



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Odontologia
Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Área de Concentração Saúde Coletiva



Avaliação longitudinal do impacto da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Natal/RN

LIDIANY VASCONCELOS LEITÃO

Natal,RN
Maio, 2011

Lidiany Vasconcelos Leitão

**Avaliação longitudinal do impacto da Saúde Bucal na Estratégia
Saúde da Família em Natal/RN**

**Pesquisa apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Odontologia área de concentração Saúde Coletiva,
da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
como requisito para obtenção de grau de mestre.**

Orientador: Prof. Dr. Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira

Natal/RN
Maio, 2011

Catálogo na Fonte. UFRN/ Departamento de Odontologia
Biblioteca Setorial de Odontologia “Profº Alberto Moreira Campos”.

Leitão, Lidiany Vasconcelos.

Avaliação longitudinal do impacto da saúde bucal na estratégia saúde da família em Natal/RN /Lidiany Vasconcelos Leitão. – Natal, RN, 2011.
78 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira.

Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

1. Saúde bucal – Dissertação. 2. Avaliação de serviços da saúde – Dissertação. 3. Programa saúde da família – Dissertação. 4. Sistema único de saúde – Dissertação. I. Oliveira, Angelo Giuseppe Roncalli da Costa. II. Título.

RN/UF/BSO

Black D585

DEDICATÓRIA

*A meu filho Enzo e minha avó
Vevinha (in memoriam) que, em dado
momento desta trajetória, seguiam
em sentidos opostos de início e
término da vida mas que, com igual
magnitude, representam fortes
alicerces e ensinamentos para mim.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por iluminar a trajetória percorrida cuidando para que as oportunidades surgidas fossem adequadamente aproveitadas.

Aos meus pais Lourdinha e Wilson Vasconcelos pelo apoio inestimável na retaguarda. Contribuindo sobremaneira com essa conquista através de amor, dedicação e sapiência, pilares para a minha formação como pessoa.

Ao meu marido Wagner Leitão pela paciência e compreensão nos momentos de ausência e oscilações de humor inerentes ao trabalho desenvolvido. Palavras seriam insuficientes para externar a minha gratidão e felicidade por ter você como companheiro.

Ao meu filho Enzo Vasconcelos que na sua pequenez e inocência não imagina o quanto representou de força e estímulo para prosseguir.

Aos meus sogros Maria dos Anjos e José Leitão, que direta e indiretamente, foram importantes figuras de apoio.

À minha sobrinha Marina pela inocência e doçura inconscientes mas que ajudam a dar mais sentido à vida.

À minha tia e madrinha Vanilda Vasconcelos pela torcida e carinho sinceros que muito me inspirou na realização desse projeto.

Ao meu orientador Prof^o Dr^o Angelo Giuseppe Roncalli pela paciência e sabedoria na condução desse processo. Obrigada por ter transformado o ambiente de construção desse trabalho em um espaço de grande conquista de conhecimentos e serenidade. Isso só seria possível sob a orientação de alguém com imensa competência e liderança. Minha gratidão e admiração.

À Prof^a Carmen Pereira pela fundamental contribuição que exerceu nessa trajetória através de sua Co-Orientação e Co-Participação. O meu muito Obrigada.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFRN pela colaboração intelectual que forneceram ao longo do caminho.

Ao Profº Luís Noro que muito ajudou no aperfeiçoamento desse estudo através do seu olhar criterioso. Sou grata também pela atenção e disponibilidade ofertadas no transcorrer da Disciplina Práticas de Ensino. Foi um prazer conhecê-lo.

Aos meus colegas de turma pelo tratamento sempre respeitoso e carinhoso que me dispensaram.

À minha amiga Ângela Medeiros que talvez inconscientemente não saiba a importância que representou o seu incentivo para que eu pudesse enfrentar esse desafio.

À Graziela Piuvezam pelo apoio e palavras de estímulo proferidas, valiosas para buscar essa conquista.

À CAPS, a minha gratidão.

À Secretaria Municipal de Saúde de Natal na pessoa de Vera Castro pela importante colaboração com o fornecimento de informações indispensáveis ao trabalho.

Aos demais funcionários da Secretaria Municipal de Natal, em especial os Agentes Comunitários de Saúde, pela atuação no campo de pesquisa realizando a coleta dos dados.

A todos os anônimos entrevistados que foram peças essenciais na concretização desse projeto.

*Precisamos estar
dispostos
A nos livrar da vida que
planejamos,
Para podermos viver a
vida que nos espera.
A pele velha tem que cair
Para que uma nova possa
nascer.*

(Joseph Campbell)

Resumo

Como resultado do incentivo financeiro estabelecido pela Portaria GM/MS nº 1.444, desde 2000, o Brasil tem apresentado um aumento substancial do número de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Há, no entanto, evidências de que essas equipes vêm produzindo experiências qualitativamente diferentes que não se traduzem, necessariamente, em melhorias na qualidade de vida e saúde da população. Desse modo, pesquisas avaliativas assumem grande relevância. Este estudo se propõe a avaliar o impacto da Estratégia Saúde da Família na saúde bucal da população natalense numa perspectiva longitudinal dos anos 2006 e 2009. Trata-se de um estudo de intervenção cujo desenho é um ensaio comunitário em paralelo, quase randomizado. A amostra constou de setores censitários cobertos pelas Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e pelo Modelo Tradicional (Unidades Básicas de Saúde com e sem ESF, com Programa de Agentes Comunitários de Saúde e áreas não cobertas). A amostra foi definida por sorteio de dez setores censitários para compor o grupo experimental e outros dez setores para o grupo controle através de emparelhamento intencional baseando-se no perfil sócio-econômico e geográfico. Para verificar o efeito líquido da intervenção foi realizada análise multivariada através da Regressão de Poisson. Como resultado da análise transversal do ano 2009, verificou-se que os efeitos da ESF em Natal foram satisfatórios apenas para as variáveis de agravos sendo sem efeitos para as demais e com impacto negativo na cobertura de ações recuperadoras. Contudo a análise longitudinal revelou que as ESB/ESF melhoraram seu desempenho nas questões relativas aos agravos, acesso e tipo de cobertura das ações e este fato independe da idade, sexo e condições sociais e econômicas. Em outras palavras, estão relacionadas com a presença da Estratégia Saúde da Família na região. Todavia ainda não cabe afirmar que ambos os modelos em estudo (Estratégia de Saúde da Família e Modelo Tradicional) são diferentes do ponto de vista da atuação. Desse modo, é pertinente a reflexão sobre a necessidade de elaboração de mais estudos avaliativos que utilizem outras abordagens capazes de esclarecer as dinâmicas do processo cujos resultados possam chegar ao conhecimento dos atores responsáveis pela condução da ESF e motivá-los a incorporar a avaliação no seu cotidiano.

DESCRITORES: Saúde Bucal, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde, Programa Saúde da Família, Avaliação de Impacto, SUS, Odontologia em Saúde Pública, Indicadores de Saúde.

Abstract

As a result of the financial incentive provided by the GM / MS 1.444, since 2000, Brazil has experienced a substantial increase in the number of oral health services at the Family Health Strategy. There is, however, evidence that these teams have produced qualitatively different experiences which do not translate necessarily into improved quality of life and health. Thus, evaluative research of great importance. This study aims to assess the impact of the Family Health Strategy in oral health in a longitudinal perspective natalense the years 2006 and 2009. This is an intervention study whose design is a community trial in parallel, nearly randomized. The sample consisted of census tracts covered by oral health teams in the Family Health and the Traditional Model (Basic Health Units and non-FHS Program of Community Health Agents and areas not covered.) The sample was determined by drawing ten census tracts to form the experimental group and ten other sectors for the control group by pairing intentional based on socio-economic and geographic. To check the net effect of the intervention was performed multivariate analysis by Poisson regression. As a result of cross-sectional analysis of year 2009, it was found that the effects of the ESF in Natal were satisfactory only for the variables of injuries and for other purposes without and with negative impact on stock coverage reclaimers. However, the longitudinal analysis revealed that the ESB / ESF improved their performance in dealing with grievances, access and coverage of the type of actions and this fact is independent of age, sex and social and economic conditions. In other employees' words are related to the presence of the Family Health Strategy in the region. However it does not say that both models under study (the Family Health Strategy Model and Traditional) are different in terms of performance and it is pertinent to reflect on the need for further development of evaluation studies that use other approaches able to clarify the dynamics of the process whose results can come to the knowledge of the actors responsible for leading the ESF and encourage them to incorporate the assessment in their routine.

KEY WORDS: Oral Health Program Evaluation Project Health Assessment Health Services, Family Health Program, Impact Assessment, SUS, Public Health Dentistry, Health Indicators.

Lista de Abreviaturas

ACS- Agente Comunitário de Saúde
AMQ- Avaliação para Melhoria da Qualidade
ASB- Auxiliar de Saúde Bucal
CAA- Coordenação de Acompanhamento e Avaliação
CAPs- Caixas de Aposentadorias e Pensões
CD- Cirurgião-Dentista
CPO- Cariado, Perdido e Obturado
DAB- Departamento de Atenção Básica
ESB- Equipe de Saúde Bucal
ESF- Estratégia Saúde da Família
IAPS- Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH- Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MS- Ministério da Saúde
NOAS- Normas Operacionais De Assistência à Saúde
NOB- Norma Operacional Básica
OMS- Organização Mundial de Saúde
OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde
PACS- Programa de Agente Comunitário de Saúde
PCAT- Primary Care Assessment Tool
PNAD- Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar
PROESF- Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF- Programa Saúde da Família
SAS- Secretaria de Assistência à Saúde
SB-PSF- Saúde Bucal- Programa Saúde da Família
SEMTUR- Secretaria Municipal de Turismo
SESP- Serviços Especiais de Saúde Pública
SIM- Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC- Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS- Sistema Único de Saúde
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB- Técnico em Saúde Bucal
UBS- Unidade Básica de Saúde

Lista de Figuras

Figura 1. Demonstrativo da distribuição amostral de acordo com os grupos do estudo

Figura 2. Distribuição da amostra segundo faixa etária e tipo de cobertura. Natal/RN, 2009.

Lista de Quadros

Quadro 1. Descrição das variáveis utilizadas para a construção do indicador agregado.

Quadro 2. Demonstrativo das variáveis utilizadas no estudo. Natal/RN, 2009

Quadro 3. Distribuição dos indivíduos pesquisados segundo setor censitário e tipo de cobertura em Natal/RN, 2009.

Lista de Tabelas

Tabela 1. Demonstrativo do tamanho final da amostra.

Tabela 2. Distribuição dos indivíduos pesquisados segundo situação da coleta de dado e o tipo de cobertura em Natal-RN, 2009.

Tabela 3. Medidas de tendência central e dispersão das variáveis sócio-demográficas em áreas cobertas pelas ESB/ESF e pelo Modelo Tradicional em Natal/RN, 2009.

Tabela 4. Distribuição por sexo em áreas cobertas pelas ESB/ESF e pelo Modelo Tradicional em Natal/RN, 2009.

Tabela 5. Associação entre as variáveis confundidoras e as variáveis dependentes. Natal/RN, 2009.

Tabela 6. Comparação entre os modelos de cobertura e indicadores de saúde bucal. Natal/RN, 2009.

Tabela 7. Morbidade dentária auto-referida segundo a faixa etária em áreas cobertas pelas ESB/ESF e pelo Modelo Tradicional em Natal/RN, 2009.

Tabela 8. Consulta ao dentista no último ano segundo a faixa etária em áreas cobertas pelas ESB/ESF e pelo Modelo Tradicional em Natal/RN, 2009.

Tabela 9. Prevalência de dor de dente segundo a faixa etária em áreas cobertas pelas ESB/ESF e pelo Modelo Tradicional em Natal/RN, 2009.

Tabela 10. Resultados dos indicadores de saúde bucal em áreas com ESB/ESF e o Modelo Tradicional nos anos 2006 e 2009. Natal/RN.

Sumário

Abstract	9
Lista de Abreviaturas	10
Lista de Figuras	11
1. Introdução	13
2. Objetivos	15
2.1. Geral	15
2.2. Específicos	15
3. Revisão da Literatura	16
3.1. A Trajetória das Políticas Públicas de Saúde no Brasil	16
3.2. A incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família	24
3.3. Avaliando o impacto da Estratégia Saúde da Família	29
4. Metodologia	36
4.1. Cenário do estudo: o município do Natal/RN	36
4.2. Tipologia e Desenho do Estudo	37
4.3. Definição das Unidades Amostras	38
4.4. Critérios de inclusão e exclusão	38
4.5. Alocação dos dados amostrais	39
4.6. Variáveis	40
4.7. Tamanho da Amostra	40
4.8. Alocação dos elementos amostrais	41
4.9. Instrumentos e estratégias de coleta de dados	42
4.10. Análise dos dados	42
4.11. Implicações éticas	43
5. Resultados	44
5.1. Análise descritiva	44
5.2. Análise Multivariada	48
6. Discussão	56
7. Conclusão	66
8. Referências Bibliográficas	68
9. Apêndices	75

1. Introdução

Foi por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988 que foram estabelecidas as diretrizes para o Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas à redução das iniquidades existentes entre os direitos garantidos por lei e a capacidade concreta de oferta de serviços públicos de saúde à população brasileira. Desde então, o SUS e os modelos de atenção à saúde no país sofreram diversas transformações culminando na implantação do Programa Saúde da Família em 1994 com o intuito de reorganizar a atenção básica apoiando-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação popular que norteiam as ações no SUS.

Somente seis anos após a implantação do Programa, houve a inserção da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família a partir da Portaria GM/MS nº 1.444 de 28 de Dezembro de 2000 em que foi estabelecido um incentivo financeiro com o propósito de reorganizar a atenção básica em saúde bucal prestada pelos municípios. Desde então, é notória a expansão das equipes por todo o país em caráter exponencial.

Apesar da crescente expansão da ESF, alguns estudos revelam que a equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família vem produzindo experiências qualitativamente diferentes e, em muitos casos, reproduzindo o modelo tradicional em uma nova roupagem não representando, portanto, melhoria na qualidade de saúde e de vida da população^{1,48,59}.

Este fato aponta para a necessidade da institucionalização dos processos de avaliação e monitoramento dentro dos serviços de saúde uma vez que a escassa literatura sobre o tema revela que pouco tem sido feito para monitorar a inclusão em questão e avaliar seus impactos na saúde das pessoas².

A Avaliação de Impacto é a denominação dada aos estudos cujo objetivo é verificar se determinados programas estão respondendo positivamente ao que foi proposto e aferir seus efeitos. Este tipo de investigação na esfera pública é permeado por vários aspectos que vão desde o conhecimento da relação entre as condições, meios e resultados da intervenção bem como sua eficácia, eficiência e responsabilização da referida política até a detecção de obstáculos para, a partir daí, orientar alternativas corretivas buscando a melhoria da qualidade do seu processo de implementação e desempenho³².

Segundo Bodstein ¹² a avaliação em saúde ganha relevância a partir de 2000 em torno da metodologia de avaliação de desempenho proposta pela OMS. No Brasil os estudos de linha de base iniciados a partir de 2005 aparecem como um componente importante para o processo de institucionalização da avaliação em saúde no País.

Em se tratando de saúde bucal, esses estudos são ainda pouco frequentes e alguns trabalhos já realizados apresentam, em sua maioria, uma característica transversal. Sendo assim, as pesquisas longitudinais ganham espaço na medida em que se torna oportuno avaliar as mudanças ocorridas ao longo do tempo além da necessidade de se compreender os determinantes desse processo.

Patrício ⁶² investigou a ocorrência de impacto do PSF sobre o perfil da saúde bucal da população natalense no ano de 2006 utilizando uma metodologia semelhante à deste trabalho. Concluiu que o Programa está exercendo pouco efeito sobre os indicadores de saúde bucal.

Diante do exposto, este estudo se propõe a avaliar as mudanças no perfil do impacto da implantação da equipe de saúde bucal na ESF no município de Natal/RN após três anos da verificação da primeira avaliação de impacto.

2. Objetivos

2.1. Geral

Avaliar as mudanças no perfil do impacto da implantação da equipe de saúde bucal na ESF no município de Natal/RN após três anos da verificação da primeira avaliação de impacto.

2.2. Específicos

- a) Avaliar o impacto da Estratégia Saúde da Família sobre a utilização de serviços odontológicos ofertados à população do município de Natal/RN no ano de 2009;
- b) Avaliar o impacto da Estratégia Saúde da Família sobre agravos à saúde bucal (dor, sangramento gengival e lesões de boca) na população residente no município de Natal/RN em 2009;
- c) Avaliar o impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de cobertura das ações curativo-restauradoras e preventivas na população residente no município de Natal/RN em 2009;
- d) Avaliar o perfil do impacto da Estratégia Saúde da Família sobre a Saúde Bucal na população de Natal/RN no período de 2006 e 2009.

3. Revisão da Literatura

3.1. A Trajetória das Políticas Públicas de Saúde no Brasil

A saúde de uma população é reflexo das suas condições de existência sendo determinada por fatores sociais e econômicos resultantes da maneira como está organizada a relação entre o Estado e a sociedade. Ao Estado, cabe a função de promover políticas públicas que busquem a melhoria da qualidade de vida da sociedade, dentre elas, encontram-se as políticas públicas de saúde.

Entendendo essa íntima associação da saúde com seus determinantes sociais e econômicos torna-se possível perceber que ao longo da trajetória percorrida, a saúde brasileira expressou um comportamento que buscava atender aos interesses mercadológicos e políticos de cada contexto histórico.

Após a Proclamação da República, em 1889, o Brasil se insere no contexto do capitalismo mundial a partir da economia exportadora do café e, influenciado pelo poder das oligarquias cafeeiras surge a necessidade de políticas públicas orientadas para a preservação da força de trabalho. Conforme Medeiros-Junior e Roncalli ⁴⁹ as ações eram especialmente direcionadas para a melhoria das condições sanitárias das áreas denominadas vitais para a economia nacional, ou seja, as cidades, estradas, ferrovias e portos, principalmente os do Rio de Janeiro e Santos.

As precárias condições de industrialização e urbanização brasileiras do início do século XX determinam a profunda crise social e sanitária que se refletiu na economia, antes voltada para o saneamento do espaço de circulação das mercadorias, por meio de medidas vacinais em massa, passa a caracterizar-se, a partir de 1920, como uma economia industrial, com a atenção voltada ao indivíduo, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva ⁷³.

A partir da década de 30, o Brasil experimentou as propostas das CAPs (Caixa de Aposentadorias e Pensões), IAPs (Institutos de Aposentarias e Pensões) e INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) que mantinham uma vinculação com a previdência social e eram caracterizadas pela exclusão social, desigualdade e poucos recursos onde apenas os trabalhadores de categorias reconhecidas pelos meios legais e contribuintes da previdência tinham acesso à assistência médica. Esse quadro contribuiu para a hegemonia do

modelo médico-assistencial com característica curativa, individual, médico-hospitalar e centralizada⁷³.

Esse modelo de atenção passou a sofrer duras críticas mais fortemente na década de 70 e 80, período marcado pelos movimentos em prol da Reforma Sanitária decorrente de um processo histórico de lutas impulsionadas por um ideal de redemocratização e redefinição da cidadania com o envolvimento de vários segmentos sociais⁷³.

O cenário político na época consistia na campanha das “Diretas Já” notabilizando-se por mobilizações populares que reivindicavam as eleições diretas para Presidente da República em repúdio à ditadura militar. Mello e Landmann citados por Narvai e Frazão⁵⁰ enfatizam, ainda, que o movimento pela Reforma Sanitária se articulou durante o período mais difícil da ditadura, momento em que eram crescentes as ações e serviços de saúde estreitamente ligadas ao setor previdenciário.

Portanto, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, como resultado desses movimentos sociais, foi criado o Sistema Único de Saúde regulamentada pela Lei 8.080 de 19/09/1990 estabelecendo a ruptura com a dicotomização “saúde pública” e “saúde previdenciária”⁵⁴.

Antecedendo este fato, em 1978 foi realizada a Declaração de Alma-Ata na qual ficou esclarecido que a Atenção Primária consiste nos cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema nacional de saúde¹⁴.

Em 1986, houve a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerado um momento histórico para a saúde pública brasileira, pois, representou um rico espaço para exaustivas discussões que permearam propostas que vislumbravam a queda do então modelo de atenção hegemônico que por seu caráter excludente, elitista, individualista, médico-centrado e hospitalocêntrico não se mostrava capaz de minimizar as iniquidades em saúde⁷³.

Foram discutidas alternativas que incorporassem a universalidade, equidade da atenção, integralidade, participação da comunidade, regionalização e hierarquização como princípios doutrinários e organizativos reconhecendo a saúde como direito social que deveria

ser garantido mediante políticas públicas, econômicas e sociais que visassem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação.

Absorvendo as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, o Sistema Único de Saúde definido na Carta Magna e regulamentado pelas leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado (Art.196); criação de um sistema único de saúde-SUS (Art.198); gestão descentralizada do SUS, com comando único em cada esfera de governo (Art.198); integralidade das ações de saúde, com prioridade para as medidas preventivas (Art.198); participação da comunidade nas decisões relativas à saúde (Art.198).

Na década de 90 foram implementadas as Normas Operacionais Básicas 91, 93 e 96 e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001 com vistas a fornecer orientações específicas e pactuadas para reorganizar o modelo de gestão, alocar recursos, promover a integração entre as três esferas de governo e a transferência para estados e municípios das responsabilidades do SUS⁴⁹.

A Portaria GM/MS nº373 de 27 de fevereiro de 2002 aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Enfim, cabe destacar que esta NOAS-SUS 01/02, ao assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01/01, procura oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação.

Dessa forma, fica claro que o SUS segue numa perspectiva que vai de encontro com toda a lógica do modelo tradicional de atenção vigente. Por esta razão, era esperado que sua implantação se constituísse num desafio o qual exigia que outras tecnologias fossem pensadas.

Reflexões que permearam o processo de implantação do SUS seguramente foram influenciadas por experiências internacionais pioneiras nesse campo como foi o caso da China Nacionalista e o Canadá com a realização das primeiras missões observacionais promovidas

pela Organização Mundial da Saúde sob a liderança de Halfdan Mahler (1973-1974) e o movimento canadense a partir do Relatório de Lalonde respectivamente¹⁴. Esses dois acontecimentos constituíram importantes bases para a conformação do novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata em 1978 cuja proposta era pautada na universalidade e na estratégia da Atenção Primária à Saúde¹⁴.

Schechtman⁷³ lembram que, no Brasil, a experiência preliminar em Atenção Primária aconteceu através do PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento) na segunda metade da década de 1970. Este programa foi desenvolvido no Nordeste com o objetivo de contribuir para a minimização de problemas médico-sanitários de maior reflexo social. Foi caracterizado pela utilização de técnicas simples e de baixo custo aplicáveis sem dificuldades por pessoal de nível elementar.

Retomando a conceituação de Atenção Primária, Starfield⁷⁷ elabora uma definição de Atenção Primária como sendo “aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionada apenas para a enfermidade), ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros”.

Segundo a autora, países cujos sistemas de saúde possuem, na sua agenda política, a Atenção Primária apresentam melhor desempenho com maior satisfação de usuários, maior equidade na saúde e maior custo-efetividade.

Conill²⁸ afirma que o papel crescente da atenção primária está relacionado, em parte, com a transferência de cuidados hospitalares para o nível ambulatorial, havendo grande diversidade nas formas de organizar e de prestar esses serviços e, por conseguinte, diminuição de custos e maior resolubilidade.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006²¹, preconiza a atenção primária como sendo uma política para estruturação do SUS através do Programa Saúde da Família que foi criado em 1994 e corresponde a uma estratégia de reorganização do modelo assistencial com caráter substitutivo das práticas convencionais.

Desde então o PSF tem perdido a característica de um programa componente de uma política pública para se consolidar como a principal estratégia organizativa da atenção básica no SUS, daí a mudança na denominação para Estratégia Saúde da Família.

Por seus princípios, a ESF é, nos últimos anos, a mais importante mudança estrutural já realizada na saúde pública do Brasil. Compõem o seu conjunto de práticas, ações de cunho preventivo, terapêuticos e de promoção de saúde visando à melhoria na qualidade de vida e retirando do foco central a dependência hospitalar na qual se baseiam os serviços de saúde tradicionais⁴⁹.

O PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS numa perspectiva de vigilância à saúde por meio da universalidade, integralidade e da equidade da atenção além dos aspectos organizativos²³.

A sua operacionalização envolve a territorialização com adscrição da clientela, enfoque na unidade familiar, estabelecimento de vínculos e atuação de uma equipe inter e multidisciplinar incentivando a co-participação e co-responsabilização dos indivíduos pela sua saúde através de práticas clínicas que consideram sua dimensão social, direcionando o olhar para a proteção, recuperação e promoção da saúde em detrimento da predominância na enfermidade²³.

De acordo com a Portaria nº 648²¹ que estabelece a organização da atenção básica, a equipe multidisciplinar mínima prevista conta com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e pelo menos seis agentes comunitários de saúde para atender um contingente de, aproximadamente, 4.000 pessoas, ou seja, 1.000 famílias considerando uma média de quatro indivíduos por família. Posteriormente, houve a expansão dessa equipe com a inserção do cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal formando a equipe de Modalidade I ou II. Mais recentemente, em 2008, foi criado o NASF (Núcleo de Apoio ao Saúde da Família) composto por médico pediatra, ginecologista, assistente social, psicólogo, nutricionista e educador físico entre outros profissionais²².

Nessa perspectiva, o PSF difundiu-se em âmbito nacional a partir de 1996 após ter sido inicialmente implantado no Nordeste com um direcionamento prioritário para as populações com risco aumentado, tanto do ponto de vista biológico quanto socioeconômico⁸³.

Essa ampliação, no entanto, não se deu de forma homogênea. Levando em conta a dimensão continental do território brasileiro e, conseqüentemente, sua heterogeneidade cultural e condições de vida expressas nas cinco regiões bem como questões relativas ao porte populacional dos municípios, recursos tecnológicos e humanos e processo de trabalho. Alguns

estudos^{63,71} revelam que estão sendo desenvolvidas experiências qualitativamente diferentes e sinalizam para a relação deste fato com os modos de implantação.

Na verdade, a ESF se vê diante de um desafio, pois, essa nova compreensão sobre os determinantes do processo saúde/doença que carrega consigo componentes de ordem social, econômica, psicológica, cultural e ambiental não é coerente com uma proposta de sistema de saúde centralizado. Tendo em vista que num contexto autoritário e hierarquizado esses componentes não são percebidos e, por essa razão, não consiga produzir impacto na saúde das pessoas.

A lógica da descentralização visa romper com essa hierarquização rígida entendendo que quanto mais próximo do indivíduo e do meio que o cerca é mais fácil percebê-lo como ser biopsicosocial e utilizar de recursos capazes de proporcionar mais qualidade de vida e saúde embora numa direção única.

Os dados mais atuais revelam que o Brasil possui 31.423 equipes de Saúde da Família distribuídas por todo território nacional, abrangendo 5.275 municípios e correspondendo a uma cobertura de 52,27% da população²⁴.

Esses números chamam a atenção para a necessidade de avaliação dos serviços prestados por esta estratégia, ou seja, é preciso investigar se os efeitos das suas práticas estão impactando positivamente sobre os indicadores de saúde e, com isso, constatando a efetivação do seu objetivo de remodelagem dos serviços de saúde.

Seguindo com essa reflexão, a literatura nos apresenta algumas investigações nesse campo.

O estudo de Aquino⁷ mostra que a ESF teve associação positiva com a redução da mortalidade infantil nos municípios brasileiros de 1996 a 2004 e pode ter contribuição com a redução das iniquidades sociais em saúde na medida em que os efeitos da ESF foram mais fortes nas áreas que detinham as maiores taxas de mortalidade infantil e menores índices de desenvolvimento humano.

Esses resultados corroboram com os achados de Rocha e Soares⁶⁸. Os autores revelam que oito anos de exposição à ESF representa 5,4% de redução da mortalidade em crianças menores de 1 ano quando comparado com municípios sem o programa. Além de um aumento de 6,8% de ocupação de adultos com idade entre 18 e 55 anos, 4,5% de aumento do

número de crianças matriculadas em escolas e redução da fecundidade em mulheres na casa dos 4,6%.

Macinko ⁴⁶ também encontraram relação entre a cobertura pela ESF com diminuição da taxa de mortalidade entre os anos de 1990 e 2002.

De acordo com os resultados do estudo realizado por Guimarães ³⁹, a ESF mostrou-se efetivo no município de Olinda/PE a partir do aumento de todas as médias das coberturas vacinais e redução da mortalidade infantil por causas evitáveis, mesmo não havendo diminuição da pobreza absoluta no município ou aumento das coberturas das redes públicas de saúde nem de esgotamento.

O estudo de Oliveira ⁶⁰ semelhantemente apontou expressiva melhoria nos indicadores de saúde nas áreas cobertas pelo PSF.

Por outro lado, outros estudos de avaliação “...mostram uma discreta superioridade de suas atividades sobre aquelas de unidades tradicionais, mas permanecem dificuldades no acesso, na estrutura física, na formação das equipes, na gestão e na organização da rede. Essas dificuldades se correlacionam com o baixo patamar de financiamento público, a persistência de segmentação no sistema e a fraca integração dos serviços de atenção básica com outros níveis de atenção” ²⁸.

Stralen ⁷⁸ investigaram a percepção de usuários e profissionais de saúde em atenção básica fazendo uma comparação entre os centros de saúde tradicionais e as unidades com saúde da família e verificaram que apenas para as dimensões enfoque familiar e orientação comunitária houve uma diferença estatisticamente significativa em favor das unidades com saúde da família. No quesito acesso, os valores foram baixos para ambos os grupos da amostra, porém chamou atenção o fato que na avaliação da Saúde da Família é mais negativa, ainda que não represente uma diferença significativa.

Os resultados da pesquisa desenvolvida por Henrique e Calvo ⁴¹ demonstraram que a cobertura da estratégia teve uma ampliação considerável entre 2001 e 2004. Porém, os indicadores de início de mudança no modelo assistencial e de impacto não apresentaram alterações significativas.

Roncilli e Lima ⁷¹ pesquisaram o impacto da ESF sobre indicadores de saúde infantil em municípios de grande porte e verificaram a ausência de impacto sobre eles. Fazem uma reflexão acerca da relativamente recente implantação da estratégia e os obstáculos enfrentados

frente à diversidade dos seus modos de implantação e todas as questões que a permeiam. Destacam que estudos de acompanhamento são oportunos para revelar se os achados atuais correspondem aos percalços oriundos de um modelo em processo de construção ou se a ESF está apenas reproduzindo as práticas dos modelos tradicionais numa nova roupagem.

Aquino e Barreto ⁶, em sua pesquisa, verificaram que o indicador de cobertura da ESF passou a se constituir em uma boa estimativa a partir de 2000 e de forma gradual, embora a evolução tenha sido diferenciada segundo o porte dos municípios sendo mais expressiva entre os maiores municípios.

Veloso e Araújo ⁸² realizaram um estudo em municípios de até 5.000 habitantes do estado de Minas Gerais, verificaram aumento dos indicadores de cobertura populacional efetiva pelo PSF e redução das Internações Hospitalares Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA). Contudo, as autoras concluem que o PSF certamente teve sua contribuição para o resultado, mas, não pode ser considerado o único fator.

O Brasil do século XXI vive um contexto em que são elucidadas expressões como globalização e democracia que proporcionam a expansão da informação nas diferentes camadas da sociedade com estímulo ao controle social através dos conselhos e conferências de saúde bem como o papel da mídia. Isso tudo gerou mudança no perfil da sociedade brasileira cuja conseqüência inevitável são as contradições que vão surgindo, exigindo dos profissionais envolvidos nesse sistema a flexibilidade e sensibilidade necessárias para compreender essas diferenças e atuar nesse campo tão complexo.

Atuar nessa proposta representada pela Estratégia Saúde da Família requer do profissional a utilização de tecnologias leves que privilegiem a relação profissional/paciente a partir do entendimento do processo saúde/doença como resultado da produção social. Exige, também, a atuação num espaço múltiplo tendo como foco a família e todas as complexidades relacionadas a ela bem como uma lógica de trabalho cujas ferramentas são a epidemiologia e a vigilância dando ênfase às ações preventivas e educativas estimulando no outro a autonomia frente as suas condições de saúde.

De acordo com Silveira Filho ⁷⁵ na proposta do PSF “destacam-se dois grandes desafios: o primeiro é de construir práticas de saúde pautadas na integralidade e que diminuam a distância entre profissionais e comunidade; a segunda, de romper com o modelo de atenção centrado na lógica biomédica que privilegia a assistência hospitalar”.

Na história da saúde brasileira nunca houve um sistema de saúde, como é o caso do SUS, que absorvesse uma quantidade tão significativa de profissionais e clientes caracterizando a universalidade. Em contrapartida, depara-se com problemas relativos à equidade e integralidade.

Diante desse entendimento, é possível perceber que há a necessidade da inserção de profissionais capazes de direcionar o olhar para os aspectos coletivos e sociais que envolvem as condições de saúde e adoecimento das pessoas. Essa característica é primordial, pois, oferece melhores condições de responder efetivamente aos problemas dessa área estando mais coerente com as necessidades reais da população brasileira.

Em contrapartida, o que se observa é uma formação acadêmica mais voltada para as especialidades que valorizam a compartilhização do corpo humano e que atendam a uma exigência do mercado capitalista que muito pouco está interessado em compreender o indivíduo como um ser complexo ⁴⁸.

Na prática, essa situação se traduz em não cumprimento da carga horária de 40 horas preconizada, problemas em relação ao processo de trabalho e interação com a equipe, pouco vínculo e desenvolvimento de práticas e organização dos serviços de maneira acríca e, muitas vezes, desvinculados com as necessidades da comunidade.

De acordo com Carvalho ²⁶, “o modelo de formação universitária em saúde vigente no país historicamente tem definido um perfil de profissional voltado para uma prática individualista, de visão fragmentada, centrada em procedimentos o que não é adequado à filosofia de trabalho do PSF.”

3.2. A incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família

Historicamente, a saúde bucal está estreitamente vinculada à evolução das políticas de saúde, antes e após a Reforma Sanitária brasileira, e às tendências norte-americanas de organização do serviço na área. Ou seja, para compreendê-la, foi necessário resgatar o desenvolvimento das políticas de saúde pública no Brasil ¹⁴.

A assistência odontológica em âmbito público no Brasil até a Constituição de 1988 era feita através das CAPs, depois IAPs e INAMPS via convênios e credenciamentos do Estado com o setor privado, sendo destinada exclusivamente aos indivíduos contribuintes da

previdência social. Para a outra parcela da população, que era maioria, caracterizava-se predominantemente pela prática privada. Paralelamente alguma assistência era prestada às populações da zona da borracha pelos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP). Nessa época, o sistema de saúde brasileiro vivia a dicotomia previdência *versus* saúde pública^{14,59}.

Sob a influência dos EUA que se consolidara como potência do século XX, a saúde bucal assume um caráter biologicista, mecânico, centralizador de recursos, especializado, consumidor de alta tecnologia com ênfase na prática curativa e excludente de outras práticas alternativas. Passou a atuar nas escolas de acordo com a “política de higiene” ainda sob a influência norte-americana, na perspectiva do taylorismo cuja proposta era a organização do sistema produtivo a partir da redução de gastos e fragmentação das tarefas, a saúde bucal foi traduzida em “odontologia simplificada” seguindo a lógica preventivista¹⁴.

Assim, o modelo assistencial de saúde bucal vigente no país passou a ser o Sistema Incremental desenvolvido pela Fundação SESP (Fundação de Serviço Especial em Saúde Pública) criado em 1942 e mantido por um Acordo de Cooperação Técnica entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, definido com uma proposta de assistência diferenciada através da programação e sistematização em contraposição a demanda livre até então predominante⁵³.

Segundo Nickel⁵⁹, o Sistema Incremental, “apesar de se caracterizar como um modelo misto (preventivo-curativo) enfatizou as ações restauradoras para escolares de 6 a 14 anos e colocou em segundo plano as ações educativas e preventivas, simploriamente abordadas através de aplicações tópicas de flúor. Não foi capaz de modificar o CPO geral apenas o componente obturado em relação ao cariado e era excludente na medida em que tinha uma população alvo específica. (...) Porém foi importante na odontologia por ter sido um marco da programação de serviço público odontológico, quebrando a hegemonia da livre demanda dos consultórios”.

Os autores ressaltam que, nessa época, os conhecimentos sobre microbiologia, cariologia e epidemiologia eram, ainda, incipientes. Porém, com a evolução nesse campo foi possível avançar nas práticas preventivas reconhecendo a cárie como uma doença infecto-contagiosa e orientando para a manutenção preventiva. Sendo assim, o Sistema Incremental passou a ser denominado Incremental Modificado. Diferenciava-se do sistema incremental tradicional por dar ênfase na prevenção, instituir a idéia de equipe odontológica e retorno programado para manutenção preventiva.

Aproximando-se um pouco mais da doutrina do SUS, ao final da década de 1980, surgiu o Programa de Inversão da Atenção que compunha na sua estrutura organizativa a lógica do controle epidemiológico da cárie através de métodos preventivos e defendia a organização do programa por fases: estabilidade, reabilitação e declínio para posterior ampliação da cobertura populacional⁷⁰.

Segundo os autores, o Programa de Inversão da Atenção foi importante por ter se direcionado para a prevenção, mas manteve a atenção sobre um grupo populacional restrito (escolares). Posteriormente foi criado o programa de Atenção Precoce destinado à população com idade inferior a seis anos e teve uma característica mais abrangente por propor a inclusão das gestantes com vistas à educação do núcleo familiar para a higienização da cavidade oral, controle da amamentação noturna e do consumo racional de açúcar.

No entanto, esses programas experimentados não foram capazes de modificar o perfil de saúde bucal dos brasileiros. Uma das razões se deve ao seu caráter excludente na medida em que a assistência era direcionada basicamente aos escolares. E, embora, os levantamentos epidemiológicos realizados em 1986 e 1996 tenham mostrado um declínio da cárie (de CPO=6,7 para CPO=3,2), estes dados devem ser vistos com algumas ressalvas. Primeiro porque essa situação se configura numa tendência nacional na medida em que foi adicionado flúor nas águas de abastecimento público e nos dentifrícios e segundo, levando-se em conta que, esses estudos, por sua incipiência, apresentaram algumas limitações metodológicas, têm suas inferências restritas à população urbana de capitais brasileiras e a escolares, não representando a fiel condição de saúde bucal do país.

Narvai apud Narvai e Frazão⁵⁰ caracteriza a odontologia brasileira do século XX como “Odontologia de Mercado” que expressa as profundas transformações experimentadas pela sociedade brasileira ao longo de todo o século, com acentuado crescimento econômico, industrialização e urbanização. O autor refere que tais mudanças repercutiram intensamente na prática odontológica que se tornou complexa e passou a concentrar, crescentemente, sofisticada tecnologia.

Diante da ineficiência do modelo de atenção vigente e com o propósito de reorganizar a atenção básica em saúde bucal prestada pelos municípios, o Ministério da Saúde estabeleceu um incentivo financeiro através da Portaria GM/MS nº 1.444 de 28 de Dezembro de 2000 para a inserção das equipes de saúde bucal nas equipes de Saúde da Família¹³. Sendo

assim, somente seis anos após a criação do Programa Saúde da Família, houve a inserção das equipes de Saúde Bucal.

O objetivo dessa inclusão era aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, no intuito de melhorar os índices epidemiológicos e ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal.

Segundo Pessoa ⁶⁴ numa visão geral, a trajetória da política de saúde bucal no Brasil a partir da década de 90 ocorre em três fases: em 2000 com a edição da Portaria GM/MS nº 1.444, em 2004 com a publicação da Política nacional de Saúde Bucal que apontou caminhos para a reorganização da atenção em todos os níveis e, ainda em 2004, a construção do Brasil Sorridente que efetivou a saúde bucal como política pública de âmbito nacional.

Desde então, salta a vista o aumento substancial do número de equipes por todo o país. Em 2002, o número de equipes implantadas era 4,2 mil e até agosto de 2010 esse número correspondia a 19.977, um aumento percentual de pouco mais de 400%. Há equipes atuando em 4.785 municípios, ou seja, mais de 85% dos municípios brasileiros e fazendo a cobertura de, aproximadamente, 71% da população ²⁴.

Apesar dessa expansão quantitativa, há evidências que ela não representa, necessariamente, mudança do modelo de atenção tradicional.

Assim como ocorre com a ESF, as equipes de saúde bucal também apresentam distintos modos de implantação quando consideramos a diversidade cultural, social e econômica dos muitos municípios que compõem o território brasileiro. Fatores que podem interferir seriam as questões políticas que permeiam o processo de implantação, a adesão do gestor, a formação profissional refletindo na sua atuação bem como o envolvimento da comunidade no processo de construção conjunta.

No grifo de Goulart ³⁸, assim como os Brasis são muitos, muitas são suas famílias e também são muitos os “modelos” de ESF que estão sendo implementados país a fora. Diante dessa variedade no desenvolvimento das práticas pelas equipes de saúde bucal do PSF, a literatura mostra experiências exitosas e outras nem tanto.

No trabalho de Andrade e Ferreira ⁵, em que foram avaliados, sob o ponto de vista dos usuários, alguns aspectos da inclusão da Saúde Bucal na ESF no município de Pompeu - MG tornam evidente que a forma como se dá a implantação da equipe está totalmente relacionada com a atuação da mesma na execução da estratégia. As autoras constataram os

mais variados tipos de insatisfação, como baixa cobertura (comprovada na dificuldade de acesso ao serviço), ausência de referência e contra-referência (evidenciada na não resolução de problemas que exijam outra complexidade que não a da atenção básica), troca constante de profissional (impossibilitando a formação de vínculo com a comunidade), falta de capacitação dos profissionais para a execução da estratégia e desconhecimento por parte da comunidade da existência da Estratégia.

No quesito acesso, os trabalhos mostram alguns resultados divergentes. Rocha e Goés ⁶⁹ não identificaram associação entre residir em uma área coberta e não coberta pela ESF com o acesso aos serviços odontológicos no município de Campina Grande/PB.

Semelhantemente, Pereira ⁶³, ao avaliarem o impacto da ESF na utilização de serviços odontológicos comparando áreas com atuação da ESB, áreas cobertas por unidades de saúde tradicionais ou sem cobertura por qualquer modelo, verificaram que a saúde bucal na ESF gera impacto positivo sobre o indicador somente quando comparada com áreas sem cobertura alguma, não diferindo quando se compara com unidades tradicionais.

Em contrapartida, a partir de questionário aplicado aos usuários da ESF do distrito de Mosqueiro/PA, Emmi e Barroso ³³ verificaram uma satisfação por parte dos entrevistados sendo apontadas as orientações de higiene oral recebidas, acesso ao atendimento e as visitas domiciliares como as melhorias de maior importância.

No trabalho desenvolvido por Lourenço ⁴², foram detectados indícios da relação entre o porte populacional com o perfil de atuação das equipes apontando para a ocorrência de impacto do programa nos municípios de pequeno e médio porte. Segundo Manfredini apud Lourenço ⁴² os argumentos que, possivelmente, justifiquem essa situação residiria no fato dos municípios maiores já disporem de algum tipo de rede assistencial não sendo estimulados a adotar a ESF. Uma outra razão seria a Lei de Responsabilidade Fiscal que dificultaria a expansão de serviços públicos após sua sanção.

Os problemas enfrentados pela saúde bucal na atuação na ESF têm justificativa em vários aspectos. Pode-se referir a filosofia de trabalho pautada na perspectiva do tecnicismo, biologicismo e visão individualista resultado da influência flexneriana na formação acadêmica dos profissionais, além da cobrança da população por atendimento clínico aliado à uma dívida brasileira pelo acúmulo de problemas odontológicos durante anos resultando numa demanda

reprimida por esse tipo de tratamento ⁴⁸. É, portanto, razoável compreender que o enfrentamento desses problemas é um desafio a ser superado.

3.3. Avaliando o impacto da Estratégia Saúde da Família

As ações de saúde estão conseguindo melhorar a qualidade de saúde e vida da população? É na tentativa de responder essa questão que são impulsionadas reflexões sobre os aspectos relativos ao processo avaliativo dos serviços de saúde prestados.

Rotineiramente são geradas e registradas uma significativa quantidade de informações relativas ao desenvolvimento das atividades em saúde, as quais poderiam estar sendo utilizadas pelos gestores, profissionais da área e usuários dos serviços como ferramenta de diagnóstico de situações de saúde e, com isso, apoiar o planejamento para desenvolvimento de práticas que sigam o caminho da universalidade, da equidade e integralidade das ações. No entanto, alguns estudos ^{42,61,69,76} sinalizam que este fato não corresponde a realidade.

Na perspectiva da vigilância em saúde, preconizada pela Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente, incorporar no cotidiano das práticas o processo de avaliação e monitoramento torna-se imprescindível em decorrência do seu poder de fornecer instrumentos capazes de subsidiar o planejamento de estratégias de intervenção, especialmente, tratando-se de programas que visam reorganizar modelos de atenção como é o caso da Estratégia Saúde da Família.

Tão importante quanto implementar um novo modelo de atenção é avaliá-lo e verificar seu impacto, ou seja, se está respondendo positivamente ao que foi proposto.

Um sistema de avaliação de desempenho do SUS/ESF teria que ser pautado por um quadro de referência que levasse em consideração a sua concepção legal, a forma como vem sendo implantado e os problemas de saúde priorizados, além de que deveria permitir avaliar em que medida seus princípios e objetivos estão sendo cumpridos ⁷⁴.

No entanto, é inegável a complexidade que permeia o processo avaliativo em saúde dada as suas muitas dimensões que perpassam por um cuidado individual até níveis mais complexos de organização e intervenção, como políticas, programas, serviços ou sistemas.

Tanaka e Melo ⁸⁰ iniciam a discussão destacando a distinção que há entre avaliar/analisar informações e elaborar um diagnóstico situacional. A análise exige, além da descrição da situação (diagnóstico), a busca por explicações possíveis para a situação

analisada e lembram que a avaliação é parte do planejamento da gestão, constituindo um suporte para a tomada de decisões capazes de alterar a situação inicial identificada como problema.

Silva e Formigli⁷⁴ indicam que nos trabalhos em que são avaliados programas e serviços de saúde é importante fazer a distinção entre as terminologias empregadas mesmo entendendo que essa variação ocorra em função da complexidade do “avaliar em saúde” que pode se desdobrar em tantas quantas forem as concepções de saúde e práticas dela.

Para as autoras há uma diferença entre efetividade e impacto. A primeira diz respeito ao efeito de um determinado serviço sobre o grupo populacional em curto espaço de tempo e impacto representa o efeito de um sistema (de saúde) sobre a população a longo prazo.

Corroborando com esse conceito, Habicht⁴⁰ afirmam que as avaliações ocorrem em três níveis de inferência causal: adequação, plausibilidade e probabilidade. As avaliações de adequação verificam se os objetivos do programa foram alcançados. As de plausibilidade, se os objetivos foram alcançados devido ao programa e as de probabilidade estimam qual a probabilidade estatística de que o programa tenha realmente efeito.

Para Marinho e Façanha⁴⁷ a efetividade diz respeito à capacidade de se promover resultados pretendidos; a eficiência denotaria competência para se produzir resultados com dispêndio mínimo de recursos e esforços; e a eficácia, por sua vez, remete a condições controladas e a resultados desejados de experimentos, critérios que, deve-se reconhecer, não se aplicam automaticamente às características e realidade dos programas sociais.

De acordo com Victora⁸⁴ na saúde pública, dada a sua implicação com os fenômenos coletivos representados nas longas cadeias causais, existem dois tipos de avaliação: as de processo e as de impacto/resultado. Daí incluem-se, portanto, a avaliação de elementos ligados à oferta de cuidados, bem como a utilização e cobertura desta oferta além do impacto desta sobre a saúde das pessoas.

Donabedian³¹, particularmente preocupado com a aferição da qualidade do cuidado médico passou a considerar a qualidade um fenômeno complexo a ser definido a partir dos seguintes atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. O autor concebeu a tríade "estrutura-processo-resultados", a partir do referencial teórico sistêmico na qual a "estrutura" corresponde às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e

organizacionais; o "processo" ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os "resultados" seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio.

Em consonância com as definições de Starfield ⁷⁷ sobre atenção primária, o Institute of Medicine dos Estados Unidos utiliza o PCAT (Primary Care Assessment Tool) para avaliar a extensão e a qualidade da atenção primária. O PCAT é um instrumento de avaliação da atenção primária que foi desenvolvido pela John Hopkins School of Public Health, Primary Care Policy Center for Underserved People ⁷⁸.

Originalmente, é definido por quatro dimensões tendo sido adaptado por Macinko ⁴³ para o Brasil e, portanto, compreende oito atribuições, a saber: (a) acessibilidade, (b) porta de entrada, (c) longitudinalidade, (d) elenco de serviços, (e) coordenação (ou integração dos serviços), (f) enfoque familiar, (g) orientação para a comunidade e (h) formação profissional.

No processo avaliativo de programas de saúde, é preciso ter ciência de que há uma população-alvo cuja organização e prestação de atividades são a ela destinadas. Desse modo, o produto final corresponde ao que foi incorporado por essa população por ocasião de sua passagem nesse processo de trabalho e caracteriza-se por ser algo que não é visualizado, apalpado, armazenado e materializado ⁸⁰.

Portanto para que mudanças no setor saúde sejam percebidas é necessário que haja a construção do que Trad e Bastos ⁸¹ denominam “viabilidade social” que se constitui na inclusão das bases da sociedade civil nos processos decisórios. Em outras palavras, trata-se do fortalecimento de instituições e segmentos sociais que possam exercer um controle efetivo como, por exemplo, os Conselhos Municipais de Saúde. As autoras sugerem, ainda, que as investigações sobre o impacto do Programa Saúde da Família sejam estruturadas nas mudanças comportamentais e culturais em torno do processo saúde/doença.

Os impactos referem-se às alterações ou mudanças efetivas na realidade sobre a qual um programa intervém e por ele são provocadas. Os indicadores de impacto devem ser, portanto, capazes de aferir os efeitos líquidos do programa sobre a população alvo ⁷¹.

Silva e Formigli ⁷⁴ afirmam que a experiência dos diversos países (Reino Unido, Canadá, EUA e Austrália) demonstra que para implementar uma efetiva avaliação de desempenho existe a necessidade de um processo amplo de pactuação, que leve em consideração a conformação do sistema de saúde, seus objetivos e metas e os diferentes atores que dele fa-

zem parte. Dessa maneira, gestores, prestadores e usuários dos serviços de saúde definiriam, a partir dos critérios de relevância, confiabilidade, validade, capacidade de discriminação e viabilidade, um conjunto mínimo de indicadores para compor um sistema de monitoramento das diversas dimensões do desempenho do sistema de saúde

Os autores Amorim e Vicente ⁴ corroboram com a assertiva de que a contribuição com a discussão sobre avaliação dos serviços prestados pelo SUS especificamente pelo PSF perpassa pela pertinente reflexão sobre as questões relativas à família uma vez que esta representa o núcleo de atuação das ações. A família e seus desdobramentos sociais, biológicos, psicológicos e ambientais implicam num estreito vínculo com as mudanças de hábitos. Pois, alcançar um nível satisfatório de promoção de saúde e prevenção de doenças requer o estímulo à co-responsabilização do usuário pela sua saúde, valorizando sua condição protagonista nesse contexto, instigando sua participação nos processos decisórios.

De acordo com Macinko e Harzheim ⁴⁵, os critérios para avaliar a efetividade da ESF são: acesso (primeiro contato); utilização (a população tem um serviço de saúde que responde às suas necessidades); longitudinalidade (a atenção e cuidado personalizados ao longo do tempo); integralidade (capacidade de lidar com todos os problemas de saúde, seja resolvendo, seja referindo ao serviço mais adequado); coordenação (a capacidade de coordenar as respostas às diversas necessidades de uma abordagem integral científica, seja dentro de uma equipe multidisciplinar, seja a atenção que os usuários recebem nos diferentes pontos da rede de atenção). Esses atributos são complementados por características que deles derivam: orientação familiar, abordagem comunitária e competência cultural.

Almeida e Giovanella ² elaboraram um mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde no período de 2000 a 2006. Constataram que os estudos desenvolvidos entre os anos de 2000 e 2002 referiam-se às avaliações dos processos de implantação do PSF a fim de detectar fragilidades, potencialidades e custos. As autoras destacam, também, a importância dos estudos de linha de base do PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família) realizados a partir de 2004 por incorporarem a avaliação de impacto, compartilhamento de metodologias e resultados, envolvimento de gestores e ponto de vista de usuários bem como capacitação técnica para avaliação.

Em seu artigo, Felisberto ³⁵ enfatiza a necessidade da institucionalização da avaliação de programas e políticas públicas como uma prioridade, haja vista a sua relevância

frente ao objetivo de qualificação da atenção básica à luz dos princípios do SUS. Para tanto, lembra o autor, algumas diretrizes devem ser calcadas com o fortalecimento de parcerias com institutos de ensino e pesquisa, qualificação profissional no campo da avaliação, fomento de processos amplamente participativos com a mobilização de atores institucionais e identificação de fontes de financiamento.

Avançando nas questões relativas à institucionalização da avaliação em saúde, por se constituir num importante instrumento de gestão do SUS, o Ministério da Saúde, em 2003, cria a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) com o intuito de impulsionar uma cultura avaliativa nas três esferas do governo.

Nesse mesmo período, no âmbito do Ministério da Saúde, ocorreu uma série de discussões que culminou com a criação de uma Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica à Saúde.

O documento técnico “Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização” publicado pelo Ministério da Saúde define claramente quatro focos de atuação: o da esfera municipal, estadual, federal e das instituições de ensino e pesquisa, leia-se, Centros Colaboradores numa perspectiva de superar os problemas relacionados ao SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e ao Pacto de Indicadores da Atenção Básica¹⁸.

A Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Ministério da Saúde disponibiliza para os gestores municipais e suas equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal a proposta Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) que visa oferecer uma metodologia acessível de gestão da qualidade em saúde. Trata-se de uma metodologia de gestão interna ou autogestão dos processos de melhoria contínua da qualidade desenvolvida especificamente para a estratégia Saúde da Família e integra um conjunto de ações contempladas no Componente III (Avaliação e Monitoramento) do PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família e foi desenvolvida em cooperação técnica com a Organização Panamericana de Saúde - OPAS. Dessa forma, confirma-se o compromisso político de fortalecer a avaliação da Atenção Básica nas três esferas do governo, incorporando-a como instrumento de gestão do SUS²⁰.

Contudo, inserir uma cultura avaliativa num país cujos processos nesse âmbito ainda são incipientes, pontuais e pouco incorporados às práticas e, portanto, nem sempre contribuindo com a decisão dos eventos, encontra uma série de dificuldades de ordem técnica

e política. Dessa forma, Sanders apud Felisberto ³⁵ considera que fazer avaliação como parte integrante das operações diárias de uma organização, passa por considerá-la um instrumento de ética do trabalho, da cultura e das responsabilidades em todos os níveis.

Padilha ⁶¹ investigaram as características de avaliação em odontologia na Estratégia saúde da Família em 12 municípios da Paraíba. Além de algumas propostas consistentes em fase de implantação encontraram outras em diferentes níveis baseadas na forma de atuação, na opinião dos usuários, na produtividade em termos de procedimentos curativos ou em indicadores pactuados com o governo federal.

Embora esteja clara a importância e a necessidade urgente de realizar pesquisas avaliativas das atividades executadas pelas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família, pouco tem sido feito nesse sentido limitando-se à experiências pontuais, daí a importância de mais estudos quali/quantitativos que busquem avaliar de que forma está ocorrendo a implantação e a efetivação das estratégias de saúde bucal dentro da ESF.

No município de Natal, desde 2000, quando houve a incorporação das ESB na ESF são escassos os trabalhos que enfatizam a avaliação de impacto do Programa.

De acordo com o trabalho de Patrício ⁶² no qual foi feita uma avaliação do impacto do PSF sobre indicadores de saúde bucal da população de Natal/RN, foi encontrada ausência de diferença estatística entre os desfechos de saúde bucal analisados na associação entre áreas cobertas por ESB na ESF e áreas não cobertas, mas, que apresentavam algum tipo de programa assistencial, com alguns indicadores demonstrando melhores condições nas áreas não cobertas. Porém, quando foi considerada a análise da associação entre áreas cobertas e não cobertas sem qualquer tipo de assistência, percebeu-se diferença estatística em indicadores de cobertura, com melhores condições para áreas cobertas. O autor concluiu que a Saúde Bucal na ESF está exercendo pouco efeito sobre os indicadores de saúde bucal, ainda que a estratégia melhore as condições de saúde geral da população, como, por exemplo, a saúde da criança.

Como decorrência desse mesmo estudo, objetivando verificar se a incorporação da equipe de saúde bucal na ESF gerou uma maior utilização dos serviços odontológicos no Município de Natal, Pereira ⁶³ constataram que a saúde bucal na ESF impactou positivamente sobre o indicador somente quando comparada com áreas sem qualquer cobertura assistencial, todavia, destacam os autores, este resultado não demonstra a ausência de efeito da SB-ESF

per se, mas, sim que a maneira como as estratégias são implantadas nos municípios são cruciais para o seu sucesso.

Almeida e Ferreira ¹, em seu estudo realizado no município de Natal com o intuito de avaliar as práticas preventivas desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas atuantes na ESF, revelaram que as ações de caráter educativo eram voltadas mais fortemente para as crianças em âmbito escolar e para o grupo de hipertensos e diabéticos não sendo pautadas num planejamento prévio tomando como referência as necessidades da população. E as atividades preventivas também não mostraram um embasamento epidemiológico sendo feitas de forma acrítica e reproduzidas numa dimensão ainda sepiana. Com isso, as autoras convidam a uma reflexão sobre a capacitação e formação desses profissionais e a coerência com a filosofia da ESF.

4. Metodologia

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa intitulado "Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: avaliação longitudinal do impacto sobre indicadores e sua relação com as estratégias de implantação". Estão sendo pesquisados seis municípios do Nordeste que preenchiam os critérios de elegibilidade para comporem a amostra, ou seja, terem mais de 100 mil habitantes, terem a saúde bucal no PSF implantada há mais de um ano e possuírem taxa de cobertura populacional para a SB-PSF entre 20% e 70%.

4.1. Cenário do estudo: o município do Natal/RN

Natal, capital do Rio Grande do Norte, é conhecida como a "Cidade do Sol" ou "Noiva do Sol" por ser uma das localidades com o maior número de dias de sol no Brasil, chegando a aproximadamente trezentos. Também a chamam de "Capital Espacial do Brasil" devido às operações da primeira base de foguetes da América do Sul, o Centro de Lançamento da Barreira do Inferno no município limítrofe de Parnamirim. Representa um dos mais importantes pólos turísticos do Brasil. No seu menu está o painel histórico, natural e cultural do município que vão desde as belezas naturais como as praias até monumentos históricos que preservam sua história como a Fortaleza dos Reis Magos ⁵⁸.

Apresenta uma população de 803.811 habitantes e pirâmide etária com base alargada pelo predomínio de jovens na faixa etária de 20 a 29 anos sendo proporcional em relação ao gênero ¹⁹.

O município está geograficamente dividido em quatro regiões administrativas ou distritos: Norte, Sul, Leste, Oeste. Apresenta 97,2% da população recebendo abastecimento público de água e 24,7% com rede geral de esgoto como instalação sanitária ¹⁹.

O IDH é de 0,788 colocando o município no 1º lugar na posição no ranking entre todos os municípios do Rio Grande do Norte e em 838ª no cenário brasileiro⁶⁶. Segundo dados do SIM/SINASC, o coeficiente de mortalidade infantil para o ano de 2006 foi de 18 óbitos menores de um ano para cada 1.000 nascidos vivos ²⁵.

Em relação à estruturação do serviço público de saúde, o município de Natal conta com 128 estabelecimentos de saúde num total de 940 entre os públicos, filantrópicos, privados e de sindicato. São 463 dentistas que atendem no SUS perfazendo uma proporção de

0,6 profissionais para cada 1.000 habitantes. A quantidade de procedimentos da atenção básica em odontologia foi quase 10 vezes maior em relação aos especializados¹⁹.

No tocante à Estratégia Saúde da Família, a implantação ocorreu em 1999, inicialmente no Distrito Sanitário Oeste e somente no ano 2000 houve a inserção das equipes de saúde bucal. Segundo dados mais atuais da Secretaria Municipal de Saúde, em 2010, Natal conta com 116 equipes do PSF distribuídas nos cinco Distritos Sanitários (Norte I, Norte II, Leste, Oeste e Sul) sendo 106 com equipes de saúde bucal.

4.2. Tipologia e Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de intervenção cujo desenho é um ensaio comunitário em paralelo, quase randomizado. Foi realizado no município de Natal/RN em 2009 e, para compor a avaliação longitudinal, foram resgatados os resultados encontrados por Patrício⁶² por ter sido um estudo feito no mesmo município e nos mesmos moldes metodológicos.

A intervenção referida já ocorreu e corresponde à implantação das equipes de saúde bucal na ESF de Natal/RN. É um estudo em paralelo porque apresenta dois grupos amostrais: o alvo da intervenção com atuação da equipe de saúde bucal na ESF e o grupo controle correspondente ao que convencionamos chamar de Modelo Tradicional representado pelo PACS, ESF sem Equipe de Saúde Bucal ou Unidades Básicas de Saúde ou ainda áreas sem cobertura.

É um estudo quase randomizado porque a amostra que representou o grupo de intervenção foi definida probabilisticamente por sorteio, enquanto, para o grupo controle, realizamos o emparelhamento intencional considerando semelhança socioeconômica e geográfica dos setores censitários. Desse modo, garantiu-se o controle dos vieses relativos às variáveis sócio-sanitárias. Além disso, a randomização realizada para a alocação dos setores do grupo experimental (cobertos) possibilitou que diferentes pontos em toda a área do município fossem contemplados.



Figura1. Demonstrativo da distribuição amostral de acordo com os grupos do estudo. Natal, RN. 2009.

4.3. Definição das Unidades Amostrais

Por se tratar de um conjunto de dados obtido por meio de uma amostra complexa, que combina setores censitários (primeiro estágio) e, dentro dos setores, os domicílios (segundo estágio) é fundamental buscar a homogeneidade entre as áreas nas quais temos a intervenção e as áreas nas quais ela não se faz presente. Assim, de algum modo, são necessários dados relativos às áreas cobertas e não cobertas no sentido de agrupá-los e gerar critérios de emparelhamento das mesmas.

Uma unidade de análise que contém informações relevantes para este fim em todas as áreas, independente de cobertura, é o setor censitário. O setor censitário é a menor unidade de análise utilizada pelo IBGE para as quais se pode dispor de dados socioeconômicos, constando de aglomerados de, em média, 300 domicílios.

4.4. Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados para compor o universo do estudo todos os setores censitários inseridos em áreas com e sem cobertura de ESF com equipe de saúde bucal. Para os setores sob cobertura pelo programa, foram incluídos aqueles setores com, no mínimo, 2 anos de implantação.

Foram excluídos os setores censitários que estão parcialmente inseridos em áreas cobertas pelas ESB e que tinham menos de 2 anos de implantação do programa.

É importante ressaltar que, para compor a unidade amostral desta pesquisa, foram utilizados os mesmos setores censitários do primeiro estudo em 2006.

4.5. Alocação dos dados amostrais

Pelo fato da ESF trabalhar com a idéia de microáreas e não de setor censitário, em sua territorialização, foi preciso transferir as informações sobre as microáreas de atuação das equipes coletadas em cada unidade de saúde para o mapa do município, construído a partir dos cartogramas do IBGE, determinando quais setores censitários fariam parte das áreas cobertas e não-cobertas pelas ESB considerando os critérios de inclusão e exclusão.

Estas informações são relativas às principais variáveis as quais, sabidamente, exercem influência sob as variáveis de estudo, entre elas as de natureza socioeconômica. A partir da “Base de dados por setor censitário”, disponibilizada pelo IBGE, foram selecionadas algumas variáveis socioeconômicas, as quais compuseram um índice classificatório final⁷¹, para que o emparelhamento pudesse ser realizado. No quadro a seguir, estas variáveis estão descritas mais detalhadamente.

Quadro 1. Descrição das variáveis utilizadas para a construção do indicador agregado. Natal, RN. 2009.

Variável	Natureza	Descrição
Escolaridade	Educacional	Média de anos de estudo do chefe da família contados a partir do 1º ano do ensino fundamental
Analfabetismo adultos	Educacional	% de responsáveis por domicílios particulares permanentes não-alfabetizados
Analfabetismo infantil	Educacional	% de indivíduos de 5 anos analfabetos
Renda média	Econômica	Rendimento nominal mensal médio do setor (em reais) relativo aos chefes de domicílios particulares permanentes
Desemprego	Econômica	% de responsáveis por domicílios particulares permanentes sem rendimento
Pobreza	Econômica	% de responsáveis por domicílios particulares permanentes com renda até meio salário mínimo
Acesso a água tratada	Sanitária	% de domicílios com água fornecida por rede geral
Instalações Sanitárias	Sanitária	% de domicílios sem banheiro
Lixo	Sanitária	% de domicílios com lixo coletado

Com o Índice Geral obtido para cada um dos setores, estes foram categorizados, a partir da distribuição percentil, em quatro faixas: Muito Baixo, Baixo, Médio e Alto codificadas com 1, 2, 3 e 4 respectivamente.

Uma vez estabelecido o universo a ser incluído, foram sorteados 10 setores das áreas cobertas pelas ESB, os quais formaram o grupo de intervenção. Para compor as áreas de não intervenção (o grupo controle), foi realizado um emparelhamento intencional com 10 setores a partir dos dados constantes nas bases de dados dos setores censitários considerando, também, a proximidade geográfica.

4.6. Variáveis

A variável de interesse explanatória é a presença de saúde bucal na ESF na área. Entre as variáveis de resposta (dependentes), estão aquelas relativas à situação de saúde bucal e que possuem a capacidade de serem influenciadas pela presença da equipe de saúde bucal.

Quadro 2. Demonstrativo das variáveis utilizadas no estudo. Natal/RN, 2009.

Variável	Característica	Descrição
Presença ESB/ESF	Independente Principal	Presença ou não das ESB/ESF
Renda Familiar	Independentes Confundidoras	Rendimento familiar
Renda per capita		Renda individual
Aglomeración Domiciliar		Número de moradores dividido pelo número de cômodos da residência
Escolaridade da Mãe		Número de anos de estudo da mãe
Número de Bens		Número de bens
Idade		Idade
Sexo		Gênero do indivíduo
Acesso a serviços	Dependentes	Acesso à consulta odontológica no último ano
Prevalência de dor de dente e outros agravos		Prevalência de dor de origem dentária, sangramento gengival e lesão oral
Cobertura de tratamento odontológico		Cobertura de tratamento de dor dentária, sangramento gengival e lesão oral

4.7. Tamanho da Amostra

O tamanho da amostra foi calculado considerando o efeito da intervenção (saúde bucal na ESF) sobre a variável acesso a serviços. Tendo em conta os resultados da pesquisa em Natal-RN (2006), 78% da população teve acesso a consulta odontológica em áreas cobertas pela saúde bucal na ESF, contra 63% de acesso em áreas não-cobertas. Disso resulta, portanto, um efeito de 20% da intervenção sobre a variável no grupo controle.

O tamanho da amostra para estudos de intervenção é, em geral, calculado a partir deste efeito presumido da intervenção (em nosso caso, a implantação da ESB na ESF) associado a determinados valores de α (confiança) e β (poder). De acordo com técnica proposta por Altman³ e utilizada, também, por Roncalli e Lima⁷¹, foi aplicado um poder (β) de 0,85 e com um nível de significância (α) de 0,05, resultando em um tamanho de amostra de 300 indivíduos.

A este tamanho mínimo, acrescentou-se um fator multiplicador equivalente a 1,5, correspondente ao efeito de desenho (*design effect*), uma medida necessária, considerando-se que as unidades amostrais foram obtidas a partir de um estágio de sorteio (os setores censitários) e não de uma amostra casual simples. Finalmente, acrescentou-se, ainda, 20% a este tamanho para compensar eventuais perdas, uma vez que se trabalhará com amostras sem reposição. A amostra final resulta, portanto, em um total de 495 indivíduos.

Tendo em conta o efeito da idade sobre o desfecho “acesso ao serviço odontológico” claramente demonstrado em estudos como a PNAD 2003²⁴, uma pré-estratificação foi realizada, considerando os grupos etários de 0 a 12 anos (crianças), 13 a 19 (adolescentes), 20 a 59 (adultos) e 60 anos ou mais (idosos). Tomou-se como base a proporção da população em cada uma dessas faixas etárias da amostra, considerando, ainda, que um mínimo de 495 indivíduos fosse pesquisado no estrato de 13 a 19 anos. Desse modo, o tamanho final da amostra ficou em 3.240 indivíduos em cada grupo totalizando 6.480.

4.8. Alocação dos elementos amostrais

O primeiro estágio, o qual consiste no sorteio dos domicílios a serem pesquisados, seguiu uma metodologia semelhante às pesquisas para avaliação de cobertura vacinal, proposta pela OMS. Foi sorteado um ponto inicial aleatório dentro do setor e em seguida uma estratégia de percurso. O entrevistador percorreu, a partir desse ponto e no sentido indicado, todo o setor até que tenha concluído o total de domicílios exigidos.

Todos os indivíduos participantes do estudo foram entrevistados em suas residências por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devidamente treinados para tal fim. O número de domicílios a ser percorrido para que se possa obter o número final de amostra foi estabelecido a partir da divisão do tamanho final da amostra pela média de indivíduos por domicílio, obtida em cada conjunto de setores sorteados.

4.9. Instrumentos e estratégias de coleta de dados

Foi desenvolvida uma ficha que foi aplicada pelos ACS nos domicílios (apêndice 2). Este questionário-entrevista, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 3), foi aplicado junto ao informante mais qualificado do domicílio, sendo, portanto, um instrumento que agrega informações relativas a todos os residentes no domicílio. Para o treinamento dos agentes, foi desenvolvido um manual de instruções, contendo informações relativas ao preenchimento da ficha e às técnicas de reconhecimento da área e dos domicílios.

Os ACS foram treinados em oficinas de trabalho de 12 horas de duração (três turnos). No primeiro turno, foi feita a discussão dos objetivos do estudo e suas principais características. Em seguida, o treinamento propriamente dito foi realizado a partir da discussão do manual de instruções e da ficha de coleta, além do reconhecimento dos mapas dos setores e identificação das áreas de trabalho e dos percursos. No segundo turno (tarde) os ACS fizeram um piloto em suas áreas de atuação e, no terceiro turno, foram esclarecidas todas as dúvidas a respeito do exercício e estabelecidos os encaminhamentos e prazos da pesquisa.

Desse modo, é importante destacar que os dois momentos da pesquisa (2006 e 2009) diferenciam-se pela coleta de dados ter sido realizada pelas ASBs no primeiro estudo e neste ter sido acrescida a variável sexo. No que se refere à unidade amostral, em 2009, os setores censitários avaliados são os mesmos de 2006.

4.10. Análise dos dados

O banco de dados da pesquisa foi construído em um *software* específico, desenvolvido em linguagem *Visual Objects*. O módulo de entrada de dados deste programa permitia a criação de critérios de entrada dos dados, facilitando a digitação e eliminando possíveis erros. Após a digitação, os bancos foram exportados para a plataforma SPSS versão 17.0, onde foram realizadas as análises. Inicialmente foram estabelecidas rotinas para a verificação da consistência dos dados para que, posteriormente, fossem realizadas as análises.

Considerando o modelo teórico do estudo, as variáveis independentes e os desfechos foram devidamente trabalhados no sentido de comporem um modelo de análise multivariada. Uma vez que foram coletados dados de prevalência, os efeitos líquidos de cada variável foram obtidos por Regressão de Poisson, a qual estima a Razão de Prevalência ajustada para as variáveis confundidoras.

Tendo em conta que esta pesquisa compõe uma segunda avaliação em uma coorte de municípios, a variável “tempo” foi evidentemente incorporada na análise. Foram avaliadas, por meio de painel demonstrativo, as eventuais diferenças nos desfechos de áreas cobertas pela ESB/ESF e cobertas pelo Modelo Tradicional e, conseqüentemente, os diferentes comportamentos com relação ao impacto da intervenção.

4.11. Implicações éticas

Esta pesquisa é caracterizada como um estudo de intervenção, entretanto a mesma não foi realizada pelos pesquisadores, uma vez que já aconteceu (a implantação da saúde bucal na ESF). Desse modo, na perspectiva do pesquisador, sua ação foi de observação do comportamento de determinados indicadores a partir da sua análise na população. Configura-se, pois, como uma pesquisa de risco mínimo, em que não são estabelecidas possibilidades de risco à saúde dos pesquisados.

Aos respondentes foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) mediante esclarecimento do objetivo da pesquisa bem como os conteúdos deste documento ficando facultada a participação no estudo. Ademais, o referido projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, obtendo registro no SISNEP sob o nº 0030.0.051.000/09.

5. Resultados

5.1. Análise descritiva

Conforme descrito na metodologia, o estudo foi composto por dois grupos: o experimental, representado pelos 10 setores censitários com atuação da Equipe de Saúde Bucal da ESF e o grupo controle formado pelos 10 setores emparelhados com atuação do Modelo Tradicional representado pelo PACS, ESF sem Equipe de Saúde Bucal ou Unidades Básicas de Saúde.

Tabela 1. Demonstrativo do tamanho final da amostra. Natal, RN. 2009.

	Amostra		Taxa de Perda
	Calculada	Final	(%)
Grupo Experimental	3.240	3.101	4,29
Grupo Controle	3.240	3.010	7,09
Total	6.480	6.111	5,69

A partir da tabela 1, constatou-se que a taxa de perda amostral foi pequena (5,69%) em relação ao esperado no cálculo do tamanho da amostra (20%).

É válido destacar que todos os setores sorteados participaram da amostra, não houve, portanto, nenhuma exclusão.

Tabela 2. Distribuição dos indivíduos pesquisados segundo situação da coleta de dado e o tipo de cobertura em Natal, RN. 2009.

	Cobertura									
	ESB/PSF		PSF		PACS		UBS/NC		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dado Coletado	3.064	98,8	301	100	2.100	99,9	597	98,4	6.062	99,0
Domicílio Fechado	27	0,9	0	0,0	0	0,0	6	1,0	33	0,5
Recusa	10	0,3	0	0,0	2	0,1	4	0,7	16	0,3
Total	3.101	100,0	301	100,0	2.102	100,0	607	100,0	6.111	100,0

Legenda: ESB/ESF=Estratégia Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal; PACS=Programa de Agentes Comunitários de Saúde; UBS=Unidade Básica de Saúde; NC=Não Coberto

A partir da Tabela 2 verificou-se que o PACS apresentou o maior número de registros (n=2.100) dentre os tipos de cobertura do Modelo Tradicional.

Como observado, o estudo contou com uma boa participação da população na medida em que o dado foi coletado em 99,2% dos domicílios pesquisados. Uma provável razão para este baixo número de recusas seria o fato das entrevistas terem sido realizadas pelos agentes comunitários de saúde, dada a sua habilidade na função e proximidade com a comunidade. Diferenciando-se do primeiro estudo, cujos dados foram captados pelas ASBs.

Originalmente, os dados foram obtidos por domicílio através do representante mais capacitado para responder ao questionário, porém, eles foram transformados em dados por indivíduo totalizando 6.111 registros.

Quadro 3. Distribuição dos indivíduos pesquisados segundo setor censitário e tipo de cobertura em Natal/RN, 2009.

ESB/PSF				Modelo Tradicional			
Setor	Faixa	n	%	Setor	Faixa	n	%
24081005060002	1	337	10,9	24081005060157	1	317	10,5
24081005060010	1	304	9,8	24081005090108	1	351	11,7
24081005060006	2	309	10	24081005090002	1	323	10,7
24081005060039	2	229	7,4	24081005090089	2	301	10
24081005060047	2	310	10	24081005090098	2	284	9,4
24081005060062	2	312	10,1	24081005090100	2	285	9,5
24081005060093	2	290	9,4	24081005090102	2	282	9,4
24081005060166	2	239	7,7	24081005090104	2	283	9,4
24081005060115	3	329	10,6	24081005060155	2	318	10,6
24081005090039	4	442	14,3	24081005090114	3	266	8,8
Total		3.101	100,0			3.010	100,0

Legenda: ESB/ESF=ESF com Equipe de Saúde Bucal

Este quadro demonstra uma equilibrada distribuição da amostra entre os setores censitários não apenas em relação ao número de indivíduos participantes por setor (média de 300) como também à classificação socioeconômica descrita na metodologia (1-muito baixa, 2-baixa, 3- média e 4-elevada) entre as áreas cobertas pelas ESB/ESF e cobertas pelo Modelo Tradicional.

Os setores censitários destacados correspondem àqueles não coincidentes com o estudo realizado em 2006. São, na sua maioria, relativos às áreas descobertas pela Estratégia Saúde da Família. Desse modo, 60% dos setores que compõe as áreas cobertas coincidem com o primeiro momento do estudo em 2006, um deles (24081005090089) deixou de ser coberto

totalmente pela ESB/PSF e, portanto, tornou-se pertencente às áreas cobertas pelo Modelo Tradicional. Contrariamente, os setores 24081005060002 e 24081005060047 agora são cobertos pela ESF e os setores 24081005060155 e 24081005060157 mantiveram-se descobertos pela ESF.

Tabela 3. Medidas de tendência central e dispersão das variáveis sócio-demográficas em áreas cobertas pelas ESB/ESF e pelo Modelo Tradicional em Natal/RN, 2009.

Variáveis	Cobertura							
	SB/ESF (n=3.101)				Modelo Tradicional (n=3.010)			
	Média (IC95%)	Q25	Med	Q75	Média (IC95%)	Q25	Med	Q75
Idade	31,34 (30,63-32,05)	16	28	46	34,31 (33,55-35,07)	17	32	49
Anos de estudo da mãe	6,62 (6,30-6,93)	4,00	7,00	10,00	6,11 (5,83-6,39)	4,00	5,00	8,00
Nº de cômodos	5,82 (5,69-5,96)	5,00	6,00	7,00	5,25 (5,12-5,38)	4,00	5,00	6,00
Aglomeraco Domiciliar	0,74 (0,71-0,77)	0,50	0,67	0,83	0,76 (0,73-0,79)	0,50	0,67	1,00
Nº de bens	5,41 (5,23-5,39)	4,00	5,00	7,00	7,17 (6,98-7,36)	5,00	7,00	10,00
Renda Familiar	921,35 (869,62-973,08)	465,00	800,00	1.000	1.570,41 (1.433,67-1.707,15)	600,00	1.000	1.600
Renda per capita	271,74 (253,68-289,80)	117,50	200,00	310,00	500,39 (451,69-549,09)	200,00	325,00	500

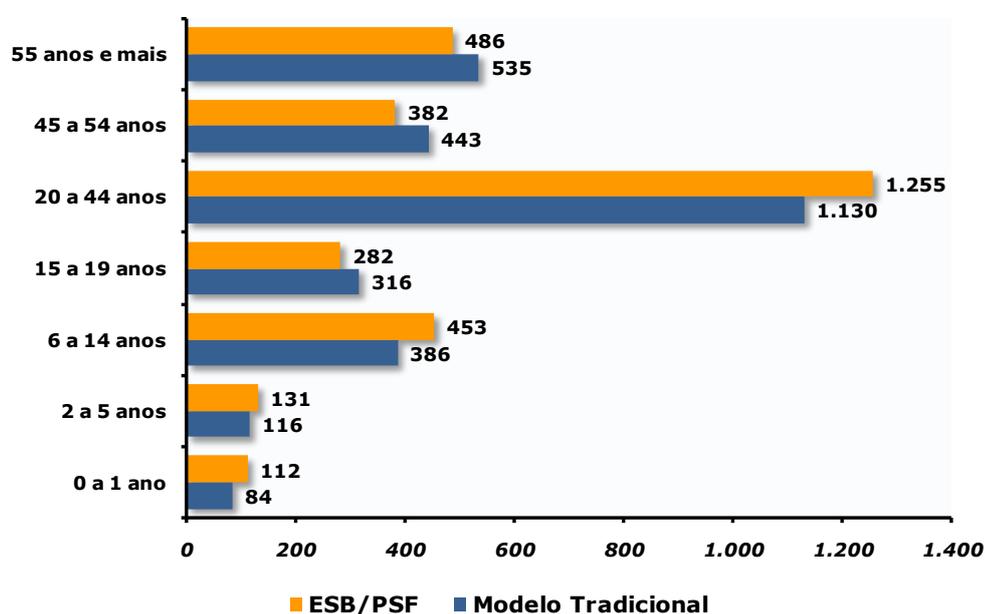
Legenda: ESB/PSF=PSF com Equipe de Sade Bucal

De acordo com a tabela 3, é possvel constatar que, em relao às variáveis econmicas (nmero de bens, renda familiar e per capita) houve uma discrepncia entre as áreas cobertas pelas ESB/ESF e as áreas sob cobertura do Modelo Tradicional, fazendo-se necessria, portanto, a realizao de uma anlise multivariada atravs da Regresso de Poisson a fim de complementar o emparelhamento.

Tabela 4. Distribuição por sexo em áreas cobertas pelas ESB/ESF e pelo Modelo Tradicional em Natal/RN, 2009.

Sexo	Cobertura				Total		Qui ² (p valor)
	ESB/PSF		Modelo Tradicional				
	n	%	n	%	n	%	
Masculino	1.396	45,7	1.310	43,7	2.706	44,7	4,03
Feminino	1.661	54,3	1.686	56,3	3.347	55,3	(0,26)
Total	3.057	100,0	2.996	100,0	6.053	100,0	

Legenda: ESB/ESF=ESF com Equipe de Saúde Bucal

**Figura 2.** Distribuição da amostra segundo faixa etária e tipo de cobertura. Natal/RN, 2009.

No que se refere à caracterização da amostra segundo a distribuição por sexo e faixa etária, verifica-se uma baixa variabilidade entre os tipos de cobertura indicando que a idade não é uma variável que cause viés à pesquisa. A mesma conclusão é alcançada em relação ao sexo, pois, entre as áreas cobertas pelas ESB/ESF e o Modelo Tradicional não há diferença significativa ($p=0,26$).

Portanto, constata-se que a amostra é representativa da população de Natal tendo em vista o controle de vieses relativos às condições socioeconômicas, demográficas e geográficas dos tipos de cobertura da atenção à saúde que são desenvolvidos no município.

5.2. Análise Multivariada

Apesar de ter sido realizado o emparelhamento intencional com a finalidade de minimizar os possíveis vieses socioeconômicos, torna-se relevante uma análise multivariada que complemente este emparelhamento. Sendo assim, a tabela abaixo representa as variáveis que compuseram o modelo de análise considerando o valor de $p < 0,020$ como limite para a inclusão no modelo de análise multivariada.

Tabela 5. Associação entre as variáveis confundidoras e as variáveis dependentes. Natal/RN, 2009.

Variáveis Dependentes	Variáveis Confundidoras		
	Número de bens	Escolaridade da Mãe	Renda per capita
Morbidade Dentária auto-referida	$p < 0,001$	$p = 0,030$	$p < 0,010$
Prevalência de dor de origem dentária	$p = 0,337$	$p < 0,010$	$p = 0,684$
Consulta ao dentista no último ano	$p = 0,040$	$p < 0,010$	$p < 0,010$
Tratamento da dor de origem dentária	$p < 0,001$	$p = 0,002$	$p < 0,010$
Tratamento Restaurador	$p = 0,030$	$p < 0,010$	$p = 0,126$
Tratamento Mutilador (Exodontia)	$p = 0,051$	$p < 0,010$	$p = 0,011$
Acesso a ações preventivas individuais	$p = 0,049$	$p < 0,010$	$p < 0,010$
Acesso a ações preventivas coletivas	$p < 0,001$	$p < 0,010$	$p < 0,010$

Tabela 6. Comparação entre os modelos de cobertura e indicadores de saúde bucal. Natal/RN, 2009.

Variáveis	Cobertura						Q ²	p	RP	p(aj.)	RP(aj.)*
	SB/ESF		Modelo Tradicional		Total						
	n	%	N	%	n	%					
Morbidade dentária auto-referida	1.744	57,9	1.909	64,4	3.653	61,1	25,84	p<0,001	1,11 (1,07-1,16)	p<0,001	1,08 (1,06-1,09)
Prevalência de dor de origem dentária	638	21,3	813	27,5	1.451	24,4	31,18	p<0,001	1,29 (1,18-1,42)	p<0,001	1,05 (1,03-1,07)
Consulta ao dentista no último ano	874	29,1	812	27,4	1686	28,3	1,88	p=0,170	1,06 (0,98-1,15)	p=0,074	0,99 (0,97-1,00)
Tratamento de dor de origem dentária	346	54,1	417	50,2	763	51,9	2,03	p=0,154	1,08 (0,98-1,19)	p=0,449	0,98 (0,95-1,02)
Tratamento restaurador	343	11,4	535	18,1	878	14,7	51,63	p<0,001	1,58 (1,39-1,79)	p<0,001	0,96 (0,95-0,97)
Tratamento mutilador (Exodontia)	276	9,2	440	14,9	716	12,0	44,57	p<0,001	1,61 (1,40-1,81)	p<0,001	0,96 (0,95-0,97)
Acesso à ações preventivas individuais	567	18,9	521	17,6	1.088	18,3	1,68	p=0,195	1,08 (0,97-1,20)	p=0,586	1,00 (0,99-1,01)
Acesso a ações preventivas coletivas	323	10,8	291	9,8	614	10,3	1,28	p=0,257	1,09 (0,94-1,27)	p=0,454	1,00 (0,99-1,00)

(*) Ajustadas, pela Regressão de Poisson, para sexo, idade e variáveis socioeconômicas conforme descrito na Tabela 5.

Pela tabela 6, pode-se observar que a ESF com Equipe de Saúde Bucal impactou positivamente na demanda por tratamento dentário e prevalência de dor de dente. Houve diferença, do ponto de vista estatístico, entre as áreas com e sem cobertura pela Estratégia e que independentemente do sexo, idade e das condições socioeconômicas, os indivíduos que moram em áreas cujo modelo de atenção é o tradicional apresentam mais chances de relatarem necessidade de tratamento odontológico e dor de dente.

No que se refere às variáveis “acesso ao dentista” e “cobertura de dor de dente” observa-se que não houve diferença entre os grupos estudados, mesmo ganhando um pouco de significância após a análise multivariada (de p=0,17 para p=0,07 e de p=0,15 e para p=0,09, respectivamente) esta não foi suficiente para afirmar que essas variáveis têm comportamentos diferentes em ambos os modelos de atenção.

No que diz respeito à cobertura das ações recuperadoras e cirúrgicas a ESB/ESF gerou impacto negativo em relação ao Modelo Tradicional.

Em relação aos procedimentos preventivos e educativos, observou-se ausência de impacto da ESF correspondendo a, aproximadamente, 18% e 10%, respectivamente, das atividades realizadas.

Os resultados relativos às demais variáveis de agravos bucais como sangramento gengival e lesões orais não são apresentadas na pesquisa em função dos seus valores absolutos e percentuais terem sido muito pequenos, tornando-os pouco contribuidores para o estudo.

Inicialmente, o presente trabalho não objetivava fazer análise por faixa etária, porém, no decorrer das avaliações foi levantada a necessidade de verificar como se desdobrava o comportamento das variáveis dependentes nos diferentes grupos etários. Para tanto, a amostra foi dividida em quatro faixas etárias: os indivíduos com idade entre 0 e 14 anos pertenceriam ao grupo das crianças, 15 e 19 anos ao grupo dos adolescentes, entre 20 a 59 anos aos adultos e com idade igual ou superior a 60 anos ao grupo dos idosos.

Tabela 7. Morbidade dentária auto-referida segundo a faixa etária em áreas cobertas pelas ESB/ESF e pelo Modelo Tradicional em Natal/RN, 2009.

Faixa Etária	Cobertura				Total		Qui ² (p-valor)	RP (IC95%)	p(aj.)	RP(aj.)*
	ESB/ESF		Modelo Tradicional							
	n	%	n	%	n	%				
0-14 anos	377	55,4	335	59,2	712	57,1	1,62 (0,203)	1,07 (0,97-1,18)	(0,207)	1,02 (0,99-1,06)
15-19 anos	181	65,6	234	74,3	415	70,2	4,92 (0,026)	1,13 (1,02-1,26)	(<0,001)	1,09 (1,04-1,14)
20-59 anos	1075	61,4	1127	67,0	2202	64,1	11,81 (<0,001)	1,09 (1,04-1,15)	(<0,001)	1,07 (1,05-1,09)
60 anos ou mais	111	36,8	213	52,9	324	45,9	17,37 (<0,001)	1,44 (1,21-1,71)	(<0,001)	1,18 (1,12-1,24)

(*) Ajustadas, pela Regressão de Poisson, para sexo, idade e variáveis socioeconômicas conforme descrito na Tabela 5.

Na análise desmembrada por faixa etária, verifica-se que o maior percentual de morbidade dentária auto-referida ocorreu nas áreas sob a cobertura pelo modelo tradicional sendo significativa para todos os grupos com exceção do grupo etário de 0 a 14 anos.

Tabela 8. Consulta ao dentista no último ano segundo a faixa etária em áreas cobertas pelas ESB/ESF e pelo Modelo Tradicional em Natal/RN, 2009.

Faixa Etária	Cobertura						Qui ² (p-valor)	RP (IC95%)	p(aj.)	RP(aj.)*
	ESB/ESF		Modelo Tradicional		Total					
	n	%	n	%	N	%				
0-14 anos	202	29,7	137	24,2	339	20,1	4,30 p=0,038	1,22 (1,02-1,47)	(0,261)	1,02 (0,99-1,05)
15-19 anos	88	31,8	111	35,4	199	11,8	0,69 p=0,405	0,90 (0,72-1,13)	(0,025)	0,95 (0,90-0,99)
20-59 anos	521	29,8	476	28,4	997	59,1	0,79 P=0,374	1,05 (0,95-1,17)	(0,189)	0,99 (0,97-1,00)
60 anos ou mais	63	20,9	88	21,8	151	8,9	0,04 P=0,843	0,96 (0,72-1,28)	(0,123)	0,97 (0,94-1,00)

(*) Ajustadas, pela Regressão de Poisson, para sexo, idade e variáveis socioeconômicas conforme descrito na Tabela 5.

A tabela 8 mostra que no quesito acesso, houve inversão da significância estatística após a análise multivariada para o grupo etário infantil (de p=0,038 para p=0,261) e dos adolescentes (p=0,405 para p=0,025). Para as demais faixas etárias não houve diferença entre os grupos pesquisados.

Tabela 9. Prevalência de dor de dente segundo a faixa etária em áreas cobertas pelas ESB/ESF e pelo Modelo Tradicional em Natal/RN, 2009.

Faixa Etária	Cobertura						Qui ² (p-valor)	RP (IC 95%)	p(aj.)	RP(aj.)*
	ESB/ESF		Modelo Tradicional		Total					
	n	%	n	%	n	%				
0-14 anos	128	19,0	124	22,1	252	17,3	1,67 p=0,195	1,17 (0,94-1,45)	(0,622)	1,01 (0,97-1,05)
15-19 anos	63	22,6	122	39,0	185	12,7	17,70 p<0,001	1,73 (1,33-2,23)	(<0,001)	1,14 (1,07-1,21)
20-59 anos	395	22,6	471	28,1	866	59,6	13,15 p<0,001	1,24 (1,11-1,39)	(<0,001)	1,05 (1,02-1,07)
60 anos ou mais	52	17,3	96	23,8	148	10,1	3,97 p=0,046	1,37 (1,02-1,86)	(0,017)	1,06 (1,01-1,12)

(*) Ajustadas, pela Regressão de Poisson, para sexo, idade e variáveis socioeconômicas conforme descrito na Tabela 5.

A tabela 9 revela que a prevalência de dor de dente é mais frequentemente referida pelos indivíduos residentes em localidades onde não há a presença da ESF havendo diferença estatística. Exceção para as crianças que apesar de apresentar maior percentual no grupo sob a

cobertura do modelo tradicional, esta diferença não é estatisticamente significativa. Indicando que a ESF é fator de proteção para a prevalência de dor dentária.

A tabela 10 apresenta uma comparação entre o presente estudo e outro realizado em 2006. A tabela também mostra a análise do comportamento do grupo de intervenção e controle a partir de variáveis de agravos à saúde bucal, acesso a serviços e cobertura dos tipos de ações reparadoras, mutiladoras, preventivas e de educação em saúde.

Avaliação longitudinal do impacto da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família

Tabela 10. Resultados dos indicadores de saúde bucal em áreas com ESB/ESF e o Modelo Tradicional nos anos 2006 e 2009. Natal/RN.

Ano		Agravos à Saúde Bucal				Acesso a serviço odontológico				Cobertura de ações curativo-reparadoras				Cobertura de ações preventivas			
		Morbidade Dentária auto-referida		Prevalência de dor de origem dentária		Consulta ao dentista no último ano		Tratamento de dor de origem dentária		Tratamento restaurador		Tratamento mutilador (exodontia)		Acesso a ações preventivas individuais		Acesso a ações preventivas coletivas	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2006	SB/ESF	1.460	56,8	598	23,2	553	21,4	168	28,1	319	55,9	259	45,2	267	46,4	249	9,6
	Modelo Tradicional	1.604	64,4	558	22,4	679	27,1	177	31,8	408	60,1	405	58,8	377	55,1	313	12,7
	p	<0,001	↑	0,524	○	<0,001	↓	0,172	○	0,132	○	<0,001	↓	<0,001	↓	<0,001	↓
	RP (IC95%)	1,15 (1,10-1,20)		0,97 (0,88-1,08)		1,33 (1,19-1,47)		1,14 (0,95-1,35)		1,08 (0,98-1,19)		1,25 (1,11-1,43)		1,25 (1,12-1,39)		1,35 (1,15-1,61)	
2009	SB/ESF	1.744	57,9	638	21,3	874	29,1	346	54,1	343	11,4	276	9,2	567	18,9	323	10,8
	Modelo Tradicional	1.909	64,4	813	27,5	812	27,4	417	50,2	535	18,1	440	14,9	521	17,6	291	9,8
	p	<0,001	↑	<0,001	↑	0,074	○	0,449	○	<0,001	↓	<0,001	↓	0,586	○	0,454	○
	RP (IC95%)	1,08 (1,06-1,09)		1,05 (1,03-1,07)		0,99 (0,97-1,00)		0,98 (0,95-1,02)		0,96 (0,95-0,97)		0,96 (0,95-0,97)		1,00 (0,99-1,01)		1,00 (0,99-1,00)	
Diferença 2006 e 2009	SB/ESF	-1,1		1,9		-7,7		-26		16,7		13,6		-18,5		-27,4	
	Modelo Tradicional	0		-5,1		-0,3		-18,4		-5,8		4,6		-9,1		-23,1	

Valores de "p" e Razão de Prevalência (RP) ajustada pela Regressão de Poisson e respectivos intervalos de confiança. Os símbolos indicam impacto positivo (↑), ausência de impacto (○) e impacto negativo (↓) tendo como referência o Modelo ESB/ESF.

De acordo com o período observado, é possível constatar que não houve alteração na variável de auto referência à morbidade dentária, ficando as áreas cobertas pelo Modelo Tradicional com o maior percentual (64,4%) e as áreas cobertas pelas ESB/ESF com 56,8% e 57,9% em 2006 e 2009, respectivamente, mantendo a significância estatística.

Em relação à prevalência de dor dentária, verifica-se diminuição de, aproximadamente, 2% no grupo experimental enquanto ocorreu aumento de cerca de 5% no grupo controle. Como resultado, alterou o quadro de ausência de impacto sobre esse indicador em 2006 para a produção de impacto positivo em 2009.

No quesito acesso, os dados mostram avanço favorável das ESB/ESF. Na primeira avaliação, a seta está apontando para baixo indicando impacto negativo sobre essa variável, pois, mais indivíduos que residem em áreas cuja cobertura é oferecida pelo Modelo Tradicional relatam ter visitado o dentista no último ano, 27,1% contra 21,4% das ESB/ESF. Em 2009, no entanto, ocorre uma inversão desse quadro com alteração significativa no grupo de intervenção (de 21,4% para 29,1%). Essa aproximação percentual entre os dois grupos em estudo provocou a ausência de impacto.

Com a finalidade de verificar a capacidade do serviço em ofertar assistência nos casos de urgência odontológica, foi utilizada a variável “tratamento de dor dentária” e, segundo os resultados apresentados na tabela 10, apesar de entre os grupos não ter havido uma modificação significativa a ponto de reduzir o valor de p para $<0,001$, é possível fazer algumas interessantes avaliações. No ano de 2006, o maior percentual equivalente a 31,8% foi encontrado no grupo controle. Em 2009, houve ampliação desse indicador em ambos os modelos, porém, com maior atuação do grupo experimental.

Do ponto de vista da relação entre a presença de dor e o tratamento, ocorreu expansão nos dois grupos. Contudo, a evolução satisfatória é creditada ao grupo de intervenção. Entre os três anos avaliados menos indivíduos residentes em regiões de cobertura da Estratégia Saúde da Família passaram a referir dor de dente e destes, passou de 28,1% em 2006 para 54,1% em 2009 que obtiveram tratamento de urgência.

A tabela 10 também apresenta o comportamento da cobertura das ações curativo-reparadoras e preventivas individuais e coletivas. Os dados revelam que ambos os grupos reduziram o percentual de exodontias realizadas. No entanto, a RP de 0,96 é estatisticamente maior no grupo controle. A avaliação longitudinal também revelou que o grupo experimental

reduziu seu percentual de restaurações realizadas, porém, o inverso ocorreu no grupo controle. Na perspectiva da cobertura, esses fatos representam impacto negativo da ESF frente a esses indicadores.

No que se refere ao indicador de acesso às ações de prevenção individual considerada como realização de profilaxia e aplicação de flúor, o estudo mostrou ausência de efeito em 2009. Do ponto de vista longitudinal, foi possível verificar que ambos os grupos ampliaram os percentuais dessas atividades com maior atuação das ESB/ESF.

Quanto à educação em saúde, de 2006 a 2009, as ESB/ESF passaram a realizar maior número de atividades educativas. No entanto, ainda não em quantidade suficiente para definir sua diferenciação em relação ao Modelo Tradicional.

6. Discussão

A metodologia empregada no presente estudo foi pensada objetivando comparar áreas cobertas pelas ESB/ESF e cobertas pelo Modelo Tradicional como também eliminar os possíveis vieses socioeconômicos. Para tanto, foi realizado o emparelhamento intencional e a análise multivariada. Como resultado obteve-se baixa taxa de perda (5,69%) em relação ao esperado (20%) pelo cálculo do tamanho da amostra, 99% do dado coletado correspondendo a 6.111 registros e bom equilíbrio socioeconômico entre os setores participantes da amostra evidenciando a fidedignidade dos dados.

A principal reflexão a cerca das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família é a sua oportunidade de atuar de maneira diferente do Modelo Tradicional. Isso significa ampliar o acesso aos serviços especialmente para os grupos de risco social e biológico e que seja ofertada atenção odontológica e não apenas assistência. De outro modo, na proposta inclui ofertar serviço integral aos usuários na dimensão da prevenção, promoção e recuperação.

A análise longitudinal dos resultados revela que as equipes de saúde bucal da ESF do Município de Natal tiveram melhora no desempenho quando comparadas com as equipes do Modelo Tradicional no decorrer do período de 2006 a 2009. No primeiro momento investigado, as ESB/ESF não haviam conseguido produzir impacto positivo nos indicadores de agravos (prevalência de dor dentária), de acesso a serviço (consulta ao dentista no último ano) e de cobertura das ações. Contudo, dados levantados em 2009 mostraram que algumas situações estão sendo superadas.

Na medida em que as equipes vão amadurecendo suas práticas, melhoras devem ser percebidas com o decorrer do tempo considerando que já são freqüentes as discussões que permeiam aspectos ligados à formação profissional, processo de trabalho em equipe multidisciplinar, condições trabalhistas, necessidade de educação permanente com vistas à aproximação cada vez maior do profissional com seu campo de atuação no SUS, maior compreensão do objeto (família) e incorporação da lógica da ESF enquanto política pública remodeladora da atenção primária em saúde.

Em relação à utilização de serviço odontológico, a tabela 10 mostra ausência de impacto da ESF em 2009. No entanto, a partir de uma avaliação um pouco mais atenta é possível verificar que, após 3 anos de atuação, as equipes de saúde bucal na ESF ampliaram

seu percentual para essa variável enquanto no grupo controle (Modelo Tradicional) manteve-se praticamente o mesmo. Essa aproximação percentual gera a perda da significância estatística a qual define a diferença entre os grupos.

Balizando sobre essa questão e avaliando os documentos técnicos do município como o Plano Municipal de Saúde para o triênio 2006-2009⁵⁵ e os Relatórios de Gestão de 2006⁵⁶ e 2009⁵⁷ admite-se pensar no fortalecimento dessa evolução da ESF referente ao aumento de 8% do acesso na medida em que o primeiro documento define como meta a expansão da cobertura para 77% da população e equiparação do número de equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal. Porém, de acordo com os dados do Relatório de Gestão dos anos de 2006 e 2009, esses objetivos não foram alcançados. Na verdade, a cobertura foi reduzida de 45,97% para 33,43% e hoje são 106 ESB para 116 ESF.

Ainda sobre a utilização de serviços odontológicos há uma legítima discussão na literatura sobre o seu condicionamento pelas questões sociais e econômicas.

Sawyer apud Goldbaum³⁷ relacionam o modo e a intensidade de utilização de serviços com o nível de qualidade de vida e de conhecimento dos indivíduos sobre a saúde e rede de serviços, capacidade de auto-avaliação do seu estado de saúde, suas expectativas, as práticas de auto-cuidado, autonomia e existência de redes alternativas bem como a escolaridade, sexo, idade e condição socioeconômica.

Corroborando com esse fato, o estudo de Rocha e Goes⁶⁹, realizado em Campina Grande/PB evidencia que o acesso aos serviços de saúde bucal supostamente maior em áreas não cobertas pela ESF poderia ser fortemente explicado pelo sexo do indivíduo, renda e escolaridade e não propriamente uma limitação do Programa. Os autores chamam essas variáveis de predisposição, facilitação e necessidade.

A Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006²¹ que estabelece as diretrizes para a (re)organização da atenção básica preconiza o desenvolvimento do trabalho sob a égide da universalidade, equidade e integralidade.

Na perspectiva da universalidade, alguns estudos^{33,41,42,76} encontraram expansão do indicador de acesso após a implantação da ESF. E do ponto de vista da saúde geral, outros autores relacionam a atuação da ESF como importante elemento de amenização das iniquidades sociais em saúde.

Segundo Macinko ⁴⁴, o incremento de 10% de cobertura da Estratégia Saúde da Família equivale a reduzir a mortalidade infantil em 4,56%. Mais do que o acesso à água (2,92%) e leitos hospitalares (1,35%) podem promover.

Aquino ⁷ apresentam os resultados do seu estudo e mostram que o PSF tem contribuído para a queda da mortalidade infantil. Afirmam que seus efeitos foram mais fortes em áreas com as mais altas taxas de mortalidade infantil e baixo índice de desenvolvimento humano antes do programa ser iniciado, sugerindo que o PSF pode contribuir para a redução das iniquidades sociais em saúde no Brasil.

De acordo com o estudo de Guimarães ³⁹ o PSF impactou na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda/PE pelas ações de imunização mesmo não havendo queda da pobreza absoluta ou aumento da cobertura das redes públicas de saúde nem de esgotamento.

Contrariamente Roncalli e Lima ⁷¹ não encontraram diferença significativa entre áreas cobertas e não cobertas pelo PSF nos indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte do Nordeste brasileiro.

Do ponto de vista da equidade da atenção, para Roncalli ⁷², o acesso na ESF deve priorizar os grupos de risco com vistas a minimizar o desenvolvimento da doença ou agravo. Ao ampliar o acesso aos serviços de saúde, em especial das camadas da população mais carentes socialmente, a ESF atua no sentido de reduzir a magnitude das disparidades presentes na Saúde, ação que é mais efetiva à medida que os serviços oferecidos tenham maior cobertura e qualidade ¹⁰.

A fim de conhecer o comportamento das variáveis nas diferentes idades, foi feita uma análise por faixa etária no período de 2009 e como resultado, observou-se que, entre os grupos amostrais, o acesso a dentista no último ano foi diferente com significância estatística apenas para o grupo dos adolescentes. Para os demais, ambos os modelos de atenção apresentaram comportamento semelhante.

Os aspectos sociais e econômicos também determinam a acessibilidade dos adolescentes nos serviços de saúde. No trabalho realizado em Pelotas/RS, Araújo ⁸ identificaram que os determinantes da utilização de serviços odontológicos entre adolescentes, adultos e idosos foi a escolaridade superior a 9 anos de estudo, maior nível socioeconômico e auto referência à existência de problemas bucais.

Semelhantemente Davoglio³⁰ por meio de uma pesquisa realizada com estudantes adolescentes da rede pública municipal de Gravataí/RS, constataram que maior foi a frequência anual de utilização de serviços odontológicos quanto mais alta a inserção sócio-econômica. Verificaram, ainda, que a maior busca de serviços por motivo preventivo ocorreu entre aqueles com melhor inserção sócio-econômica, os que se sentiram compreendidos pelos pais e os que não costumavam consumir doces.

Para Batista¹¹ apesar da condição sócio-econômica que caracteriza a estrutura família influenciar no acesso e utilização de serviços odontológicos, o autor destaca o importante papel promotor de saúde bucal infantil que a família assume no contexto social propiciando o desenvolvimento de comportamentos e adoção de hábitos saudáveis.

Quanto às variáveis de agravo, o Modelo Tradicional apresentou maior percentual nas variáveis de morbidade dentária auto-referida e prevalência de dor de dente em todas as faixas etárias com exceção da população infantil ($p=0,207$ e $p=0,622$, respectivamente) que foi semelhante em ambos os grupos pesquisados. De outro modo, os indivíduos que residem em áreas cuja atenção é prestada pela ESF, independente da idade, relatam sentirem menos necessidade de tratamento dentário e presença de dor de dente sugerindo que a ESF é fator de proteção para essas variáveis. Os dados relativos às crianças precisam ser vistos com cautela considerando que apesar da informação ter sido obtida do informante mais qualificado do domicílio não está perfeitamente livre de sofrer falhas em função de basear-se no relato da criança especialmente quanto à presença de dor.

O indicador de prevalência de dor é importante instrumento de avaliação e monitoramento e consiste no primeiro referencial de que a presença da Estratégia está conseguindo modificar uma dada realidade indesejável. A variável “tratamento de dor de dente” permite avaliar a capacidade do serviço quanto ao atendimento às urgências odontológicas e está relacionada com a prevalência de dor dentária. Nesse estudo, essa relação existente entre a variável de agravo “prevalência de dor dentária” e de acesso “tratamento de dor de origem dentária” mostrou uma melhora no desempenho das ESB/ESF nesse intervalo de 3 anos quando comparado ao Modelo Tradicional na medida em que não houve muita alteração no percentual da prevalência de dor de dente, porém, aumento do acesso ao tratamento desse quadro de dor.

Essa atuação está coerente com o preconizado na Portaria GM/MS nº 648²¹ no que

Lidiany Vasconcelos Leitão

diz respeito às urgências odontológicas. As ESB/ESF apesar de fazerem parte da atenção básica representam o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde e por essa razão, devem estar preparadas para prestar atendimento de urgência realizando procedimentos, administração de medicamentos a fim de minimizar o quadro inflamatório de dor e de proliferação bacteriana para a posteriori encaminhar para o serviço especializado da atenção secundária. Para tanto, é indispensável a adequada condição de trabalho a partir de estrutura física, de materiais de insumo, equipamentos e capacidade técnica.

Quanto aos indicadores de cobertura, verifica-se uma tendência a diminuir o percentual das ações curativo-reparadoras e aumentar as ações preventivas tanto de cunho individual como coletivo em ambos os modelos em avaliação.

Os resultados revelaram que o Modelo Tradicional realiza mais exodontias e restaurações que as ESB/ESF. Na perspectiva da cobertura, esse fato representa impacto negativo da Estratégia de Saúde da Família. Sendo assim, não é possível afirmar que há diferença clara no perfil dos dois modelos em estudo.

Retomando as orientações contidas na Portaria GM/MS nº 648 ²¹ a qual estabelece que as ações na atenção básica devem ser realizadas de forma a oferecer atenção integral à saúde, os procedimentos reabilitadores, preventivos e de promoção devem ser desenvolvidos concomitantemente tanto no nível individual como no coletivo.

Um resultado satisfatório seria que reduzindo a demanda por tratamento mutilador e restaurador, aumentasse a quantidade de atividades preventivas e de educação em saúde. Tendo em vista que é investindo nesses tipos de ações que será possível observar uma oferta de serviço odontológico menos oneroso e invasivo ao mesmo tempo em que se estimula a co-responsabilização do paciente na manutenção da sua saúde bucal representando a aplicação da cidadania.

Balizando sobre as questões relativas ao sistema de saúde/ESF é fundamental que os profissionais que atuam nele tenham uma visão dialética. De outro modo, é importante compreender que a recente democratização conquistada permitiu maior acesso da população à informação, com isso, cobrança dos seus direitos e surgimento de conflitos inerentes de um sistema que carrega em seu bojo um componente social. No campo da saúde e considerando a proposta do SUS, isso se traduz em alcance da universalidade e até da

equidade, mas é preciso suporte do sistema para dar resolubilidade à integralidade⁸⁰.

Narvai⁵² afirma que num certo sentido, a integralidade começa, mas, não termina nas ações assistenciais. É preciso mais, em outras esferas, em outras dimensões da vida social e política, transcendendo, e muito, os serviços de saúde.

Pimentel⁶⁵ verificaram que as atividades preventivas, representadas pela escovação supervisionada e aplicação de flúor, respondem pela maior porcentagem das ações desenvolvidas pela ESF.

No entanto, sabe-se que outras iniciativas associadas, como fluoretação das águas de abastecimento público, são responsáveis pela redução nos índices de morbidade dentária. Nesse sentido vale a pena resgatar o comprometimento político uma vez que Natal ainda não oferece aos seus municípios essa medida preventiva em observância à Lei nº 6.050 de 24 de maio de 1974.

Almeida e Ferreira¹, em seu estudo desenvolvido no município de Natal revelaram que as ações de caráter educativo realizadas pelos cirurgiões-dentistas eram voltadas mais fortemente para as crianças em âmbito escolar e para o grupo de hipertensos e diabéticos não sendo pautadas num planejamento prévio tomando como referência as necessidades da população. E as atividades preventivas também não mostraram um embasamento epidemiológico sendo feitas de forma acrítica e reproduzidas numa dimensão ainda de base escolar.

Esse fato remete a uma reflexão sobre a adequação do perfil dos profissionais de saúde bucal que atuam na ESF. Muitos deles têm uma visão basicamente clínica decorrente de sua formação acadêmica, são “selecionados” por critérios políticos e buscam na ESF uma alternativa de trabalho frente à saturação do mercado^{9,76}.

Martelli⁴⁸ destacam que o preparo profissional inadequado tem estreita associação com a atuação insatisfatória na ESF. Segundo os autores, o fato de o perfil profissional estar voltado para a clínica, influência de sua formação flexneriana e também a expectativa da comunidade, habituado ao atendimento curativo do profissional, refletem um atendimento meramente clínico e pontual.

Seguindo nessa perspectiva, Araújo e Dimenstein⁹ afirmam que são raros os cirurgiões-dentistas que optaram por atuar na ESF levando em consideração sua filosofia,

mas, sim em função da busca por alternativas de trabalho mediante a saturação do mercado por esses profissionais. Aliam-se a isto as questões relativas à formação acadêmica técnico-curativa, precarização do trabalho sem vínculos e garantias trabalhistas bem como a expectativa da população por procedimentos mutiladores e restauradores. O resultado dessa situação se expressa no não comprometimento que o profissional estabelece com seu trabalho e, por conseguinte, com a comunidade, resultando numa atuação ineficaz cujos produtos não se traduzem em resolubilidade.

Outros autores ^{1,9,62,63,67,76} também detectaram falhas no modo de atuação das equipes. Evidenciam que muitos profissionais mantêm suas práticas tradicionais havendo apenas uma mudança espacial e de nomenclatura gerando ausência de impacto na saúde dos indivíduos.

No caso do município de Natal, durante o processo de implantação das ESB/ESF ocorrida em 2000, houve um processo seletivo, porém, com o aproveitamento dos profissionais que já trabalhavam na rede para exercerem suas funções na ESF. De acordo com Germano ³⁶ eles receberam um breve treinamento introdutório mas que não contemplou a necessária compreensão da lógica de trabalho da ESF.

Ao pesquisar as condições de trabalho das equipes de saúde bucal num distrito sanitário de Natal, Rocha e Araújo ⁶⁷ identificaram que os cirurgiões-dentistas em sua maioria, apresentaram faixa etária entre 41 e 60 anos, eram mulheres, tinham entre 20 e 25 anos de formação e 43,10% não tinham especialização e aqueles que detinham não eram relacionadas à saúde coletiva.

As normas e diretrizes para organização da Atenção Básica são estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica ¹⁵ e no que se refere à Estratégia Saúde da Família determina que suas ações tenham caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional. Com base nos resultados deste trabalho admite-se afirmar que a ESF já deu o primeiro passo no processo de transição do modelo tradicional para o modelo proposto pela PNAB. Contudo é importante fortalecer o investimento nos profissionais que constituem a base do processo.

Objetivando avaliar a incorporação da saúde bucal na ESF com vistas à mudança do modelo assistencial no Rio Grande do Norte, Souza e Roncalli ⁷⁶ concluíram que a maioria dos municípios pesquisados apresentou pouco ou nenhum avanço. Foi identificada precariza-

ção das condições contratuais, de incorporação nas equipes e salariais sem isonomia gerando dificuldades nas relações de trabalho, além do não cumprimento da carga horária de 40 horas.

Cericato²⁷ afirmam que embora a ESF tenha introduzido uma nova lógica que rompe com a prática histórica da odontologia, muitas vezes o que ocorre é apenas a transferência linear do espaço de trabalho do CD. As autoras ressaltam a necessidade de implantação de sistemas de avaliação mais voltados para a captura de dados qualitativos que reflitam a vivência dos profissionais inseridos nesse processo de reorientação das práticas de atenção em saúde bucal.

Roncalli e Lima⁷¹ e Pereira⁶³ sinalizam que as diferentes experiências desenvolvidas pelas ESF país afora tem relação com os diversos modos de implantação. Nessa perspectiva, permeiam aspectos relacionados a recursos financeiros, políticos, humanos, processo de trabalho, participação popular, comprometimento da gestão local entre outros.

Na verdade a odontologia brasileira enfrenta um paradoxo, pois se por um lado tem reconhecimento internacional pela sua capacidade técnica e tecnológica, por outro é conhecido como o país dos banguelas⁵¹ no qual o elevado número de profissionais na área está concentrado nos grandes centros urbanos contribuindo com a crescente demanda reprimida nas regiões rurais especialmente do norte e nordeste.

E embora se constitua numa antiga prática, a Odontologia vem sendo vista como um gancho da saúde coletiva possivelmente por demandar grande complexidade e custo. Com a criação do PSF e a posterior inclusão da saúde bucal nas equipes e mais ainda após a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente, a odontologia tem avançado em passos largos confirmando sua importância complementar na efetivação da oferta de saúde integral à população.

Com o intuito de concretizar o princípio organizativo da regionalização proposto pelo SUS através do fortalecimento dos municípios, o Ministério da Saúde estabeleceu um incentivo financeiro para implantação das equipes da ESF e, posteriormente, para a inserção das equipes de saúde bucal. Desde então, observou-se um aumento expressivo do número dessas equipes por todo o país desenvolvendo experiências qualitativamente diferentes oriundas dos seus distintos modos de implantação os quais determinam o perfil de atuação das equipes da ESF e, conseqüentemente, das ESB.

Partindo desse pressuposto, é indispensável o estímulo à (auto)avaliação nos serviços prestados pelas equipes de saúde entendendo que não é tarefa fácil, porém, factível de ser realizada quando se tem critérios e objetivos bem claros além de governabilidade. De outro modo, pode-se afirmar que a avaliação pode e deve ser feita por quem conduz os serviços contemplando todas as esferas, ou seja, no nível central e periférico, desmistificando a idéia de que avaliação é algo para especialista. Desse modo, o fomento de metodologias para esses espaços é de suma importância.

Segundo Takeda ⁷⁹, avaliar é uma responsabilidade e as instituições não podem se furtar de exercê-la. Institucionalizar a avaliação significa incorporá-la ao sistema, possibilitando monitorar a capacidade dos serviços em responder às necessidades em saúde; acompanhar os efeitos das intervenções; identificar e corrigir problemas.

Para Tanaka ⁸⁰, a avaliação e o monitoramento precisam ser entendidos como elementos do trabalho cotidiano e realizados pelos provedores e executores dos serviços de saúde. Em consonância com Donadebian ³¹, o autor refere as três vertentes que compõe um processo avaliativo completo (estrutura, processo e resultado) que se complementam. Ainda discute a complexidade que permeia o assunto “avaliação” dada a carga social fortemente engajada no contexto Saúde.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, Natal avalia as ações da ESF por meio da AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade), instrumento avaliativo específico para a ESF, disponibilizado pela CAA/DAB do Ministério da Saúde e que compõe o componente III do PROESF–Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família ¹⁸. Contudo, esta investigação não dispõe de dados suficientes para averiguar o grau em que se encontra o município a partir da AMQ.

É legítimo admitir que esta investigação tem limitações do ponto de vista da compreensão da subjetividade que envolve a dinâmica dos serviços prestados. Para superá-la, é fundamental a elaboração de mais pesquisas avaliativas que contemplem outras vertentes como estrutura e processo bem como a utilização da abordagem qualitativa.

Para Rocha e Araújo ⁶, apesar das dificuldades ainda presentes, há uma compreensão de que a inclusão das ações de saúde bucal na ESF trouxe a incorporação de novos valores às práticas exercidas, abrindo a possibilidade para que haja uma verdadeira substituição das práticas tradicionais exercidas e um novo jeito de se fazer saúde.

O presente estudo revelou que as ESB/ESF do município de Natal obtiveram melhora no desempenho a partir das variáveis avaliadas considerando, ainda, que a análise multivariada realizada permite afirmar que esse resultado independe do sexo, idade e condições socioeconômicas.

Sendo assim, verificamos que em comparação à saúde pública brasileira a saúde bucal tem percorrido um curto espaço de tempo até o momento, sendo um “adolescente”. Portanto, é razoável compreender que os percalços enfrentados fazem parte desse amadurecimento da Estratégia, mas não diminuem a importância da permanente avaliação desse processo na busca de soluções corretivas.

7. Conclusão

Diante do exposto, conclui-se que os valores de p traduzem ausência de impacto sobre a utilização de serviços odontológicos no ano de 2009. Porém, na análise longitudinal, esse quadro relativo à variável “consulta ao dentista no último ano” não é decorrente de alterações no Modelo Tradicional, mas sim do aumento do acesso na Estratégia Saúde da Família e quanto à variável “tratamento de dor dentária” ambos os modelos em estudo expandiram seus percentuais, porém, não sendo possível afirmar que tiveram comportamento diferente do ponto de vista estatístico.

Em relação aos agravos bucais, a ESF impactou positivamente em função da prevalência de dor de dente ter sofrido acréscimo no Modelo Tradicional e decréscimo das equipes de saúde bucal da ESF. Quanto à variável “morbidade dentária auto-referida” não houve alteração no seu comportamento na avaliação dos períodos considerados mantendo o impacto positivo da ESF.

No que se refere à cobertura das ações não está clara a diferença entre os modelos estudados. Na perspectiva da cobertura dos procedimentos curativo-reparadores as ESB/ESF produziram impacto negativo. Todavia, ampliaram suas ações preventivas. Igualmente realizou o Modelo Tradicional não divergindo significativamente seus percentuais de modo que manteve o valor de $p < 0,05$.

Na avaliação comparativa foi visto bom desempenho/atuação das ESB/ESF, porém, não se distancia muito da atuação do Modelo Tradicional o que, invariavelmente, remete a reflexão se há, de fato, diferença entre os dois modelos. Essa discussão é interessante porque se trata de um programa que tem uma proposta inovadora que demanda recurso humano, financeiro e de processo de trabalho cuja organização é dada pelo vínculo estabelecido com a comunidade assistida. Sendo assim, verificar indicadores de modos de implantação, processo de trabalho, perfil da demanda e oferta de serviço torna-se imprescindível para a melhor compreensão desse desenvolvimento.

Portanto, a relevância desse trabalho consiste na oportunidade que ele oferece de promover inquietações, isto é, a confecção de vários “porquês” na medida em que não há parâmetros comparativos que possibilitem a obtenção de um resultado fechado.

Mas, está clara a necessidade de se incorporar a avaliação como elemento indispensável das práticas cotidianas dos serviços de saúde; desmistificar a idéia de que avaliação é assunto para especialista, pois, pode e deve ser feita pelos atores envolvidos na condução dos serviços; e buscar, paralelamente, outras vertentes avaliativas de Estrutura e Processo como também numa abordagem qualitativa.

A ESF deixou de ser um programa componente de uma política pública e se tornou uma Estratégia, ou seja, uma política de Estado. A conquista desse avanço alcançou um patamar tal cujo retrocesso é improvável. O que resta agora é acompanhar sistematicamente essa implementação vislumbrando a efetivação da universalidade, integralidade e equidade pregadas.

Uma outra questão a ser destacada é que os profissionais inseridos na Estratégia, leia-se os periféricos e os de nível central, tenham ciência da complexidade que permeia a atuação na ESF dada as circunstâncias biológicas, psicológicas, sociais e econômicas que fazem parte da Saúde e estejam sensíveis às contradições inerentes e à adequada flexibilidade exigida com vistas à adaptação às diferentes situações.

8. Referências Bibliográficas

1. Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(9): 2131-2140.
2. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(8): 1727-1742.
3. Altman, DG. *Practical statistics for medical research*. 1st ed. London: Champman & Hall; 1990.
4. Amorim C, Vicent RB. Abordagens de famílias: uma aproximação da psicologia. In: Moysés ST, Kringer L, Moysés SJ, coordenadores. *Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 89-100.
5. Andrade KLC, Ferreira e Ferreira E. Avaliação da inserção da odontologia no PSF de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 11(1): 219-227
6. Aquino R, Barreto ML. Programa saúde da família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(4): 905-914.
7. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in brazilian municipalities. *Am J Public Health* 2009; 99(1): 87-93.
8. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(5): 1063-1072.
9. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(1): 219-227.
10. Barros MBA. Equidade e Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2006; 15(4): 5-6.
11. Batista ACP. *A família como uma estratégia social na promoção da saúde bucal infantil*. [Monografia] Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2009
12. Bodstein R, Feliciano K, Hortale VA, Leal MC. Estudos de linha de base do projeto de expansão e consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Cad Saúde Pública* 2006; 11(suplemento)3: 725-31.
13. Brasil, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal

- prestada pelos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, 29 dez. 2000. Seção 1, p.85.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Projeto Promoção de Saúde. Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
 15. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 16. Brasil. Lei Federal 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set 1990, Seção, p.18.055.
 17. Brasil. Lei Federal 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990, Seção 1, p.25.694.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Informação em saúde. DATASUS. [Capturado 2010 dez 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rn.htm>
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Compreendendo melhor a saúde bucal na proposta avaliação para melhoria da qualidade: qualificação da estratégia saúde da família. [Capturado em 2010 dez. 28]. Disponível em: http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/AutoAvaliacaoESF/Home/pdf/Anexo_saude_bucal_sit_e_2.pdf
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 648/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 28 mar. 2006c.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 154 de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF. [capturado 2010 out. 12]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.

24. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. [capturado 2010 ago. 03]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.
25. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional por Amostra de domicílio. [capturado em 2011 fev. 12]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/panorama_saude_brasil_2003_2008/default.shtm.
26. Carvalho DQ, Ely HC, Paviani LS, Corrêa PEB. A dinâmica da equipe de saúde bucal no programa saúde da família. *Boletim da Saúde* 2004; 18(1): 175-184
27. Cericato GO, Garbin D, Fernandes APS. A inserção do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família: uma visão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das equipes de saúde bucal. *RFO* 2007; 12(3): 18-23.
28. Conill EM. Ensaio histórico conceitual sobre atenção primária à saúde: desafios para organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(Supl.1): s7-s16.
29. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM (orgs.). A política nacional de saúde bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica. *Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Série técnica* (11). Brasília, DF, 2006. p. 15-23.
30. Davoglio RS, Aerts DRGC, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(3): 655-667.
31. Donabedian A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: *Explorations in quality assessment and monitoring* (A. Donabedian). vol. I, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1980. p.3-31.
32. Draibe, SM. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira MCR, Carvalho, MCB, organizadores. *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo. IEE/PUC; 2004. p.15-42
33. Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(1): 35-41.
34. Fachini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da atenção básica à saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(Sup1): s159-s172.

35. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006 11(3): 533-563.
36. Germano RM, Formiga JMM, Melo MNB, Vilar RLA, Almeida Júnior JJ. Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade. [capturado 2010 ago. 10]. Disponível em http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/Capacitacao_equipes_PSF.pdf.
37. Goldbaum M.; Gianini, R.J.; Novaes, H.M.D.; César, C.L.G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(1): 90-99.
38. Goulart F. Saúde da família: boas práticas e círculos virtuosos. Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia. 2007. 238p.
39. Guimarães TMR, Alves JGB, Tavares MMF. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(4): 868-876.
40. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int. J. Epidemiol.* 1999; 28: 10-8.
41. Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(4): 809-819.
42. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no estado de Minas Gerais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14(Supl. 1): 1367-1377.
43. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage* 2004; 19(4): 303-317.
44. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol. Community Health* 2006; 60: 13-19
45. Macinko J, Harzheim E. Instrumento de avaliação da atenção primária: sua utilização no Brasil. *Rev Bras Saúde Fam* 2007; 14: 4-8.
46. Macinko J, Souza MFM, Guanais FC, Simões CCS. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1994-2004. *Soc Sci Med* 2007; 65(10): 2070-2080.

47. Marinho A, Façanha LO. Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. [capturado 2011 fev. 15]. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>
48. Martelli PJJ, Cabral APS, Pimentel FC, Macedo CLSV, Monteiro IS, Silva SF. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2008; 13(5): 1669-1674.
49. Medeiros-Junior A, Roncalli AG. Políticas de saúde no Brasil. In: Ferreira AMF, Roncalli AG, Lima KC. Organizadores. *Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar*. Natal: EDUFRN, 2004.
50. Narvai PC, Frazão P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: Moysés ST, Kringer L, Moysés SJ, coordenadores. *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 1-20..
51. Narvai PC. Brasil, 500 anos: país dos banguelas? *Qualidade de vida* 2000; 2(12):1-3.
52. Narvai PC. Integralidade na atenção básica à saúde bucal. Integralidade? Atenção? Básica? In: Garcia DV, organizadora. *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; 2005. p. 28-42.
53. Narvai PC. Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública* 2006; 40 (N-Esp). p. 141-147.
54. Narvai PC. Saúde: governo transgênico? *Revista ADUSP* 2003; (29): 28-33.
55. Natal. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Natal: 2006-2009*. Natal: Secretaria Municipal de Saúde; 2006. 114 p.
56. Natal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão 2006*. [capturado 2011 jan. 15]. Disponível em: <http://www.natal.rn.gov.br/sms/>
57. Natal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão 2009*. [capturado 2011 jan. 15]. Disponível em: <http://www.natal.rn.gov.br/sms/>
58. Natal. Secretaria Municipal de Turismo. [Acessado 2010 Out 10]. Disponível em: info@brasil_natal.com.br.
59. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(2): 241-246.
60. Oliveira SN, Silva SHG, Lunardelo SR. Programa de saúde da família como alternativa de mudança: um relato do município de Franca/SP. *Investigação* 2008, 8(1-3): 115-120.

61. Padilha WWN, Valença AMG, Cavalcanti AL, Gomes LB, Almeida RVD, Taveira GS. Planejamento e programação odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: estudo qualitativo. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr* 2005; 5(1): 65-75.
62. Patrício AAR. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal na população de Natal/RN. [dissertação]. Natal: Faculdade de Odontologia: UFRN; 2007.
63. Pereira CRS, Patrício AAR, Araújo FAC, Lucena EES, Lima KC, Roncalli AG. Impacto de estratégia saúde da família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(5): 985-996.
64. Pessoa LA. A inserção da equipe de saúde bucal no PSF e a construção da Política Nacional de Saúde Bucal: um breve histórico. Rio de Janeiro: 2008.
65. Pimentel FC, Martelli PJJ, Araújo Jr JLAC, Lima AS, Santana VGD, Macedo CLSV. Evolução da assistência em saúde bucal na estratégia de saúde da família do município do Recife (PE) no período de 2001 a 2007. *Rev Baiana de Saúde Pública* 2008; 32(2): 253-264.
66. PNUD. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Ranking do IDH-M dos municípios do Brasil [capturado em 2010 fev. 12]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>
67. Rocha ECA, Araújo, MAD. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no PSF: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal/RN. *RAP-Rio de Janeiro* 2009; 43(2): 481-517
68. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program; [cited 2010 out. 27]. Disponível em: <http://ideas.repec.org/p/iza/izadps/dp4119.html>.
69. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(12): 2871-2880.
70. Roncalli AG, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva* 1999; 2(1): 9-14.
71. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3): 713-724.
72. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. [tese]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2000

73. Schechtman A, Cortes BA, Munhoz Júnior E, Mendes EV, Wong Um JA, Medeiros M, et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: Finkelman J, organizador. Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 235-313.
74. Silva LM, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Cad Saúde Pública 1994; 10(1): 80-91.
75. Silveira Filho AD. A saúde bucal no Programa Saúde da Família: o desafio de mudar a prática. Rev PSF 2002: 36-43
76. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad Saúde Pública 2007; 23(11): 2727-2739.
77. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura; Ministério da Saúde; 2002.
78. Stralen CJ, Belisário SA, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24(Sup1): s148-s158.
79. Taketa S, Talbot Y. Avaliar, uma responsabilidade. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11(3): 564-576
80. Tanaka OU, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. 1ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP); 2004.
81. Trad LCB, Bastos ACS. O impacto sócio cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad Saúde Pública 1998; 14(2): 429-435.
82. Veloso RC, Araújo MRN. Avaliação da resolutividade do Programa Saúde da Família em municípios de pequeno porte no Estado de Minas Gerais. Rev APS 2009; 12(3): 238-243.
83. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o PSF. Physis: Ver Saúde Coletiva 2005; 15(suplemento): 225-264
84. Victora CG. Avaliando o impacto de intervenções em saúde. Rev Bras Epidemiol 2002; 5(1): 2-4.

9. Apêndices

Apêndice 1



MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER Nº 111/2009
(Final)

Prot. nº	029/09 – CEP-UFRN
CAAE	0030.0.051.000-09
Projeto de Pesquisa	Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: avaliação longitudinal do impacto sobre indicadores e sua relação com as estratégias de implantação
Área de Conhecimento	Ciências da Saúde – Odontologia – Grupo III
Pesquisador Responsável	Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira
Instituição Onde Será Realizado	UFRN Departamento de Odontologia
Instituição Sediadora	Secretarias Municipais de Saúde de Seis Municípios
Nível de Abrangência do Projeto de Pesquisa	Doutorado
Período de Realização	Início: junho de 2009 Término: dezembro de 2010
Revisão Ética	29 de maio de 2009

RELATO

1. RESUMO

Objetivo Geral: Avaliar o perfil de impacto em saúde bucal e a influência do modelo de desenvolvimento de municípios, sobre resultados produzidos através da implantação do PSF e do modelo municipalista de saúde. **Metodologia:** estudo quanti-qualitativo longitudinal envolvendo 9000 participantes (4500 homens e 4500 mulheres) adultos, residentes em 06 municípios sorteados entre 12 municípios integrantes do estudo "Impacto do PSF no perfil de saúde bucal: análises em municípios do Nordeste. Serão coletados dados sócio-econômicos, de saúde bucal e de saúde geral. Serão incluídas também análises documentais, pesquisas em bases de dados e entrevistas com informantes-chave. O banco de dados mapeados será analisado pelo Soft SPSS 16.0. Os participantes serão abordados em suas residências e locais de trabalho, após contato previamente efetuado e concordância em participar do estudo através da assinatura do TCLE. **Riscos e Benefícios:** o estudo é de risco mínimo e produzirá benefícios contribuindo para melhor organização e desenvolvimento das ações de saúde, em consideração com princípios e diretrizes do SUS.

2. PARECER

Isto posto, o CEP/UFRN manifesta-se pelo enquadramento do protocolo sob análise na categoria de PROTOCOLO APROVADO.

3. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador deve:

1. Entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 CNS – item IV. 2d);

Comitê de Ética em Pesquisa, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, CP 1666, Natal, RN, 59078-970. Brasil, fone/fax: xx (84) 3215-3135, e-mail cepufm@reitoria.ufrn.br, <http://www.etica.ufrn.br>

PARECER Nº 111/2009 - CEP-UFRN

2. Desenvolver a pesquisa conforme foi delimitada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS item III, 3z);

3. Apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p. 41);

4. Apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa (Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65); Apresentar ao CEP/UFRN.

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 08 de junho de 2009.



Dulce Almeida

COORDENADORA DO CEP-UFRN

Apêndice 2



Impacto do Programa Saúde da Família no perfil de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste com mais de 100 mil habitantes

Ficha de Coleta de Dados

Dados Gerais

Domicílio N° Ficha de Distrito Subdistrito Setor Entrev. _____

Cobertura do Programa: 1. PSF com SB; 2. PSF; 3. PACS; 4. UBS ou não coberto

Tempo de Cobertura (em caso de PSF/SB, PSF ou PACS): ano(s) 1. Dado coletado com sucesso
 2. Domicílio fechado/abandonado
 3. Recusa por qualquer motivo

Informações Socioeconômicas

N° de pessoas do domicílio N° de cômodos Renda Familiar em Reais

Anos de estudo da mãe N° de bens

Informações de Saúde

Saúde Geral

Número de crianças menores de 5 anos

Número de crianças menores de 5 anos que nos últimos 12 meses foram hospitalizadas por causa de IRA

Número de nascimentos nos últimos dois anos

Número de nascimentos com menos de 2500 gramas ocorridos nos últimos dois anos

Número de pessoas com hipertensão diagnosticadas nos últimos 12 meses

Número de pessoas com hipertensão sob tratamento nos últimos 12 meses

Número de pessoas com diabetes diagnosticadas nos últimos 12 meses

Número de pessoas com diabetes sob tratamento nos últimos 12 meses

Número de mulheres que estiveram grávidas por pelo menos 8 meses nos últimos dois anos

Número de mulheres grávidas nos últimos dois anos que receberam pelo menos 6 atendimentos de pré-natal

Saúde Bucal (use tantas fichas quantas forem necessárias)

Moradores

	1	2	3	4	5	6	7	8
Idade	<input type="text"/>							
Sexo (1-Masc; 2-Fem)	<input type="text"/>							

Para as questões abaixo, assinalar 1-Sim, 2-Não, 3-Não Sabe. Sempre tomar como referência o último ano

Acesso a Serviços de Saúde Bucal

Acha que necessita de tratamento dentário atualmente?	<input type="checkbox"/>							
Foi ao dentista da sua unidade de saúde?	<input type="checkbox"/>							
Fez obturação na sua unidade de saúde?	<input type="checkbox"/>							
Fez extração na sua unidade de saúde?	<input type="checkbox"/>							
Fez prevenção (limpeza, aplicação de flúor) na sua unidade de saúde?	<input type="checkbox"/>							
Participou de palestras sobre saúde bucal?	<input type="checkbox"/>							

Agravos e cobertura de Saúde Bucal

Teve dor de dente?	<input type="checkbox"/>							
Em caso positivo, foi tratado no serviço público local?	<input type="checkbox"/>							
Teve sangramento na gengiva?	<input type="checkbox"/>							
Em caso positivo, foi tratado no serviço público local?	<input type="checkbox"/>							
Teve ferida na boca?	<input type="checkbox"/>							
Em caso positivo, foi tratado no serviço público local?	<input type="checkbox"/>							

Apêndice 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Objetivo

Obrigado (a) pela sua participação como voluntário (a) em nossa pesquisa. O nosso objetivo é Avaliar o impacto do Programa Saúde da Família sobre a saúde bucal na população nordestina, residente em municípios com mais de 100 mil habitantes. Com isto serão obtidas informações para que possam ser produzidos novos conhecimentos e o desenvolvimento de novas práticas que ajudem na construção e consolidação do PSF como estratégia de reorganização da atenção básica do Sistema Único de Saúde.

Procedimentos

Procedimentos a serem realizados para aqueles que concordarem em participar do projeto:

Será aplicado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou por um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) um questionário-entrevista no intuito de obter informações relativas a todos os residentes no domicílio com relação à situação de saúde bucal e de saúde da criança..

Confidencialidade do Estudo

O registro da participação neste estudo será mantido em sigilo. Nós guardaremos os registros de cada indivíduo e somente os pesquisadores trabalhando na equipe terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do sujeito não será revelada.

Dano advindo da Pesquisa

Não se espera que você tenha problema algum em consequência da realização das atividades de pesquisa, porque estes não oferecem risco ou desconforto considerando-se que os dados serão obtidos através de um questionário-entrevista e nenhum exame clínico será realizado.

Participação Voluntária

Toda participação é espontânea e voluntária. Você não receberá nenhum pagamento por isto, mas, poderá ser ressarcido de alguma despesa oriunda dessa pesquisa. Entretanto, não há penalidade para alguém que decida não participar deste estudo.

Perguntas

Qualquer dúvida ou esclarecimento poderão contatar _____ no telefone: _____ ou ainda no e-mail: _____ ou _____ no telefone: _____ e e-mail _____.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

Declaro que, após ter lido e entendido o conteúdo deste termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estou de acordo com a participação no estudo descrito acima.

Autorizo também a publicação do referido trabalho, de forma escrita, podendo utilizar depoimentos. Concedo também o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade. Estou ciente que nada tenho a exigir a título de ressarcimento ou indenização pela minha participação na pesquisa.

Foram garantidos esclarecimentos que venhamos a solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que nossa desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa.

A nossa participação na pesquisa não implicará em custos ou prejuízos adicionais, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à nossa identificação.

Nome do indivíduo (letra de forma)

Assinatura ou impressão dactiloscópica

COMPROMISSO DO INVESTIGADOR

Eu discuti as questões acima apresentadas com os indivíduos participantes no estudo ou com o seu representante legalmente autorizado. É minha opinião que o indivíduo entende os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a este projeto.

Data: ___/___/___

Assinatura do Pesquisador

Lidiany Vasconcelos Leitão