma Unidade de Saúde:

No próprio município

Em outro município pactuado através da PPI

Não existe o referenciamento no município

Não sabe

h) O Sistema de Referência Contra-Referência em saúde bucal funciona no seu município?

Funciona adequadamente

Funciona precariamente

Não funciona

Que dificuldades você identifica para que o referenciamento e contra-referenciamento seja realizado?

i) Ao chegar no serviço à procura de atendimento odontológico, se o paciente não conseguir ficha ou não estiver agendado para aquele dia, que orientações ele recebe?

3. Organização do Trabalho:

a) Como a Secretaria Municipal de Saúde promove a capacitação dos membros da ESF/ESB?

Através de parcerias com a Secretaria Estadual de Saúde

Através de parcerias com as Universidades

Através de parcerias com outras entidades

Quais? _____

Não promove capacitações

b) É realizada fiscalização do cumprimento pela ESB da carga horária?

SIM NÃO

Caso afirmativo, como se realiza essa fiscalização? _____

c) A Secretaria Municipal de Saúde desenvolve ações intersetoriais na saúde bucal através da ESB?

SIM NÃO

Caso afirmativo, que tipo de ações são desenvolvidas? _____

4. Estratégias de Programação:

a) Existe algum protocolo definido para as ações da ESB?

Sim, um protocolo definido pelo Ministério da Saúde (Normas e Diretrizes)

Sim, um protocolo definido no próprio município com diretrizes específicas

Não existe protocolo para as ações da ESB

b) Já realizou algum levantamento epidemiológico em saúde bucal?

SIM NÃO

Caso afirmativo, que tipo de levantamento foi realizado? _____

c) Quais ações em saúde bucal (promocionais, preventivas, curativas) foram introduzidas após a inclusão da saúde bucal no PSF?

d) Os dados do Siab são utilizados para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde bucal no âmbito do PSF?

SIM Quais? _____

NÃO

e) É realizada avaliação para saber se as metas em saúde bucal estão sendo atingidas?

Sempre Esporadicamente Nunca

Caso afirmativo, qual(is) instrumento(s) utilizado(s) para avaliação?

f) Na sua opinião o PSF introduziu avanços na assistência à Saúde Bucal no seu município?

SIM NÃO

Por que

ANEXO C

Roteiro para observação estruturada



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
PREVENTIVA E SOCIAL



ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO ESTRUTURADA

1. Capacidade Instalada:

- Sala de acolhimento
- Espaço para consultório odontológico
- Espaço para atividades educativas e promocionais (palestras, vídeos)
- Escovódromo
- Espaço para reuniões da Equipe de Saúde Bucal

2. Equipamentos Odontológicos:

- Cadeira odontológica - quantidade: _____
- Compressor
- Estufa ou autoclave
- Amalgamador
- Aparelho fotopolimerizador

3. Instrumental e material de consumo:

- a) Instrumental básico para exame clínico
 - Suficiente Insuficiente Não existe
- b) Instrumental para dentística
 - Suficiente Insuficiente Não existe
- c) Instrumental básico para periodontia
 - Suficiente Insuficiente Não existe
- d) Instrumental cirúrgico básico
 - Suficiente Insuficiente Não existe
- e) Material para educação em saúde bucal
 - Suficiente Insuficiente Não existe
- f) Material de consumo básico (algodão, gaze, álcool etc)
 - Suficiente Insuficiente Não existe
- g) Material de biossegurança (máscara, luva etc.)
 - Suficiente Insuficiente Não existe

ANEXO D

Valores do Pacto da Atenção Básica nos municípios da amostra. Rio grande do Norte, 2000.

MUNICÍPIO	1ª CONSULTA	PROC. COLETIVOS	% EXODONTIA/ AÇÕES INDIVIDUAIS
CAICÓ	20,15	0,01	19,62
CANGUARETAMA	1,19	0	28,12
FELIPE GUERRA	28,28	0	76,01
JOÃO CÂMARA	20,85	0	29,26
JUCURUTU	3,22	0	20,2
LAGOA NOVA	26,6	0,71	4,82
MARCELINO VIEIRA	3,52	0	28,06
MOSSORÓ	24,62	0	17,09
NATAL	35,72	0,01	8,99
PARNAMIRIM	15,64	0	38,53
PAU DOS FERROS	35,97	0,02	31,78
PEDRO VELHO	7,75	0	42,88
PUREZA	74,41	0	60,94
RIO DO FOGO	21,74	0	0
SÃO J. DO CAMPESTRE	4,99	0	36,04
SÃO MIGUEL	14,58	0,01	44,2
SÃO P. DO POTENGI	59,07	0	18,01
TENENTE L. CRUZ	2,06	0	39,9
TOUROS	36,98	0,04	35,78

Fonte: Pacto da Atenção Básica, 2000

ANEXO E

Valores do Pacto da Atenção Básica nos municípios da amostra.

Rio Grande do Norte, 2001.

MUNICÍPIO	1ª CONSULTA	PROC. COLETIVOS	% EXODONTIA/ AÇÕES INDIVIDUAIS
CAICÓ	14,93	0,01	17,05
CANGUARETAMA	1,8	0,3	28,9
FELIPE GUERRA	26,67	0,05	52,66
JOÃO CÂMARA	21,71	0	34,15
JUCURUTU	3,66	0	40,13
LAGOA NOVA	30,53	0,08	3,55
MARCELINO VIEIRA	4,48	0	50,31
MOSSORÓ	24,46	0	17,94
NATAL	26,05	0,01	7,55
PARNAMIRIM	33,1	0	25,82
PAU DOS FERROS	27,79	0,02	33,67
PEDRO VELHO	10,34	0	67,91
PUREZA	43,82	0	35,9
RIO DO FOGO	51,48	0	0
SÃO J. DO CAMPESTRE	5,8	0	26,65
SÃO MIGUEL	5,13	0,03	52,49
SÃO P. DO POTENGI	58,73	0,09	7,81
TENENTE L. CRUZ	14,27	0	50,8
TOUROS	27,44	0,22	24,7

Fonte: Pacto da Atenção Básica, 2001

ANEXO F

Valores do Pacto da Atenção Básica nos municípios da amostra.

Rio Grande do Norte, 2002.

MUNICÍPIO	1ª CONSULTA	PROC. COLETIVOS	% EXODONTIA/ AÇÕES INDIVIDUAIS
CAICÓ	18,49	0,02	12,12
CANGUARETAMA	6,23	0,08	17,83
FELIPE GUERRA	20,24	0	27,15
JOÃO CÂMARA	20,5	0	32,63
JUCURUTU	4,58	0,01	31,82
LAGOA NOVA	26,42	0,03	0
MARCELINO VIEIRA	4,03	0	32,12
MOSSORÓ	32,04	0,01	11,7
NATAL	24,47	0	7,03
PARNAMIRIM	34,5	0,01	19,95
PAU DOS FERROS	22,53	0,1	36,16
PEDRO VELHO	10,67	0	50,44
PUREZA	45,89	0,16	36,29
RIO DO FOGO	47,51	0,08	9,82
SÃO J. DO CAMPESTRE	7,65	0	26,99
SÃO MIGUEL	9,09	0,08	36,89
SÃO P. DO POTENGI	47,14	0,15	7,94
TENENTE L. CRUZ	22,68	0	40,07
TOUROS	30,37	0,1	26,34

Fonte: Pacto da Atenção Básica, 2002

ANEXO G

Valores do Pacto da Atenção Básica nos municípios da amostra.

Rio Grande do Norte, 2003.

MUNICÍPIO	1ª CONSULTA	PROC. COLETIVOS	% EXODONTIA/ AÇÕES INDIVIDUAIS
CAICÓ	20,91	0,02	17,51
CANGUARETAMA	5,84	0,02	22,76
FELIPE GUERRA	4,37	0,02	59,1
JOÃO CÂMARA	12,61	0	68,03
JUCURUTU	5,3	0	36,47
LAGOA NOVA	22,32	0,03	165,02
MARCELINO VIEIRA	2,79	0	29,36
MOSSORÓ	30,17	0,02	10,41
NATAL	23,45	0,01	9,26
PARNAMIRIM	27,73	0	17,75
PAU DOS FERROS	29,75	0,18	38,38
PEDRO VELHO	4,38	0	470,51
PUREZA	13,64	0,11	36,91
RIO DO FOGO	35,92	0,03	68,62
SÃO J. DO CAMPESTRE	8,14	0,01	38,63
SÃO MIGUEL	0	0,05	0
SÃO P. DO POTENGI	48,27	0,09	8,48
TENENTE L. CRUZ	12,66	0	23,95
TOUROS	25,62	0,08	69,55

Fonte: Pacto da Atenção Básica, 2003

ANEXO H

Valores do indicador nº de procedimentos por habitante/ano nos municípios da amostra nos períodos de 2000 a 2003. Rio Grande do Norte, 2004.

MUNICÍPIO	2000	2001	2002	2003
CAICÓ	0,56	0,57	0,65	0,89
CANGUARETAMA	0,43	0,58	0,63	0,49
FELIPE GUERRA	0,40	0,55	1,08	0,57
JOÃO CÂMARA	0,27	0,24	0,22	0,17
JUCURUTU	0,26	0,37	0,37	0,31
LAGOA NOVA	0,65	0,29	0,13	0,31
MARCELINO VIEIRA	0,17	0,07	0,09	0,08
MOSSORÓ	0,70	0,70	0,97	1,14
NATAL	1,23	1,07	0,99	1,08
PARNAMIRIM	0,31	0,18	0,35	0,48
PAU DOS FERROS	0,88	0,51	0,34	0,85
PEDRO VELHO	0,08	0,11	0,01	0,06
PUREZA	0,64	0,76	0,70	0,23
RIO DO FOGO	0,62	1,22	1,02	0,61
SÃO J. DO CAMPESTRE	0,43	0,51	0,49	0,70
SÃO MIGUEL	0,86	0,31	0,66	0
SÃO P. DO POTENGI	0,51	0,90	0,74	0,92
TENENTE L. CRUZ	0,61	0,54	1,03	0,52
TOUROS	0,33	0,14	0,38	0,32

Fonte: SIA

ANEXO I

Descrição do cálculo dos indicadores do Pacto da Atenção Básica e do nº de Procedimentos por habitante/ano

Indicador	Cálculo
Primeira consulta odontológica	Numerador: número total de primeiras consultas odontológicas Denominador: população
Procedimentos coletivos	Numerador: média anual de população coberta por procedimentos odontológicos coletivos Denominador: população de 0 a 14 anos do referido ano
Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais	Numerador: total de exodontia de dentes permanentes Denominador: total de ações básicas individuais
Número de procedimentos por habitante/ano	Numerador: total de procedimentos no ano – (nº procedimentos coletivos + nº de primeiras consultas) Denominador: população do referido ano

ANEXO J

Descrição das classificações Insatisfatória, Pouco Satisfatória e Satisfatória de acordo com as categorias e sub-categorias

Categoria	Descrição	Insatisfatória (I)	Pouco Satisfatória (PS)	Satisfatória (S)
RELAÇÕES DE TRABALHO	Salário ¹ + Vínculo contratual + Forma de contratação + Jornada de Trabalho	1. Salário insatisfatório + Temporário + Indicado+ Sem contrato para 40 h ou não cumpre 40h ou cumpre 40h 2. Salário pouco satisfatório + Temporário + Indicado + Não cumpre 40 h	1. Salário pouco satisfatório ou satisfatório + Temporário + Indicado + Cumpre 40 h 2. Salário pouco satisfatório ou satisfatório + CLT ou estatutário + Indicado ou Selecionado + Sem contrato para 40h ou não cumpre 40h ou cumpre 40h	1. Salário satisfatório + CLT ou estatutário +selecionado + cumpre 40 h
ACESSO	Estratégias de Territorialização	Não possui estratégias de territorialização e adscrição nem mapeamento da área	Possui estratégias de territorialização e adscrição, porém não tem mapeamento da área.	Possui estratégias de territorialização e adscrição e mapeamento da área
	Cobertura ²	16% -- 41,78%	41,78% -- 67,6%	67,6% -- 100%
	Sistema de Referência e Contra-Referência (SRCR)	O SRCR não funciona, segundo dentistas e gestores	O SRCR funciona precariamente, segundo gestores e dentistas, ou há discordância sobre o funcionamento do SRCR entre os dentistas e os gestores ³ .	O SRCR funciona adequadamente, segundo gestores e dentistas
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	Reunião em equipe	Não há reuniões em equipe ou não participa delas	Participa esporadicamente das reuniões em equipe	Sempre participa das reuniões em equipe
	Ações em Equipe	Não desenvolve ações em equipe	Desenvolve esporadicamente ações em equipe	Sempre desenvolve ações em equipe
	Intersetorialidade	Não há ações intersetoriais ou relata ações que não correspondem à ações intersetoriais	Relata ações que embora ocorram em outros espaços (que não a unidade), não possuem articulação intersetorial	Existe articulação com outras secretarias
ESTRATÉGIAS DE PROGRAMAÇÃO	Diagnóstico epidemiológico	Não realizado pelo município	Realizado pelo município, porém não utilizado pelo dentista ou realizado somente pelo dentista	Realizado pelo município e utilizado pelo dentista
	Ações Individuais	Não realiza ações individuais ou só faz exodontias		Realiza procedimentos restauradores e preventivos
	Ações Coletivas	Não realiza		Realiza
	Avaliação	Não realiza avaliação	Avaliação realizada somente pelo gestor ou somente pelo dentista	Avaliação realizada pelos gestores e dentistas
DOCUMENTAÇÃO	Documentos de registro, relatórios, projetos, protocolos de atendimento	Não há qualquer tipo de documento	Há documentos de registro ou relatórios ou projetos	Há documentos de registros ou protocolos de atendimento
INFRA-ESTRUTURA OBSERVADA ⁴	Estrutura física, instrumentos, equipamentos	Inadequada	Moderadamente adequada	Adequada

1. Intervalos para categorização dos salários. Insatisfatório (I): 500,00 |-- 1324; Pouco Satisfatório (PS): 1324,00 |-- 2800,00; Satisfatório (S): 2.800,00 |-- 3.272,00. Categorização levando em consideração os quartis 25 e 75 dos valores encontrados na amostra.

2. Intervalos estabelecidos de acordo com os percentis 33 e 66 de acordo com os valores encontrados na amostra.

3. Foram consideradas discordâncias em casos onde, por exemplo, o gestor afirma que o SRCR funciona adequadamente e por outro lado o dentista afirma que o mesmo não existe.

4. Ver Quadro 4 no item da observação direta que descreve as categorias Inadequada, Moderadamente Adequada e Adequada.