

ANA LÚCIA SCHAEFER FERREIRA DE MELLO

**CUIDADO À SAÚDE BUCAL DAS PESSOAS IDOSAS: MELHORES  
PRÁTICAS EM SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE**

Florianópolis

2009

ANA LÚCIA SCHAEFER FERREIRA DE MELLO

**CUIDADO À SAÚDE BUCAL DAS PESSOAS IDOSAS: MELHORES  
PRÁTICAS EM SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE**

Florianópolis

2009

ANA LÚCIA SCHAEFER FERREIRA DE MELLO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor Odontologia – Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Professor Doutor Samuel Jorge Moysés

Florianópolis, 03 de abril de 2009.

### **Ficha Catalográfica**

M527c MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de

Cuidado à saúde bucal das pessoas idosas: melhores práticas em sistemas locais de saúde, 2009 [tese] / Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello – Florianópolis (SC): UFSC/Programa de Pós-graduação em Odontologia, 2009.

324p. il.

Orientador: Samuel Jorge Moysés.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Bucal. 2. Saúde do Idoso. 3. Odontologia – Promoção da saúde. 4. Políticas de saúde. I. Autor.

CDU – 616.314: 616-053.89

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

ANA LÚCIA SCHAEFER FERREIRA DE MELLO

CUIDADO À SAÚDE BUCAL DAS PESSOAS IDOSAS: MELHORES PRÁTICAS  
EM SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**Doutor em Odontologia**

e aprovada em sua forma final em 03 de abril de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva.

Dr. Ricardo de Souza Magini  
Coordenador do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr. Samuel Jorge Moysés  
Presidente

Dra. Simone Tetu Moysés  
Membro

Dra. Celina Maria Araújo Tavares  
Membro

Dra. Selma Regina de Andrade  
Membro

Dr. João Carlos Caetano  
Membro

Dra. Tânia Rosane Bertoldo Benedetti  
Membro

Dra. Betina Meirelles Hörner Schlindwein  
Suplente

*“Diante dessas gavetas e seus objetos desusados sou obrigada a pensamentos, e eles apenas me cansam enquanto deveriam apresentar soluções. Melhor seria agir e não ter nada a pensar. Diante das gavetas eu espero. Não é só isso que eu posso concluir ter achado alguma coisa. É certo que não sou eu a procurar a mim mesma nas gavetas. Cansei-me dessa busca metafísica do conhece-te-a-ti-mesmo. Seria uma bela solução a acalantar muitos dos espíritos. Procuro algo bem concreto e não esse camuflado desvio metafísico para o eu, a interioridade da alma que certamente não possuo. Se eu tivesse dentes, riria, mas, se tivesse dentes a esta altura, tudo seria qualitativamente outro. Dentes fazem a total diferença. São o tempo feito de osso. Se eu mudasse meu projeto...deveria, quem sabe, procurar por mim mesma entre gavetas, aceitando a corrupção socrática. Se alcançasse a dentadura... Ou eu seria a gaveta, e o que carrego por dentro, objetos guardados e não agulhas, papéis, cacos de coisas, ou eu estaria abrindo meu próprio corpo, e o que agora toco seriam meus intestinos e outras entranhas”.*

*em Magnólia  
de Marcia Tiburi (2005)*

Dedicada a todas as mulheres.

Cuando la vida me da golpes y me manda para el suelo  
es cuando yo mas siento que tengo que levantarme  
que dar la cara al miedo, es una forma de vencerlo  
no voy a darme por vencido, no voy a darle mi vida al miedo  
el miedo es un asesino que mata los sentimientos  
se que no estoy solo, yo se que Dios esta aquí adentro  
y necesito silencio para poder encontrar  
mi propia voz y mi verdad....  
y al final de la oscuridad  
no me siento solo, se que estas conmigo  
hoy voy a levantarme y no voy a resignar mi corazón  
hacer lo que quise y no pude  
no lo voy a aceptar hoy, voy a buscar estar mejor  
la vida tiene solución, aquí no hay nada imposible  
no creo en el jamás....

Juanes  
*No creo en el jamás*  
*La vida es un ratito (2008)*

A revolta era tamanha que pensou não agradecer a ser algum. Só a si mesma. Não foi possível. Seguidas vezes foi auxiliada, confortada, ouvida e motivada. Percebeu o valor da amizade, da escuta, da confiança e da troca. Então, transcendeu e decidiu...

Agradeço a todos que colaboraram para que este trabalho chegasse até aqui, dessa forma...

Em especial,  
ao povo antoniocarlense e aos participantes desta pesquisa,  
ao meu orientador Professor Dr. Samuel Moysés,  
aos meus professores e aos para-sempre-orientadores,  
aos membros desta Banca Examinadora,  
aos meus alunos e colegas,  
aos meus amigos e meus familiares,  
e aos meus anjos.

*Ana Lúcia*

MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. **Cuidado à saúde bucal das pessoas idosas: melhores práticas em sistemas locais de saúde**, 2009. Tese (Doutorado em Odontologia) - Curso de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 324p. Orientador: Professor Dr. Samuel Jorge Moysés.

## **RESUMO**

Objetivou-se neste estudo empregar “melhores práticas” no cuidado à saúde bucal de pessoas idosas, por meio do referencial teórico-metodológico do Modelo de Domínios Interativos de Melhores Práticas em Promoção da Saúde. Este referencial consubstancia uma tecnologia de gestão em saúde que considera a interação de domínios (fundamentos, compreensão do ambiente e práticas) e sub-domínios (valores, objetivos e preceitos éticos; fundamentos teóricos/conceitos e crenças; evidência; visão e análise da organização e da situação de saúde e práticas organizacionais, de saúde e de pesquisa/avaliação) como fatores de decisão-ação. Utilizando a abordagem da pesquisa-ação efetivou-se uma intervenção sob o referencial das melhores práticas em um sistema municipal de saúde. Simultaneamente, procedeu-se a uma reflexão sistemática e crítica entre atores envolvidos com a governança local, examinando seu potencial para transformar as práticas correntes segundo os princípios da Promoção da Saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de grupos focais, compostos por gestores, profissionais da saúde e idosos do município de Antônio Carlos, Santa Catarina, totalizando 20 pessoas. A partir das deliberações dos grupos e análise dos dados coletados foram propostas melhores práticas de cuidado à saúde bucal para a população idosa, fundamentadas nos princípios do Sistema Único de Saúde, da Estratégia Saúde da Família e da Promoção da Saúde. O conjunto da intervenção envolveu: a) avaliação da autopercepção em saúde bucal e utilização de serviços odontológicos por parte dos idosos investigados; b) mapeamento dos idosos do município, segundo doenças crônicas; c) caracterização da assistência odontológica oferecida aos idosos; d) estudo da governança em saúde e assistência social no município; e) participação em eventos comunitários envolvendo idosos; f) *screening* para lesões de mucosa em idosos; g) capacitação de agentes comunitários e profissionais de saúde bucal em melhores práticas; h) avaliação da cidade e da unidade de saúde enquanto espaços amigáveis aos idosos. O processo de desenvolvimento de melhores práticas em Antônio Carlos sustenta-se na expectativa de que um melhor padrão de saúde bucal dos idosos poderá ser alcançado mediante mudança de práticas organizacionais, do processo de trabalho em saúde, de pesquisa e de avaliação. A mudança possível decorre da disposição dos atores envolvidos em refletir e analisar criticamente os comportamentos, procedimentos e situações correntes. O vetor de impulsão para a melhoria contínua das práticas é o compromisso da governança local com os princípios da Promoção da Saúde. Mesmo num pequeno município, com insuficiência de recursos e de pessoal, demonstrou-se ser possível construir um conjunto de práticas de cuidado à saúde bucal das pessoas idosas e gerar conhecimento útil que aproxima os modelos teóricos com a realidade cotidiana, com vista a sua transformação.

Palavras-chaves: Atenção à Saúde, Saúde do Idoso, Saúde Bucal, Serviços de Saúde para Idosos, Sistemas de Saúde, Promoção da Saúde.



MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. **Oral health care for elderly people: best practices in local health systems**, 2009. Thesis (Doctorate in Dentistry) – Post Graduation Program in Dentistry, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. 324f. Supervisor: PhD Samuel Jorge Moysés.

## **ABSTRACT**

The aim of the present study was to apply the best practices for the oral health of care the elderly through the theoretical-methodological framework “Interactive Domain Model of Best Practices in Health Promotion”. This referential represents a health management technology which considers the interaction of domains (Underpinnings, Understanding of the Environment and Practice) and sub-domains (values, objectives and ethics; theory and concepts; beliefs; evidence; vision and analysis of the organization and of the scenario involving health and organizational practices, health practices and research/evaluation) as factors in decision making and action. Utilizing the action-research approach it was carried out an intervention at the Best Practice referential in a local health system. Simultaneously, it was carried out a systematic and critical reflection by the actors involved with local governance, examining its potential to transform current practices according to the principles of Health Promotion. Data were collected from focal groups formed by managers, health professionals and the elderly living in the municipality of Antônio Carlos, State of Santa Catarina, Brazil. In total, 20 subjects took part in this study. Based on the decisions made by the groups and on the analyses of data collected, the best practices were suggested for oral health in the elderly, built on the principles of the National Health Service, Family Health Strategy and Health Promotion. The group of interventions comprised: a) the assessment of self-perception regarding oral health and the use of dentistry services by the elderly people; b) the mapping of the elderly population of the municipality in terms of chronic diseases; c) the survey of dental assistance to the elderly; d) the study on the governance of health and social assistance in the municipality; e) the participation in community events for elderly people; f) the screening for oral mucosa lesions in elderly people; g) the development of the capabilities of health professionals in best practices; and h) the assessment of the city and of the health unit as age-friendly spaces. The process of development of Best Practices in Antônio Carlos is based on the expectation that a higher oral health standard for the elderly could be reached by means of a change in organizational practices, as well as in health, research and evaluation practices. The possible change depends on the willingness of the actors involved as regards the careful consideration and analysis of current behaviors, procedures and scenarios. The driving force for the continuous improvement of practices is the commitment of the local governance with the principles of Health Promotion. Even in a small town, which suffers the lack of resources and of staff, it is possible to build an indicative set of practices on oral health of the elderly and to generate useful knowledge to afford the approximation of the theoretical models to the reality as seen in everyday practice, with a view to the transformation of such practices.

**Key words:** Health Care (Public Health), Health of the Elderly, Oral health, Health Services for the Aged, Health Systems, Health Promotion.

MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. **Cuidado a la salud oral de las personas mayores: mejores prácticas en sistemas locales de salud**, 2009. Tesis. (Doctorado en Odontología) – Curso de Postgrado en Odontología, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 324f. Tutor: Profesor Dr. Samuel Jorge Moysés.

## **RESUMEN**

El objetivo de la investigación fue emplear mejores prácticas en el cuidado a la salud bucal de las personas mayores por medio del referencial teórico-metodológico del Modelo de Dominios Interactivos de Mejores Prácticas en la Promoción de la Salud. Ese referencial consubstancia una tecnología de gestión que considera la interacción de dominios (Fundaciones, Entendiendo el Ambiente y Prácticas) y sub-dominios (los valores, los objetivos y la ética; las teorías y concepto; creencias; la evidencia; la visión y análisis de la organización y de la situación de salud y practica organizacionales, de salud y de pesquisa/evaluación) como factores de decisión-acción. Utilizando el abordaje de la investigación-acción se ha hecho una intervención a la luz del referencial de Mejores Prácticas, en un sistema local de salud. Al mismo tiempo, se procedió una reflexión sistemática y crítica de los actores involucrados con la gobernanza local. La recolección de los datos ocurrió a través de grupos focales, compuestos por gestores, profesionales de la salud, y personas mayores de la municipalidad de Antônio Carlos, Santa Catarina, Brasil, totalizando 20 personas. Tras las deliberaciones de los grupos y análisis de los datos reunidos, se propusieron buenas prácticas del cuidado a la salud bucal para la población mayor, basado en los principios del Sistema de Salud Nacional, de la Estrategia Salud de la Familia y de la Promoción de la Salud. La intervención en su conjunto involucró: a) la evaluación de la auto percepción de la salud bucal y uso de servicios odontológicos por los mayores investigados; b) identificación de las personas mayores de la municipalidad según las enfermedades crónicas; c) el análisis de la asistencia odontológica ofrecida a las personas mayores; d) el estudio de la gobernanza en la salud y la asistencia social en la municipalidad; e) la participación en eventos de la comunidad para mayores; f) *screening* para las lesiones de la mucosa oral en mayores; g) entrenamiento de los agentes comunitarios y profesionales de la salud bucal en mejores practicas; h) la evaluación de la ciudad y de la unidad de salud como espacios amigos de los mayores. El proceso de desarrollo de Mejores Prácticas en Antônio Carlos se funda en la expectativa que padrones más altos de salud bucal de las personas mayor puede alcanzarse por el cambio en las prácticas organizacionales, del proceso de trabajo en salud, y de investigación y evaluación. El cambio posible pasa por la disposición de los actores en contemplar y analizar críticamente las conductas, procedimientos y situaciones corrientes. El vector de impulsión para la mejora continua de las prácticas es el compromiso de la gobernanza local con los principios de la Promoción de la Salud. Incluso en una pequeña municipalidad, con la falta de recursos y de personal, se ha demostrado posible construir un cuerpo indicativo de prácticas del cuidado a la salud bucal de las personas mayores y generar el conocimiento útil que aproxima los modelos teóricos con la realidad cotidiana, con vista a su transformación.

Palabras claves: Atención a la Salud, Salud del Anciano, Salud Oral, Servicios de Salud para Ancianos, Sistemas de Salud, Promoción de la Salud.

## Lista de Apêndices

- Apêndice 1 - Compromisso Formal da Prefeitura de Antônio Carlos
- Apêndice 2 – Roteiro para Grupo Focal
- Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Apêndice 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - *Screening*
- Apêndice 5 - Questionário Auto-avaliação em saúde bucal e Uso de serviços odontológicos (modificado SB-Brasil)
- Apêndice 6 – Legenda para códigos dos procedimentos odontológicos
- Apêndice 7 – Legenda para número dos dentes
- Apêndice 8 – Instrumento de avaliação da oficina de capacitação das ACS
- Apêndice 9 – Material educativo-informativo: panfleto
- Apêndice 10 – Ficha para *Screening* de lesões de mucosa
- Apêndice 11 – Encaminhamento para serviço de Estomatologia HU-UFSC
- Apêndice 12 – Tabela de resultado: Instrumento Cidade Amiga do Idoso

## Lista de Anexos

Anexo 1 - Parecer do Comitê de Ética da UFSC

Anexo 2 – Programação da 15ª. Festa do Idoso em Antônio Carlos

Anexo 3 - Instrumento Cidade Amiga do Idoso

Anexo 4 - Instrumento Unidade de Saúde Amiga do Idoso

## Lista de Quadros

Quadro 1 – Pilares da governança clínica: porque é necessário adotá-la? .....	50
Quadro 2 – Abordagens de Práticas de Promoção da Saúde.....	55
Quadro 3 - Comparação entre Pesquisa-ação e Pesquisa clássica.....	70
Quadro 4- Informações sobre os participantes dos grupos focais: aplicação do MDI de Melhores Práticas, Antônio Carlos, 2008.....	77
Quadro 5 – Informações sobre a realização dos grupos focais.....	80
Quadro 6 - Alguns indicadores do orçamento público em Saúde de Antônio Carlos (SC), 2007. ....	102
Quadro 7 - Carga horária dos cirurgiões-dentistas, Antônio Carlos (SC), 2008.....	104
Quadro 8 - Características de qualidade físico-química da água distribuída: teores de flúor, período de Fevereiro de 2008 a Janeiro de 2009, Antônio Carlos (SC). ....	105
Quadro 9 – Indicadores do Pacto pela Saúde, Antônio Carlos (SC), série histórica.....	108
Quadro 10 - Avaliação das ACS quanto à atividade Oficina “A Saúde Bucal do Idoso”, Antônio Carlos, 2008.....	187
Quadro 11 - Conjunto de informantes-chaves respondente do Instrumento Cidade Amiga do Idoso, Antonio Carlos, 2008.....	220

## Lista de Figuras

Figura 1 – Elementos da governança em entidades públicas. ....	45
Figura 2 - O MDI de Melhores Práticas: abordagem para uma saúde melhor <sup>112</sup> .....	67
Figura 3 - Interface do <i>software</i> do MDI de Melhores Práticas: planilha principal.....	86
Figura 4 - Planilha MDI de Melhores Práticas (tradução da autora).....	93
Figura 5 – O desenvolvimento de Melhores Práticas no cuidado à saúde bucal de idosos em Antônio Carlos: o processo.....	112

## Lista de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição da população residente em Antônio Carlos, segundo faixa etária, 2008. ....	97
Tabela 2 - Recursos humanos em saúde, Antônio Carlos (SC), 2008.....	100
Tabela 3 - Distribuição dos profissionais da saúde nas Equipes de Saúde da Família, Antônio Carlos (SC), 2008. ....	101
Tabela 4 – Teto financeiro municipal: valores mensais. Antônio Carlos, 2008.....	103
Tabela 5 - Distribuição dos óbitos, segundo causa CID-BR-10, Antônio Carlos (SC), 2005. ....	106
Tabela 6 - Distribuição dos óbitos de pessoas idosas, segundo causa CID-BR-10, Antônio Carlos (SC), 2005. ....	107
Tabela 7 - Internações, Valor Médio Internação, Dias Permanência, Média de Permanência, Óbitos e Taxa Mortalidade, segundo faixa etária idosa, de Janeiro a Outubro de 2008, Antônio Carlos (SC). ....	109
Tabela 8 - Internações segundo lista de morbidades CID-10, na faixa etária de 60 anos e mais, no período de janeiro a outubro de 2008, Antônio Carlos (SC). ....	110
Tabela 9 - Análise bivariada por meio do teste de Qui-quadrado de Pearson, para variável <i>Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico</i> . ....	174
Tabela 10 - Análise bivariada por meio do teste de Qui-quadrado de Pearson, para variável <i>Dor nos últimos três meses</i> . ....	175
Tabela 11 - Análise bivariada por meio do teste de Qui-quadrado de Pearson, para variável <i>Gênero</i> . ....	176
Tabela 12 - Análise bivariada por meio do teste de Qui-quadrado de Pearson, para variável <i>Idade</i> . ....	177
Tabela 13 – Análise multivariada relativa à variável <i>Dor nos últimos três meses</i> . ....	178
Tabela 14 - Análise multivariada relativa à variável <i>Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico</i> . ....	179
Tabela 15 – Distribuição dos idosos segundo área, micro-área, sexo, hipertensos, diabéticos e acamados em Antônio Carlos (SC), 2008. ....	181
Tabela 16 - Distribuição do número de consultas realizadas, segundo o número de usuários idosos, no período de 2005 até agosto de 2008, no serviço odontológico do CS, em Antônio Carlos (SC). ....	182
Tabela 17 - Distribuição dos procedimentos realizados em idosos, segundo tipo, no serviço odontológico do CS de Antônio Carlos (SC), no período de 2005 até agosto de 2008. ....	183
Tabela 18 - Distribuição dos elementos dentais alvos de procedimentos no serviço odontológico do CS de Antônio Carlos (SC), no período de 2005 até agosto de 2008. ....	185
Tabela 19 - Presença de dentes e lesões de mucosa entre as pessoas examinadas, Antônio Carlos (SC), 2008. ....	191
Tabela 20 – Uso de próteses totais e parciais removíveis entre as pessoas examinadas, Antônio Carlos (SC), 2008. ....	191
Tabela 21 - Distribuição das lesões de mucosa entre as pessoas examinadas, Antônio Carlos (SC), 2008. ....	192
Tabela 22 - Distribuição das lesões de mucosa detectadas, segundo tipo, Antônio Carlos (SC), 2008.....	193

## Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Tempo desde a última consulta de idosos com CD, Antônio Carlos (SC), 2007. ....	168
Gráfico 2 – Local onde idosos foram atendidos na última consulta com CD, Antônio Carlos (SC), 2007. ....	169
Gráfico 3 - Motivo da última consulta de idosos com CD, Antônio Carlos (SC), 2007. ....	169
Gráfico 4 - Autopercepção da saúde bucal de idosos, Antônio Carlos (SC), 2007.....	170
Gráfico 5- Autopercepção da aparência dos dentes de idosos, Antônio Carlos (SC), 2007. ....	171
Gráfico 6 - Autopercepção da capacidade mastigatória de idosos, Antônio Carlos (SC), 2007. ....	171
Gráfico 7 - Autopercepção da relação entre saúde bucal e o relacionamento com outras pessoas, Antônio Carlos (SC), 2007.....	172
Gráfico 8 - Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico imediato, Antônio Carlos (SC), 2007. ....	172
Gráfico 9 - Autopercepção da sensação dolorosa em dentes ou na boca, nos últimos três meses, Antônio Carlos (SC), 2007. ....	173
Gráfico 10 - Distribuição dos seis procedimentos mais realizados em idosos, segundo tipo, no serviço odontológico do CS de Antônio Carlos (SC), no período de 2005 até agosto de 2008. ....	184



## Lista de Abreviaturas

AB – Atenção Básica

AC – Antônio Carlos (município de)

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CASAN – Companhia Catarinense de Águas e Saneamento

CD – Cirurgião-dentista

CD-ESF – Cirurgião-dentista vinculado à Estratégia Saúde da Família

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CMAS – Conselho Municipal de Assistência Social

CMCS – Central de Marcação de Consultas

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Saúde

CS - Centro de Saúde

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

HU – Hospital Universitário

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IDM – *Interactive Domain Model*

MAPS – Ministério de Assistência e Previdência Social

MDI – Modelo de Domínios Interativos

MS – Ministério da Saúde

NHS-UK – *United Kingdom National Health Service*

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PAC - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSD – Processo Saúde-doença

PSF – Programa Saúde da Família

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SAMU – Serviço Atendimento Móvel de Urgência

SEAS - Secretaria de Estado da Assistência Social

SES – Secretaria de Estado da Saúde (de Santa Catarina)

SF – Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SMSAS – Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social (de Antônio Carlos)

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	1
I. INTRODUÇÃO .....	4
II. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
1. Evolução das políticas de saúde bucal no Brasil sob o enfoque da população idosa .....	13
2. Marcos institucionais para uma política de saúde bucal inclusiva dos idosos .....	19
3. O envelhecimento populacional e a expansão das necessidades de cuidados à saúde bucal .....	23
4. Envelhecimento e Promoção da Saúde.....	26
5. Gestão das práticas de saúde bucal.....	36
6. Governança e sistemas locais de saúde .....	41
7. Melhores práticas e Promoção da Saúde .....	52
8. Organizações de saúde, aprendizagem e melhores práticas .....	58
9. Modelo de Domínios Interativos de Melhores Práticas (MDI) .....	62
Histórico.....	62
Descrição geral.....	64
III. MÉTODOS .....	69
1. Desenho do estudo.....	69
2. Local da pesquisa .....	76
3. Participantes .....	76
4. Coleta de dados .....	78
Técnica do Grupo Focal .....	78
5. O processo de aplicação do MDI.....	81
6. Análise dos dados .....	85
7. Aspectos éticos .....	94
IV. RESULTADOS.....	95
1. O município de Antônio Carlos.....	95
2. Melhores práticas em Promoção da Saúde no cuidado à saúde bucal de idosos, no sistema local de saúde de Antônio Carlos: a contribuição dos grupos focais. ....	110
3. Melhores práticas em Promoção da Saúde no cuidado à saúde bucal de idosos, no sistema local de saúde de Antônio Carlos: algumas intervenções.....	166
3.1 Avaliação da autopercepção em saúde bucal e utilização de serviços odontológicos por idosos de Antônio Carlos: uma aproximação .....	167
3.2 Mapeamento dos idosos no município de Antônio Carlos, segundo sexo, condição crônica de saúde, por micro-área .....	179
3.3 Caracterização da assistência a idosos realizada pelo serviço odontológico no Centro de Saúde de Antônio Carlos - 2005 a agosto de 2008.....	182
3.4 Capacitação das ACS sobre a temática Saúde Bucal do Idoso .....	186
3.5 Participação da Saúde Bucal em eventos comemorativos envolvendo idosos.....	187
3.6 Exame bucal tipo <i>screening</i> para diagnóstico de lesões de mucosa .....	189
3.7 Estudo da governança em saúde e assistência social em Antônio Carlos.....	194
3.8 Cidade Amiga do Idoso: instrumento para a promoção do envelhecimento saudável.....	217
3.9 Centro de Saúde Amigo do Idoso: acessibilidade na estruturação do serviço de saúde.....	225
3.10 Capacitação para profissionais do serviço de saúde bucal: Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família - caminhos para a interdisciplinaridade.....	228
V. DISCUSSÃO.....	231
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	275
VII. REFERÊNCIAS.....	282

## APRESENTAÇÃO

---

Sem dentes. Sem sorriso. Comendo mal.  
Sem assistência. Sem alento. Vivendo só.  
Com menos tempo. Com cárie de raiz. Negligenciado.  
Com dor freqüente. Com analgésico e colutório. Estigmatizado.  
Com queda. Com violência. Dependente.  
Com dinheiro. Com pressão. Silente.  
Sem prótese. Sem protocolo. Sobrevivendo mais.  
Sem tratamento. Sem referência. Esperando paciente.  
Sem voz. Sem participação. Elegendo quem?  
Sem políticas. Sem verbas. Passando o tempo.  
ATÉ QUANDO?

Desde a faculdade, este cenário me sensibilizou e decidi construir uma vida acadêmica dedicada à pesquisa, com ênfase nas complexas relações sociais que ocorrem no processo de cuidar da saúde bucal das pessoas idosas.

Nestes últimos dez anos, por meio de diversos trabalhos de investigação e de extensão, e com a orientação de bons mestres, conheci de perto o que se passa em Florianópolis (SC), Porto Alegre (RS), e Granada (Espanha), principalmente no ambiente das instituições de longa permanência, e em Curitiba (PR), especificamente na área da violência e outros agravos contra idosos. Foram oportunidades significativas que me instigaram a direcionar um olhar diferenciado para o pequeno município, no contexto do SUS, e nele compreender o fenômeno das práticas de cuidado aos idosos aí residentes, sejam mais ou menos autônomos, mais ou menos independentes.

Selecionei o município de Antônio Carlos, na Grande Florianópolis, por um fator singular: em 2000, apresentou o segundo maior IDH-longevidade do Brasil, conjugando elevada expectativa de vida e alta proporção de residentes com 60 anos ou mais. Eu que moro ao lado não poderia perder esta rara oportunidade. Contatos feitos, o município atendia a critérios essenciais: adotava um modelo de atenção à saúde baseado na

Estratégia de Saúde da Família; disposição das autoridades locais de permitir livre e amplo acesso às informações, procedimentos e funcionários do setor saúde; atuação integrada, quando necessária, por se tratar de uma pesquisa-ação; alguma organicidade do contingente idoso. Viabilizada a pesquisa, foi construído um profícuo ambiente de observação e experimentação, mediante troca de idéias, análises e práticas com os atores envolvidos no cotidiano do sistema local de saúde.

O arcabouço teórico-metodológico que orientou a postura da pesquisadora, bem como a dos participantes, frente às situações de pesquisa, esteve consubstanciado no “Modelo de Domínios Interativos de Melhores Práticas em Promoção da Saúde - MDI”. Conheci este referencial desenvolvido na *University of Toronto*, durante meu primeiro doutoramento no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, quando defendi a tese “Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência”.

A realidade universitária brasileira, o destino e o estímulo dos amigos me colocaram diante do desafio de um segundo curso de doutorado. Agora, no Programa de Pós-graduação em Odontologia – área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva, pude aprofundar e aplicar o MDI, que apresenta um bom potencial para trabalhos desta natureza, especialmente para esforços comunitários no campo da melhoria contínua de procedimentos associados à promoção da saúde. O possível sacrifício, que talvez a persistência explique, transformou-se em experiência rica e gratificante.

O cenário que desenhei na abertura desta apresentação ainda perdura na imensa maioria dos municípios. Contudo, onde houver gestores e profissionais comprometidos com o ideário da Promoção da Saúde, decididos a analisar criticamente suas práticas

com o objetivo de melhorá-las e dispostos a abrir espaços de decisão para o grupo idoso, estarão lançados bons fundamentos para inaugurar a reversão.

O relatório de tese inicia no Capítulo 1 com um texto breve que traz as justificativas teóricas, contextuais e epidemiológicas da realização do estudo. Segue uma revisão da literatura, no Capítulo 2, abordando: a evolução das políticas de saúde bucal no Brasil sob o enfoque da população idosa; os marcos institucionais para uma política de saúde bucal inclusiva dos idosos; o envelhecimento populacional e a expansão das necessidades de cuidados à saúde bucal no contexto da Promoção da Saúde; a gestão das práticas de saúde bucal, governança e melhores práticas; finalizando com a apresentação do MDI. O Capítulo 3 descreve os Métodos utilizados na investigação, detalhando participantes, coleta de dados, processo de aplicação do MDI e procedimentos de análise dos dados. Prosseguindo, o Capítulo 4 apresenta os Resultados, em dois grandes blocos: o primeiro reporta os dados produzidos pelos grupos focais e que fazem emergir as Melhores Práticas no cuidado à saúde bucal das pessoas idosas; e o segundo, expõe as várias intervenções impulsionadas pelo movimento de pesquisa-ação, com participação direta dos atores, seja na concepção, no planejamento, ou na implementação de tais atividades. O Capítulo 5, Discussão, procura aproximar os achados e intervenções, proporcionados pela pesquisa, do referencial teórico disponível, no sentido de constituir um corpo de conhecimento de base científica, calcado na pertinência, na validade e na originalidade. As Considerações Finais, apresentadas no Capítulo 6, encerram o relatório de tese de modo a sintetizar os achados e promover uma reflexão sobre a experiência da pesquisa abrindo novas possibilidades de investigação àqueles(as) que engendrarem pelos caminhos do cuidado à saúde bucal das pessoas idosas.

*Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello*

## I. INTRODUÇÃO

---

O ser humano sabe que sua condição no mundo é precária e a sua existência é frágil, fugaz e finita. Por isso, deseja longevidade e felicidade, metas que lhe dão significado e sentido à vida. No mundo da vida, a busca de boa qualidade para a existência humana fundamenta as exigências de cuidar e confortar <sup>1</sup>. O cuidado, afinal, pode prolongar a existência e melhorar a condição do ser humano no mundo.

As escolhas humanas para suprirem as necessidades de cuidado são presididas tanto por um pensamento racional instrumental, maximizador das utilidades, como por uma racionalidade substantiva, de base ética <sup>2</sup>. A complementaridade de ambas as razões compõe a esfera da auto-realização do ser humano e move indivíduos e organizações na direção do aperfeiçoamento, do fazer melhor, inclusive em saúde. Com efeito, nesse campo a evolução do conhecimento humano tem sido admirável, a expectativa de vida se amplia e o futuro parece ser promissor. Todavia, é notável a iniquidade na apropriação desses avanços, o que revela a outra face do ser humano.

É neste contexto que se problematiza a saúde bucal da população idosa, no Brasil e em outros países. Apesar do notável desenvolvimento da tecnociência, relativamente poucos são os beneficiários. O contingente de pessoas idosas se expande aceleradamente e tem sido negligenciado o seu cuidado <sup>3</sup>. Além disso, a saúde bucal nem sempre constituiu prioridade nas ações de saúde.

O cuidado à saúde bucal implica, nas esferas individual e coletiva, um processo dinâmico e contínuo de reconhecimento da influência das condições bucais nas diversas dimensões da vida. Trata-se de uma construção cotidiana que pressupõe uma visão integral do ser humano e das suas relações com outros seres, com as organizações de saúde, com a sociedade e com o meio ambiente <sup>4</sup>. Esta é a perspectiva de Botazzo

(2006) <sup>5</sup>, quando propõe a superação da visão odontológica, restrita aos limites dento-gingivais e de suas condições de saúde e doença, e, em consequência, reconhece a “produção social” imanente à bucalidade do ser humano, compreendida em pelo menos, três dimensões da vida em sociedade: manducação, linguagem (comunicação) e erótica. Tal conceito de bucalidade entende a boca como “território” que por sua condição de produção e consumo, definida culturalmente, apresenta “contornos e configurações diferenciados”, tornando-se objeto também das ciências humanas e sociais.

É nesse outro campo das ciências que se encontram explicações para o fato de que o domínio da dimensão técnica de procedimentos odontológicos e linhas de conduta clínica no âmbito biológico, reconhecidamente com avanços expressivos, não asseguram automaticamente uma melhor condição de saúde bucal das populações, do ponto de vista epidemiológico. Os males que afetam a saúde bucal e, particularmente, a saúde bucal do idoso, derivam decisivamente de determinantes sócio-econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e organizacionais, que definem o tipo, os níveis e a gravidade das doenças bucais, ou seja, o respectivo padrão epidemiológico. Neste sentido, a literatura epidemiológica em saúde bucal traz à tona alguns questionamentos e dúvidas sobre a atual prática assistencial odontológica <sup>6,7,8,9</sup> na expectativa de que se amplie o acesso e a resolutividade orientados para o cuidado à saúde bucal.

De fato, a apropriação social dos conhecimentos científicos em saúde bucal depende da superação do distanciamento entre o saber acumulado e a prática corrente oferecida à população, não raro, nem oferecida. Este é um paradoxo: a incapacidade de levar aos necessitados os “melhores processos” de cuidado que a evidência científica pode proporcionar <sup>10</sup>. Similarmente, apesar das leis, das políticas, das intenções, o acesso dos idosos brasileiros ao oportuno e integral atendimento em saúde bucal, provido pelo Estado, frustra-se ante a insuficiência da cobertura populacional. Trata-se da grande



distância observável entre a retórica institucional e a prática da oferta em face da demanda. Os serviços públicos mostram-se despreparados para suprir esta demanda, juridicamente assegurada, mas não traduzida em acessibilidade e resolutividade.

Portanto, bem distantes da oferta efetiva da assistência e da atenção à saúde bucal<sup>a</sup> aos idosos situam-se tanto o saber científico disponível como as práticas que decorreriam do conjunto normativo-retórico que promete assegurar o direito a essa provisão. Os serviços públicos de saúde bucal, ainda limitados por não ofertarem uma gama mais ampla de procedimentos na Atenção Básica (AB) ou mesmo de média complexidade, como os reabilitadores, muitas vezes circunscrevem/limitam a prática assistencial à livre demanda tornando-a, devido à escassez de meios, pouco conservadora e até mesmo mutiladora<sup>11</sup>. Tais restrições são indutoras da perpetuação da demanda sintomática, cuja extração dentária é a única “porta de saída”. Sabe-se que a ausência dentária pode acarretar graves conseqüências para todos, independentemente de idade, especialmente se considerarmos o contexto da bucalidade já referido. Por outra parte, em face da ampliação da expectativa de vida, manter a população idosa descuidada, resulta adicionar novos e graves problemas de saúde, especialmente periodontais, de cárie de raiz e deficiências nutricionais<sup>12</sup>.

Fatos como a edição do Estatuto do Idoso, a formação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e outras iniciativas de boas práticas no âmbito de alguns municípios e estados são sinais positivos. Contudo, é epidemiologicamente preocupante a carga de doença bucodental acumulada e o respectivo fluxo previsível da

---

<sup>a</sup> Considera-se para fins deste estudo ‘atenção à saúde’ o conjunto de atividades intra e extra-setor saúde que, incluindo a assistência individual, aí não se esgota, atingindo grupos populacionais com o objetivo de manter saúde, o que requer realizar ações concomitantes sobre os determinantes do processo saúde-doença. Assim, atenção e assistência possuem significados distintos, e a assistência corresponderia ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, estejam ou não doentes. [Narvai, P.C.; Frazão, P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. FIOCRUZ: São Paulo, 2008. 148p. (Coleção Temas em Saúde)].

que surgirá nos anos à frente. A depender de como a sociedade brasileira se organize com vista à saúde bucal do idoso, variará essa carga. Como afirma Kalache (2007)<sup>13</sup>

na saúde, a coisa mais importante no Brasil é reforçar, capacitar a rede de atenção primária para que ela esteja mais voltada para essa população que envelhece. Hoje o SUS está muito voltado para a saúde materno-infantil.

A saúde bucal, de modo geral, e os cuidados de que dela emanam são interpretados no Brasil como um direito dos cidadãos, que deve ser garantido pelo Estado por meio de políticas públicas universais, aí contemplados os idosos, como categoria especial por sua freqüente fragilidade. A ausência da cobertura estatal é suprida, parcialmente, por um regime privado de provisão e produção de serviços odontológicos<sup>b</sup> que disputa e atende o segmento da demanda com capacidade de pagamento, restando ainda considerável contingente de população excluída do atendimento a suas necessidades mais elementares. Assim, como regra, o acesso restringe-se àqueles idosos que podem pagar o preço de serviços odontológicos no mercado privado, ou àqueles que tenham a ampará-los algum plano corporativo de saúde, o que geralmente é raro para os que alcançaram a fase idosa<sup>14</sup>.

Na sociedade contemporânea, o processo de cuidar é fundamentalmente mediado por organizações de saúde, sejam públicas, privadas ou do terceiro setor. Portanto, a construção de pontes para reduzir a distância entre o conhecimento disponível e o ser humano necessitado, entre o direito legislado e o exercício do direito institucionalizado, de modo a permitir a produção de práticas adequadas, é hoje dependente de um sistema organizacional público capaz de adotar tecnologias apropriadas de gestão<sup>c</sup>. Esse deslocamento da responsabilidade pela tarefa do cuidado em saúde (bucal inclusive)

---

<sup>b</sup> Incluída a intermediação das organizações empresariais e cooperativas que atuam com seguro de saúde (planos de saúde) financiado pelo beneficiário e/ou seu patrocinador corporativo.

<sup>c</sup> O Ministério de Ciência e Tecnologia brasileiro considera as tecnologias de gestão um conjunto de metodologias e técnicas organizadas na forma de um sistema de gerenciamento que busquem o alcance de objetivos estratégicos e operacionais de uma organização ou do ambiente onde se está atuando.

para o universo das organizações formais, especialmente as organizações públicas, está a exigir maior atenção para os aspectos associados à governabilidade institucional e governança das boas práticas em saúde <sup>15</sup>. Estes são conceitos que, progressivamente conjugam decisão política, alocação de recursos, evidência científica e competência técnica (clínica e gerencial). Tais elementos agregados compõem uma arquitetura organizacional capaz de dar conta da missão de prover acesso universal aos serviços, garantir e oportunizar a assistência, acolher e oferecer o efetivo cuidado à saúde bucal do idoso, inseridos num contexto amplo de promoção da saúde. Outros povos, considerando seus contextos locais, fizeram assim e buscam fazer melhor <sup>16</sup>.

Dispõe-se, já, de razoável competência clínica, desde que redirecionada para as necessidades da maioria da população; competência gerencial pode ser desenvolvida em prazo razoável; dispõe-se de um volume crescente de boas evidências técnico-científicas de boas práticas em saúde; por último, recursos já existentes precisam ser melhor alocados e utilizados. Insere-se a questão: falta decisão política? Considera-se que esta depende da participação cidadã, que pode florescer nas realidades locais, nos municípios, onde a necessidade está mais próxima das organizações de saúde. O “poder local”, no conceito de Dowbor (1999)<sup>17</sup>,

com os seus instrumentos básicos, que são a participação comunitária e o planejamento descentralizado, constitui, um mecanismo político e econômico que já deu provas de eficiência, em particular nos países desenvolvidos. Ele é sem dúvida o grande recurso subutilizado no país.

A melhoria contínua da gestão das organizações que formulam, financiam e operam o sistema de saúde é tarefa notoriamente mais complexa no Brasil. Somos um Estado federado, com grandes desequilíbrios regionais e interpessoais de renda, e também nos níveis educacionais e de densidade populacional. Ademais, contribuem para este desafio a secular política clientelista impregnada na administração pública, os problemas de coordenação intra e inter-organizacionais, a desvalorização do servidor e

do serviço público, a centralização de decisões, a concentração de recursos na União, a rigidez dos orçamentos públicos, e ainda a excessiva burocratização acompanhada de desperdícios e ineficiências. Não bastassem tais óbices, ainda aplica-se um receituário neoliberal mediante combinação de política monetária e fiscal, em prejuízo dos necessários investimentos públicos e da inadiável expansão dos gastos sociais <sup>18</sup>, especialmente em saúde.

Não é crível que o Sistema Único de Saúde (SUS) não possa evoluir de modo a fazer valer os princípios que lhe dão fundamento. Neste cenário de indefinições presentes e incertezas futuras vale resgatar a linha de preocupação expressa por Campos (2007) <sup>19</sup> com o futuro do SUS, que aponta para impasses na sua implantação no que diz respeito à insuficiência das fontes de financiamento, lenta ampliação dos serviços de atenção primária, baixa qualidade da oferta, dificuldades no processo de regionalização e integração entre municípios, e resultados pouco eficazes e eficientes nos serviços especializados. O autor assevera que

há um desencantamento com o SUS ou, talvez, um descrédito quanto a nossa (movimento sanitário, políticos, gestores, profissionais, entre outros) capacidade para transformar em realidade uma política tão generosa e racional.

Reconhecendo a necessidade das melhorias gerenciais, em 2008 o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), publicou importante contribuição para auxiliar os processos de gestão no âmbito do SUS <sup>20</sup>. O fato revela, portanto, a necessidade e a oportunidade de serem desenvolvidos estudos numa dimensão teórico-referencial que explorem novas tecnologias de gestão em saúde, de governança em saúde, para melhorar

as práticas atuais, torná-las ainda mais efetivas e eficientes<sup>d</sup>. Aos princípios estruturantes do SUS, hoje reconhecidos e legitimados, é tempo de adicionar e trabalhar outro: o princípio da melhoria contínua das organizações e de suas práticas de saúde.

Assim, é oportuno experimentar tecnologias de gestão, no contexto de uma nova governança pública<sup>21</sup>, que possibilitem construir melhores práticas em saúde bucal para idosos, em sistemas locais de saúde<sup>e</sup>. Tal iniciativa é válida para qualquer município, independentemente de porte populacional ou complexidade do sistema. É um debruçar-se sobre o que Paim e Almeida Filho (2000)<sup>22</sup> apontam como “organização social das práticas de saúde”:

Significa privilegiar, num primeiro momento, dimensões objetivas do processo de trabalho (objetivos, meios, atividades), valorizando as relações técnicas e sociais que permeiam tais práticas assim como os aspectos simbólicos e as representações embutidas na interação os agentes entre si, destes com segmentos da população e ambos com as organizações e instituições.

As práticas de saúde constituem “as formas pelas quais a sociedade estrutura e organiza as respostas aos problemas de saúde”. Entretanto, o que se observa no SUS é uma concentração de recursos de toda ordem para o enfrentamento das doenças. Assim, o conceito-paradigma da Promoção da Saúde poderá favorecer o questionamento da prática atual, redirecionando caminhos para fazer valer seus valores e princípios que há

---

<sup>d</sup> Considerando eficiência a qualidade de fazer com excelência, sem perdas ou desperdícios (de tempo, dinheiro ou energia) e efetividade a qualidade do que atinge seu objetivo, a capacidade de funcionar normalmente, satisfatoriamente, com base em contextos reais e não idealizados.

<sup>e</sup> Assume-se a definição de ‘sistemas locais de saúde’ como expressões de um processo de regionalização no qual se busca estabelecer a universalização da cobertura e do acesso da atenção às populações, com melhoria de seus níveis e condições de saúde, com o máximo de efetividade e eficiência técnico-operacional, política, econômica e social. Assim, o processo de construção e ação dos SiLos, extrapolando seu componente organizacional e de articulação administrativa de serviços, tem e deve ter como referencial e objetivo último o impacto no processo saúde-doença determinantes das condições de saúde, no sentido de redução dos riscos de adoecimento, seqüelas e óbitos e melhor qualidade de vida. [Almeida, E.S.; Castro, C.G.J.; Vieira, C.A.L. Distritos sanitários: concepção e organização. São Paulo; Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 2002. 33 p. (Saúde & Cidadania, 11)]. Sistemas e saúde são considerados mais do que apenas ‘sistemas de serviços de saúde’ e devem necessariamente contemplar além de ações individuais também as coletivas. [Narvai, P.C.; Frazão, P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. FIOCRUZ: São Paulo, 2008. 148p. (Coleção Temas em Saúde)].

muito vêm sendo solidificados: integralidade das ações, equidade, intersetorialidade, participação social, empoderamento autonomia e sustentabilidade <sup>23</sup>.

Numa perspectiva de saúde coletiva e por colocar em relevo o planejamento em saúde que utiliza métodos participativos, identificamos no “Modelo de Domínios Interativos de Melhores Práticas em Promoção da Saúde, Saúde Pública e Saúde das Populações - MDI” (*Interactive Domain Model of Best Practices for Health Promotion, Public Health and Population Health - IDM*), desenvolvido na Universidade de Toronto (Canadá), uma importante ferramenta de gestão <sup>24</sup>. Seus fundamentos e metodologia que serão apresentados à frente se ajustam à pesquisa-ação que foi levada a cabo.

A ferramenta MDI de Melhores Práticas<sup>f</sup> aplicada nesta pesquisa-ação opera como plataforma aberta. Dela não faz parte a importação de modelos prontos, pois se trata de um apoio à decisão para fazer emergir, dos atores interessados, a construção do seu destino em face do seu contexto. As iniciativas que incluem a aplicação da abordagem de melhores práticas em saúde, por todo o mundo, podem ser enquadradas em quatro grandes grupos: (a) o acesso, síntese e disseminação de evidências; (b) a aproximação das distâncias que existem entre pesquisa científica e prática cotidiana; (c) o desenvolvimento de modelos de decisão-ação; e (d) a condução de conferências internacionais <sup>24</sup>.

Com base nesta tipologia, o estudo aqui apresentado, elegeu o MDI como ferramenta para desenvolver melhores práticas de promoção à saúde bucal de idosos, penetrando o campo das tecnologias de gestão, via experimentação de modelos de decisão-ação. Acredita-se ser possível desenvolver um conjunto de práticas de cuidado à saúde bucal direcionadas aos idosos, consideradas melhores que as correntes, a partir de

---

<sup>f</sup> Optou-se por utilizar no texto desta Tese o termo traduzido para o idioma português - Modelo de Domínios Interativos de Melhores Práticas e sua respectiva sigla MDI.

estímulos gerenciais que contem com a participação colaborativa e crítico-reflexiva dos atores envolvidos.

A partir dessas premissas, objetivou-se neste estudo **empregar “melhores práticas” no cuidado à saúde bucal de pessoas idosas, em um sistema municipal de saúde, por meio do referencial teórico-metodológico do Modelo de Domínios Interativos de Melhores Práticas em Promoção da Saúde. Simultaneamente, procedeu-se a uma reflexão sistemática e crítica desta intervenção entre os atores envolvidos com a governança local, examinando sua potência para transformar as práticas correntes segundo os princípios da Promoção da Saúde.**

## II. REVISÃO DA LITERATURA

---

### *1. Evolução das políticas de saúde bucal no Brasil sob o enfoque da população idosa*

Durante muitos anos, a atenção pública à saúde bucal no Brasil organizou-se de forma paralela e afastada da estruturação dos demais serviços que compunham o sistema de saúde. Atualmente, há uma tendência à integração conjugando a saúde bucal aos demais saberes e práticas, na perspectiva da promoção e vigilância em saúde, numa abordagem familiar e de defesa da vida e da dignidade humana<sup>25</sup>.

Resgatando a história das políticas de saúde bucal no país<sup>26</sup>, percebe-se que, tradicionalmente, os modelos assistenciais adotados dirigiam-se ao atendimento à criança e à livre demanda nas Unidades de Saúde, sem ações específicas para a população adulta e idosa. O denominado Sistema Incremental adotado por conta dos altos índices de cárie dentária na população, principalmente a infantil, calcado no paradigma curativo-restaurador, tornou-se hegemônico entre as décadas de 1950 e 1980, propondo-se a atender escolares da rede pública, de 7 a 14 anos. A dicotomia entre ações preventivas e curativas, o seu caráter excludente, não abrangente e pouco resolutivo, mostrou progressivamente a necessidade de superá-lo<sup>25,26,27</sup>.

Iniciativas de superação das deficiências na provisão dos serviços públicos odontológicos surgem ao final dos anos 1970, com enfoque coletivo e objetivando o aumento da cobertura. É o caso dos modelos de Odontologia Integral e Odontologia Comunitária e Simplificada que incorporaram novos conceitos como os da promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional, a participação comunitária, a simplificação e racionalização das práticas, bem como a difusão do saber e a



incorporação de pessoal auxiliar. No entanto, essas iniciativas não se consolidaram nacionalmente<sup>27</sup>.

Momento importante, na década de 1970, foi a recomendação da adição do flúor às águas de abastecimento público, com a lei nº 6.050/74. Entretanto, muitos municípios ainda hoje não cumprem a recomendação e outros apresentam dificuldade e problemas no controle adequado do nível de flúor, o que prejudica a eficácia do procedimento na prevenção da cárie.

A criação do SUS há duas décadas, a crescente municipalização das ações de saúde e a incorporação de princípios como universalidade, equidade e integralidade, com controle social, geraram pressão para a alteração de modelos e a reestruturação da assistência odontológica, então vigentes. A decisão de implantar o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), foi tomada visando a (re)organização da Atenção Básica no SUS, apontando para um novo modo de intervenção em saúde. Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2006)<sup>28</sup>

a ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS.

A ESF é um modelo coletivo de atenção primária a saúde, focado na unidade familiar. Seu impacto depende diretamente da capacidade de integração, considerando seu escopo de atenção, com outros elementos que compõem as redes de atenção à saúde<sup>28</sup>. Vale ressaltar que a atenção primária constitui o nível de um sistema de serviço de saúde que corresponde a entrada nesse sistema para todas as novas necessidades e problemas. A atenção se dá sobre a pessoa, não à enfermidade. Ao abordar os problemas mais comuns na comunidade, deve intervir intersetorialmente no plano da promoção da saúde e oferecer serviços de prevenção, tratamento e reabilitação para maximizar a

saúde e o bem-estar, integrando a atenção quando há problemas de saúde concomitantes, lidando também com o contexto e as respostas das pessoas a seus problemas de saúde <sup>29</sup>.

A ESF tem sido relevante para a reorganização das práticas em saúde bucal, com base nos atributos do primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária, além da competência cultural <sup>29</sup>. Prioriza-se o atendimento de famílias adstritas a áreas de abrangência com atuação de uma equipe multiprofissional. Trata-se da transformação do trabalho isolado do cirurgião-dentista em uma prática de saúde integrada, por meio da implantação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) atuando junto às Equipes de Saúde da Família <sup>30</sup>. Essa mudança é tão relevante que requer ajustes curriculares na formação dos cirurgiões-dentistas, preparando-os para as novas realidades que encontrarão no campo do exercício profissional. A estruturação das ESB opera-se por meio de incentivos financeiros aos governos locais, via Piso da Atenção Básica (PAB) - variável<sup>g</sup>.

Pouco a pouco tem aumentado o número das equipes. Em 2001, eram 2.248 ESB em 1.288 municípios. Já em dezembro de 2008, esse número alcançava 17.807 equipes em 4.597 municípios. A população coberta elevou-se de 8 milhões, em 2001, para 45,3 milhões em 2008 <sup>31</sup>. Entretanto, a reação de alguns municípios ainda é lenta e persiste no país um vasto espaço de trabalho a ser coberto, onde sobressaem as carências no cuidado à saúde bucal de idosos. A incorporação plena do modelo implica em alterações de processos que devem, desde já, serem avaliados, sob pena de continuarmos a praticar o mesmo sob outro rótulo. Há que se considerar que “o PSF encontrado nas mais diversas comunidades brasileiras é simplesmente o resultado do processo de adaptação local do modelo de atenção básica familiar proposto”. A diversidade de experiências regionais “é

---

<sup>g</sup> V. Portaria 698/GM do Ministério da Saúde, 30 de março de 2006.

resultante da variedade de tempo de implementação, compromisso dos gestores, estabilidade de financiamento e do nível de empoderamento comunitário”<sup>32</sup>.

Por meio da descentralização, os municípios recebem recursos para garantir a prestação dos serviços de Atenção Básica à Saúde, nos quais se incluem a saúde bucal e a saúde do idoso. O tipo da transferência orçamentária condiciona ações, gera dependência e a insuficiência exige dos gestores públicos da saúde continuada busca de recursos financeiros. Assim, a ação final é menos fruto do plano-resposta à realidade epidemiológica e às necessidades locais do idoso, e é mais resultado da regra e das condicionalidades do financiamento, ainda que a ação muitas vezes seja matizada pelo esforço pessoal de atores envolvidos localmente.

A saúde bucal não tem sido priorizada a contento, entretanto, tem-se vivido iniciativa que aponta para uma modificação desta realidade, por meio da injeção de recursos específicos. Em 2004, o governo federal lançou uma Política Nacional de Saúde Bucal<sup>33</sup>, com o *slogan* “Brasil Sorridente”, em que apresenta “novas diretrizes para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho”. A proposta é reorganizar a atenção à saúde bucal em todos os níveis, tendo o conceito do cuidado como eixo central. O modelo fundamenta-se em duas abordagens: a primeira por “linhas de cuidado”, segundo os grupos populacionais da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. Para este último, defende a garantia ao acesso por meio da organização de grupos de idosos para atividades de educação e prevenção, a eliminação de filas e trâmites burocráticos, reserva de horários e dias específicos para o atendimento ao idoso. A segunda abordagem é o atendimento por “condição de vida”, ou seja, no caso a pessoa idosa seria incluída por fazer parte do grupo de pessoas acometidas por diabetes, hipertensão ou outra condição crônica semelhante. Para o público idoso, as diretrizes também propõem aplicação de

tecnologias inovadoras que possibilitem intervenções de maior impacto e cobertura. Outro ponto de interesse dos idosos é a possibilidade de inclusão da reabilitação protética no rol de procedimentos da Atenção Básica, todavia, condicionada à decisão e às possibilidades locais. E nesse caso o apoio técnico e financeiro anunciado pelo Ministério da Saúde nem sempre é suficientemente atrativo para muitos municípios, incapazes de assumir os custos complementares.

Como parte importante do “Brasil Sorridente” estão sendo implantados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) destinados a prestar atendimento, no mínimo, nas áreas de: endodontia, periodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico e cirurgia oral. Vinculando-os aos CEO, prevê-se cadastrar Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, públicos ou privados, que funcionariam como Unidades de Saúde de Apoio Diagnóstico Terapêutico para realizar os serviços de prótese dentária total e prótese parcial removível. Nos CEO, o atendimento não é segmentado por faixa etária ou condição pessoal; são serviços de referência para procedimentos de média complexidade. A ação é relevante, necessita ser expandida e avaliada, mas em relação aos idosos, prossegue o problema da baixa inclusão, pois, ao não acessarem prioritária e convenientemente a Atenção Básica, não ocorre o encaminhamento sistemático para o serviço de referência<sup>34</sup>. Uma questão relevante é que a implantação do CEO decorre de um mecanismo de incentivo ao município e, apesar do aporte complementar estadual, muitos deles não se sentem encorajados a assumir o projeto, pois entendem não dispor de recursos suficientes para a sua contrapartida e a boa operacionalização da unidade. Embora tendo a vantagem de contar com maior envolvimento da esfera local, o estímulo federal necessita reconhecer essa condição caleidoscópica dos municípios e aplicar princípios de razoabilidade e exequibilidade em relação ao esforço da contrapartida local.

A Emenda Constitucional 29, de 2000, ampliou a vinculação de recursos orçamentários para a saúde. Porém, não basta o crescimento dos recursos, é indispensável a sistemática avaliação da qualidade e perfil do gasto, pois só assim haverá modificações estruturais na alocação, capazes de alcançar maior resolutividade e cobertura para todos e, em particular, para os idosos. A avaliação atual é limitada, restringindo-se a indicadores de aspectos quantitativos muito gerais. Os indicadores nacionais de avaliação em saúde bucal na Atenção Básica não contemplam, por exemplo, qualquer menção segmentada à população idosa.

Em 2006, a Portaria 648/GM, editou a nova Política Nacional da Atenção Básica definindo a saúde bucal como uma das áreas estratégicas para a atuação em saúde em todo o país. O documento trouxe contribuição importante, em face das dúvidas sobre o papel da Odontologia na ESF, ao estabelecer as atribuições comuns dos profissionais da saúde e específicas da ESB nas modalidades 1 (composta por, no mínimo, cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal) e 2 (cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal, mais técnico de saúde bucal) <sup>35</sup>.

Também em 2006, foram publicados pelo Ministério da Saúde (Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica) na série Cadernos de Atenção Básica, dois números específicos e relevantes à temática: o número 17 – Saúde Bucal <sup>25</sup> e o número 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa <sup>36</sup>. Estes documentos visam orientar e contribuir para o fortalecimento das ações levadas a cabo pelos profissionais de saúde que trabalham na implementação do modelo assistencial de Atenção Básica, servindo como um instrumento de valorização das práticas de saúde nesse âmbito.

O novo modelo assistencial em saúde melhor reflete as aspirações do coletivo idoso. O anseio de respostas às suas necessidades põe em cheque a histórica intervenção

insuficiente do Estado nos domínios da saúde bucal da pessoa idosa: insuficiência tanto normativa como na oferta/produção de ações e serviços.

Simultaneamente, se observam importantes lacunas gerenciais em todas as esferas de governo, mesmo em relação aos novos avanços e novas abordagens trazidas com a implantação do SUS. A situação da área da saúde bucal nesse contexto é caracterizada por Moysés, Nascimento e Gabardo (2008) <sup>37</sup> ao discutir os “pilares desestruturantes” da saúde bucal no SUS:

- o modelo de prática equivocado, pautado quase que exclusivamente pelo atendimento à queixa auto-referida (filas), provendo procedimentos protelatórios, pouco resolutivos e muitas vezes iatrogênico-mutiladores;
- o modelo de organização excludente, que prioriza os grupos específicos [...], nem sempre aqueles que mais necessitam do cuidado [...];
- o modelo de gestão (ou de gestor!) freqüentemente pouco qualificado a notória complexidade da administração pública [...];
- o modelo formador de recursos humanos, refratário em dar aos futuros profissionais um perfil de generalista qualificado, humanista, crítico quanto aos intrincados determinantes do processo saúde-enfermidade bucal. Assim, capacitá-lo ao enfrentamento das necessidades individuais e coletivas, atuando em equipe multiprofissional e pautado por princípios éticos [...]

## **2. Marcos institucionais para uma política de saúde bucal inclusiva dos idosos**

A *International Association of Gerontology*, em parceria com o *United Nations Programme on Ageing*, na 2ª Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, Madri, 2002, apresentou uma Agenda <sup>38</sup> sobre o estudo do envelhecimento para o século XXI, encorajando pesquisas por organismos internacionais, governos, meio acadêmico e agências financiadoras capazes de contribuir na formulação de políticas e influenciar os caminhos e prioridades da Gerontologia. Considerou prioritários os estudos voltados para a melhoria da saúde e bem estar da pessoa idosa, incluindo pesquisas sobre os

determinantes do envelhecimento saudável. Reconheceu a necessidade de melhor conhecimento sobre a eficácia dos processos preventivos, curativos e reabilitadores ante as complexas relações comportamentais, sociais, econômicas, culturais e ambientais que se estabelecem na sociedade moderna ao se associar saúde e envelhecimento. No mesmo evento a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou o documento *Active Ageing: a policy framework*<sup>39</sup>, com a intenção de discutir planos de ação que promovam envelhecimento ativo e saudável. Nele, são abordadas questões sobre os determinantes do envelhecimento ativo, os desafios do envelhecimento populacional para o setor saúde e uma proposta de política de ação intersetorial, sustentada pelos pilares da saúde, participação e segurança<sup>39</sup>.

A OMS, no *Oral Health Programme* (2005)<sup>40</sup>, reforça o entendimento que a saúde bucal é parte integrante da saúde humana e fator determinante da qualidade de vida. Como corolário, recomenda que as políticas de saúde bucal sejam parte integrante das políticas de saúde nas diferentes esferas de governo. Encoraja os gestores públicos a adotarem estratégias para melhorar as condições de saúde bucal e qualidade de vida dos idosos, sempre ressaltando a necessidade de avaliação sistemática. Em 1999, já havia divulgado o documento *A life course perspective of maintaining independence in older age*<sup>41</sup>, tratando de um envelhecimento saudável e suas interconexões com fatores socioeconômicos e ambientais que predisõem à doença, inclusive bucal, na fase idosa da vida e, por isso, clamando por políticas públicas apropriadas.

No Brasil, a promulgação da Constituição de 1988 e a edição do Estatuto do Idoso, em 2003, contribuíram para a conscientização do direito dos idosos em relação às questões de saúde e de saúde bucal. O Estatuto regulamenta os direitos e as medidas de proteção asseguradas a maiores de 60 anos<sup>h</sup>, contemplando as áreas de educação, saúde,

---

<sup>h</sup> No Brasil, são considerados idosos aquelas pessoas com 60 ou mais anos, segundo dispõe o Estatuto do Idoso. Países desenvolvidos costumam classificar na faixa etária idosa aqueles com 65 ou mais anos.

habitação, transportes, e estabelecendo penalidades por infrações que violem seus direitos <sup>42</sup>.

Vale mencionar ainda a Portaria 73/01 (SEAS/MAPS) orientando o funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil; e a RDC no 283/05, da ANVISA, aprovando Regulamento Técnico que, entre outras normas, exige um Plano de Atenção Integral à Saúde dos idosos residentes em instituições de longa permanência e a Resolução nº 25/02 do Conselho Federal de Odontologia, regulamentando a Odontogeriatrics como especialidade e ressaltando seu aspecto multidisciplinar.

Em 2004, o documento Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde <sup>43</sup>, apontou estratégias para o cuidado do idoso no que tange ao edentulismo e outros agravos da saúde bucal e a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal <sup>44</sup>, dedicada ao tema da exclusão em saúde bucal, defendeu a integralidade de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal, dirigidas a todas as fases da vida, de forma abrangente para toda a população.

O já mencionado Caderno de Atenção Básica – Saúde Bucal, volume 17, dedicado especialmente a esse tema, ao tratar da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida dos indivíduos traz um item especialmente dedicado ao idoso com o objetivo de “garantir o bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e da auto-estima, melhorando a mastigação, estética e possibilidade de comunicação” a este coletivo. Duas premissas são apontadas na perspectiva de fundamentar as práticas de cuidado: a) a compreensão da situação sistêmica, emocional, cognitiva, social e econômica do idoso como fator importante para a formulação de um plano preventivo/terapêutico adequado à sua realidade; e b) a intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo como reflexos, principalmente, da sua condição de vida e do acesso às ações e serviços em saúde bucal, considerando seu componente social <sup>25</sup>.



A saúde bucal é também contemplada no texto do Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, reforçando o caráter interdisciplinar do cuidado à saúde bucal do idoso. Neste documento constam as atribuições dos profissionais da Atenção Básica no atendimento à saúde da pessoa idosa, incluindo aquelas de responsabilidade comum a todos e as específicas do Cirurgião-dentista, do Técnico e do Auxiliar<sup>36</sup>.

No campo da gestão, a União busca uniformizar o compromisso dos gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Um marco no SUS é a Portaria 399, de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde e aprova suas Diretrizes Operacionais. Ainda que a definição de prioridades deva ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, a Saúde do Idoso é uma das seis prioridades pactuadas, sendo ações estratégicas: Caderneta de Saúde, Manual de Atenção Básica, Programa de Educação Permanente, Acolhimento, Assistência Farmacêutica, Atenção Diferenciada na Internação Hospitalar e Atenção Domiciliar<sup>45</sup>.

No mesmo ano e acompanhando as diretrizes do Pacto pela Saúde, foi relançada a Política Nacional da Pessoa Idosa que tem como finalidade:

recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde<sup>46</sup>.

Esses marcos institucionais reconhecem no segmento idoso da população vulnerabilidades, necessidades e, portanto, direito a uma rede de proteção social que lhe resgate da negligência social e exclusão a que está submetido. Constituem suporte e estímulo à ação político-governamental em saúde bucal com foco na população idosa, nas três esferas de governo.

### ***3. O envelhecimento populacional e a expansão das necessidades de cuidados à saúde bucal***

O envelhecimento populacional no Brasil já acarretou mudanças nos padrões de morbidade, invalidez e mortalidade. Em três décadas, migrou-se para um perfil de morbimortalidade por enfermidades complexas, mais onerosas no cuidado, e típicas das faixas etárias mais avançadas. Concomitante à ocorrência de doenças infecto-contagiosas, cresceu e continua crescendo a prevalência das enfermidades crônicas não transmissíveis<sup>47</sup> e como corolário, a expressão dos respectivos fatores de risco, que requerem ações preventivas.

A mudança de padrão, assim, não é diferente na saúde bucal na qual, a exemplo da situação de saúde geral, o perfil epidemiológico da saúde bucal da população brasileira também tem sofrido alterações, principalmente nos níveis de cárie dentária, a doença bucal mais prevalente. Houve um decréscimo acentuado, de aproximadamente 50%, no índice de cárie, de 1986 a 1996, na população da idade de 12 anos, ainda que esse ganho seja socialmente desigual, confirmando a determinação social do processo saúde-doença. Em contrapartida, nas faixas etárias mais avançadas há incremento de cárie de raiz, doenças periodontais, patologias da mucosa bucal, e necessidade de próteses<sup>48</sup>.

Em 1986 foi publicado um levantamento epidemiológico sobre a saúde bucal no Brasil urbano que observava: um declínio de dentes hígidos com o avançar da idade; poucas pessoas não edêntulas estavam isentas de problemas periodontais; e altos níveis de edentulismo<sup>48</sup>. Dados mais recentes<sup>49</sup> revelaram uma situação de saúde bucal não muito diferente da anterior. O índice CPO-D<sup>i</sup> apresentou expressivo incremento com o avançar da idade, e na faixa etária dos 65 aos 74 anos alcançou 27,8, sendo explicado em

---

<sup>i</sup> O índice CPO-D é a soma de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados por cárie num indivíduo. O valor mínimo é zero e o máximo é trinta e dois.

grande parte pelo componente “perdido” (92%). Somente 10% dos idosos possuíam 20 ou mais dentes em boca. Neste mesmo levantamento 4,3% dos idosos consideravam sua saúde bucal ótima, 46% boa e 27,5% regular <sup>49</sup>.

O represamento das demandas e necessidades insatisfeitas, sob a forma de “dívida social”, chega a assumir o caráter de negligência social, pois,

o Estado, ainda às voltas com os desafios do controle da mortalidade infantil e doenças transmissíveis, não foi capaz de aplicar estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas [...]. Em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulam seqüelas daquelas doenças, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida <sup>50</sup>.

A insuficiência de políticas de compressão da morbidade e a fragilidade dos sistemas de apoio aos idosos, mais o padrão medicalizante e hospitalocêntrico dos serviços, configuram cenário no qual a demanda por cuidado à saúde dos idosos, incluída a saúde bucal, só ocorre por ocasião da necessidade iminente de intervenção para tratar problemas instalados. Mesmo sendo precárias as condições de saúde bucal da população idosa e volumosas as suas necessidades acumuladas, a utilização dos serviços odontológicos ainda é pequena.

Pesquisas mostram que durante o envelhecimento, a visita ao médico aumenta, enquanto ao dentista diminui. Segundo dados da PNAD <sup>51</sup> de 1998, o padrão de uso dos serviços médicos se diferencia do odontológico. Enquanto 73,3% dos idosos haviam realizado consulta médica nos últimos 12 meses, dos quais 37,8% consultaram 1 ou 2 vezes, 6,9% deles nunca haviam consultado o dentista. Dos que consultaram, 79% o fez há mais de três anos.

Em âmbito nacional, o Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal - SB-Brasil (2003) <sup>49</sup> revelou que 65,7% dos idosos haviam realizado consulta odontológica há mais de três anos, e 5,8% nunca haviam ido ao dentista. Analisando mais

profundamente os dados do SB-Brasil, Martins et al. (2008) afirmam que as baixas taxas de utilização dos serviços odontológicos poderiam ser explicadas por questões sócio-demográficas e por características próprias dessa população <sup>52</sup>.

A má condição de saúde geral, status funcional, medo, imagem negativa, escassez de recursos, indisponibilidade de equipamentos e profissionais, atitudes desencorajadoras de cuidadores e familiares, dificuldade de deslocamento e de marcação de consultas são barreiras que explicam a pouca procura <sup>52,53</sup>. O idoso compõe uma demanda “invisível”, pois muitos deles sequer chegam a procurar o serviço de saúde. É verossímil que os casos que chegam às unidades de saúde representam apenas a “ponta do *iceberg*”.

No futuro, é previsível que maior será o número de pessoas idosas necessitando de assistência para a manutenção da sua saúde bucal, sendo maior o número de dentes presentes, consequência dos cuidados na infância e das ações coletivas de fluoretação e da maior difusão pelos meios de comunicação social de um padrão desejável de saúde e estética bucal. Nesse sentido, o estudo de Petersson et al. (2004) <sup>54</sup> concluiu que os idosos possuíam duas vezes mais risco de desenvolvimento da doença cárie que crianças. No estudo, os autores mostram que o aumento médio anual do CPO-D foi maior em idosos do que em crianças.

Ainda que o processo de envelhecimento, por si, cause na cavidade bucal poucos efeitos desencadeadores de disfunções e incapacidades, um expressivo conjunto de estudos revela que, em geral, a condição de saúde bucal dos idosos é deficiente <sup>55,56,57,58,59,60,61</sup>.

Vê-se, portanto, três correntes convergindo para que seja crescente e diversificado o estoque de necessidades de cuidado à saúde bucal do idoso no Brasil: o aumento acentuado da população idosa sem que haja crescimento compatível da

atenção; o padrão de baixa procura de serviços odontológicos por idosos; e a chegada do contingente que alcança a fase idosa demandando conservação da saúde bucal conquistada nos anos de juventude, afetado em grande parte pelas doenças de caráter crônico-degenerativo. Assim, medidas de política pública previdente, dotadas de efetividade, abrangentes, são indispensáveis, ou os agravos da saúde bucal significarão imensa demanda de serviços associada à grave crise de atendimento.

#### ***4. Envelhecimento e Promoção da Saúde***

As significativas mudanças no padrão de morbimortalidade dos idosos demandam a formulação e implantação de políticas que orientem os sistemas de saúde a dar conta de sua missão perante a promoção da saúde do idoso, consideradas as peculiaridades nas diferentes regiões do Brasil.

O estudo das questões da saúde do idoso passa pelo conceito de “envelhecimento ativo”. Na expressão da OMS, compreende o processo que possibilita às pessoas otimizar seu potencial de bem estar físico, social e mental ao longo de toda a duração da vida, e participar na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, enquanto providas de adequada proteção, segurança e cuidados quando necessitarem ser assistidas, agregando qualidade de vida durante o envelhecimento <sup>39</sup>.

A importância da promoção da saúde no processo de envelhecimento ativo e saudável é, portanto, irrecusável por definição. Da mesma forma, é fácil reconhecer que o cuidado à saúde bucal ao longo da vida, de indivíduos e coletividades, contribui para que se alcance a fase idosa da vida com bem-estar.

Deve-se sublinhar que, segundo a OMS, a promoção do envelhecimento ativo implica implementar e integrar políticas multisetoriais <sup>41</sup>. A saúde do idoso é tema transversal no Direito, na Odontologia, na Enfermagem, na Medicina, na Nutrição, na

Educação Física, na Psicologia, na Ciência Econômica, na Fisioterapia, na Arquitetura, na Farmacologia, na Filosofia, e onde mais se queira explorar. No texto de Saintrain e Vieira (2008) <sup>62</sup> a “abordagem interdisciplinar” na atenção à saúde bucal do idoso “constitui técnicas e esquemas conceituais na busca de integrar e complementar um processo interativo para um ponto comum na solução dos problemas detectados, visando à obtenção da saúde integral”. Defendem a efetiva elaboração e operacionalização interdisciplinar, no discurso e na prática, para “acompanhar a tendência das políticas públicas em saúde que preconizam a humanização da atenção, a promoção da saúde, educação e desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação em saúde, dentre outras”.

O documento *A life course perspective of maintaining independence in older age* <sup>41</sup>, ademais das necessárias ações coletivas, ressalta a importância de os indivíduos assumirem determinadas posturas e comportamentos durante a vida em função de um envelhecer saudável. Estes “fatores individuais” seriam aqueles passíveis de controle pelas pessoas, de modo que se tornariam capazes de influenciar seu processo de envelhecimento adotando estilos de vida mais saudáveis e adaptando-se a alterações tempo-dependentes. Este apelo à responsabilização pessoal, por vezes é problemático, não devendo descartar a devida consideração social sobre os outros fatores, chamados “coletivos”, que não podendo ser modificados e/ou controlados individualmente, afetam o processo de envelhecimento. É o caso de inúmeros fatores sócio-econômicos e ambientais que predisõem à doença na fase idosa da vida e, por isso, clamam por adequada responsabilidade social e políticas apropriadas. Esta abordagem de variáveis controláveis e não controláveis, muito aplicada nos estudos organizacionais, ainda que transposta para o plano individual, pode ser particularmente útil quando pensamos em cursos alternativos de ação para o cuidado à saúde bucal do idoso, ou mesmo para o

estabelecimento de esferas de responsabilidade no plano das ações individuais e das ações coletivas.

Nesta direção, recolhe-se a conclusão de Chalmers (2003)<sup>63</sup> de que a chave para a manutenção e melhoria da saúde bucal de idosos envolve a utilização de estratégias de promoção de saúde focadas não somente nos limites da cavidade bucal, mas também em características da vida dos idosos e nos fatores determinantes do seu processo de viver e ser saudável. Especificamente, na direção da redução dos fatores de risco associados às principais doenças e promoção daqueles fatores que contribuem à proteção da saúde e bem-estar ao longo do curso da vida, dentre outras propostas de medidas estratégicas a OMS recomendou na Assembléia de Madri<sup>38</sup>:

Promover a saúde bucal entre os idosos e encorajar homens e mulheres a manterem seus dentes naturais pelo maior tempo possível. Implementar políticas públicas culturalmente apropriadas em saúde bucal e prover adequados programas de promoção e serviços assistenciais em saúde bucal ao longo do curso da vida.

Segundo Fletcher, Breeze e Walters (1999)<sup>64</sup>, são muitas as oportunidades para a promoção da saúde no envelhecimento. A manutenção de estilos de vida saudáveis durante a velhice está associada a ganhos em termos de saúde. Os autores consideram grupos de risco os idosos de baixa renda, os muito idosos, os doentes crônicos, e os homens que vivem sozinhos, sendo estes considerados grupos-alvo prioritários de intervenção. As atividades de promoção da saúde devem focar os idosos que estão em maior desvantagem social, tomando em conta questões como o acesso a serviços de saúde (inclusive bucal) e assistência social, combate à pobreza e a redução das iniquidades (via sistema de aposentadoria e pensões), o cuidado do ambiente doméstico (conforto, adaptações e reparos), a potencialização dos espaços de socialização para prevenção do isolamento social e solidão (estímulo à participação de grupos) e a promoção de estilos de vida mais saudáveis (alimentação saudável e exercícios físicos).

Embora sejam observadas iniciativas nacionais e internacionais no campo da promoção da saúde do idoso, não é visível uma articulação das práticas no debate contemporâneo sobre os fundamentos da Promoção da Saúde (PS) e sua inserção no ambiente político-organizacional e sociocultural. Algumas iniciativas incorporam indicadores de qualidade de vida e bem-estar subjetivo, relacionados a paradigmas recentes de envelhecimento ativo e bem-sucedido <sup>65,66</sup>. Tradicionalmente, existem poucas e limitadas iniciativas de cuidado à saúde bucal voltadas à população idosa na perspectiva ampla da Promoção da Saúde. Muitos mitos e estigmas, incluindo aqueles que acreditam que os idosos não se beneficiam de atividades de promoção de saúde e que são pessoas difíceis de trabalhar e de alterar seus hábitos e comportamentos, permanecem como barreiras para efetivar as estratégias. A partir dessa visão, a promoção do cuidado à saúde vem sendo organizada pelos profissionais da Odontologia restritamente e o acesso ao idoso tem se dado por meio de práticas tradicionais, pouco inovadoras e não direcionadas às especificidades deste público <sup>40</sup>.

Numa visão contemporânea, a promoção do cuidado à saúde bucal direcionado às pessoas idosas, não pode deixar de considerar a comprovada relação entre o estado de saúde geral e as condições de saúde bucal <sup>67</sup>. Como uma via de mão dupla, os termos desta relação se interferem mutuamente e podem, ao entrar num ciclo infundável de agravos à saúde, prejudicar o processo de envelhecimento saudável.

É importante resgatar o campo teórico e prático da PS enquanto paradigma combinado a um sentido positivo de saúde, de responsabilidade de vários setores da sociedade e que extrapola noções individualistas e comportamentalistas de estilos de vida saudáveis. A PS parte de uma

concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes e propõe a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de



recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução <sup>68</sup>.

Para Buss (2000) <sup>68</sup> a PS nos últimos 25 anos representa uma estratégia promissora para enfrentar os problemas de saúde que afetam as populações e seu entorno.

O movimento em defesa da PS, embora tenha sido originado em países desenvolvidos (principalmente no Canadá, Estados Unidos e Europa Ocidental) fortaleceu-se conceitualmente e ganhou amplitude por meio da realização de Conferências Internacionais, em várias cidades do mundo, e dos documentos resultantes das discussões promovidas nesses encontros.

A Carta de Ottawa (1986) <sup>69</sup>, documento resultante da Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde e dirigido à execução do objetivo "Alcançando Saúde para Todos", afirma que saúde é um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo do viver, enfatizando recursos individuais e sociais assim como as capacidades físicas. Portanto, dado que o conceito de saúde transcende a idéia de formas de vida saudáveis, a PS não concerne, exclusivamente, ao setor sanitário, valendo-se de uma combinação de estratégias para sua consolidação como campo conceitual que sustenta práticas: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais <sup>68</sup>.

De modo singular, a saúde do grupo populacional idoso remete a idéia da co-responsabilização. Nesse sentido, ressalta-se o conteúdo da Declaração de Jakarta (1997) <sup>70</sup>, resultante da IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, a primeira em um país do terceiro mundo. Ela evidencia a importância do reforço da ação comunitária por meio de abordagens ampliadas, realizadas em diferentes locais/setores da sociedade, que contem com participação comunitária e promovam o

acesso/divulgação de informação para população. Para a promoção da saúde no século XXI, este documento identifica cinco prioridades: promoção da responsabilidade social pela saúde; aumento nos investimentos na saúde; expansão de parcerias para PS; e estímulo ao empoderamento de indivíduos e comunidades.

As questões tocantes ao conceito de empoderamento, seu alcance, limites e possibilidades, têm sido amplamente discutidas. Wallerstein (2006)<sup>71</sup> considera o empoderamento uma estratégia adequada a situações complexas, como é o caso da saúde. A autora define empoderamento (*empowerment*) como

um conceito orientado para ação com foco na eliminação de barreiras, formais e informais, e na transformação das relações de poder entre comunidades e instituições e governo. É baseado no pressuposto da cultura ativa da comunidade que pode ser reforçada por meio do diálogo e da ação. [...] É exercido em vários domínios, desde pessoal ao político e de ação coletiva. [...] não deve ser visto como uma estratégia solo, mas é parte de uma abordagem abrangente, engajando gestores para promover mudanças legais e estruturais que dêem suporte ao engajamento da comunidade.

O empoderamento estaria localizado entre os fatores sociais de proteção, como estratégia para redução das disparidades em saúde, semelhante a outros conceitos como eficácia coletiva, senso de comunidade, coesão social, competência comunitária e capital social. O conceito de capital social ganhou proeminência na literatura em saúde pública e pode ser considerado útil para o entendimento dos ambientes sociais e processos políticos de mudança<sup>72</sup>.

Patussi et al. (2006)<sup>73</sup> trazem a contribuição de Putnam para quem o capital social de uma área é fator determinante para o sucesso ou falência de qualquer projeto de desenvolvimento que nela se empreenda. Para Putnam, o capital social “refere-se às características da organização social como confiança, normas e redes de relacionamentos

que facilitam ações conjuntas dos atores sociais e melhoram a eficácia e eficiência da sociedade”. As principais características de capital social são:

(i) é um bem público e assim visa o bem estar comum; (ii) encoraja confiança social, a qual leva à cooperação e vice-versa; (iii) facilita cooperação mútua, por meio das normas de reciprocidade e de expectativas mútuas; (iv) encoraja interação e interconexão das relações sociais, por meio da melhoria do fluxo de informação e a confiança entre indivíduos; (v) de modo oposto ao capital físico, é durável e não deprecia com o uso – ao contrário, quanto mais é usado, maior se torna –; e (vi) pode ser criado como subproduto da sociedade civil organizada e dos movimentos populares <sup>73</sup>.

Perry et al. (2008) <sup>74</sup> estudaram a relação entre capital social e a experiência de utilização de serviços de saúde (considerada como uso de serviços, barreiras, grau de satisfação e qualidade da comunicação do prestador) entre população norte-americana de baixa renda. Os resultados demonstram que principalmente dois subcomponentes do capital social – suporte social e redes/interconexões psicossociais estão relacionados a certas experiências, como barreiras de acesso aos serviços e satisfação com os serviços de saúde. Entretanto, muitas variáveis demográficas e estruturais apresentaram-se como preditores mais potentes que o capital social, como por exemplo, a falta de cobertura de plano de saúde. Os autores consideram a complexidade da associação entre capital social e utilização de serviços e sugerem que, como construção teórica, o capital social é mais bem entendido enquanto uma composição de atributos da comunidade, e assim deva ser considerado em estudos dessa natureza.

No cotidiano das práticas dos profissionais da saúde, o conceito de empoderamento pode fundamentar estratégias para redução das iniquidades sociais, incluindo as de saúde. Nessa perspectiva, Labonte (1994) <sup>75</sup> apresenta um modelo de empoderamento em holosfera (*empowerment holosphere*) a ser levado a cabo por (e sob a responsabilidade de) todos aqueles que trabalham em organizações de saúde. O papel

dos profissionais, em um nível individual, seria visualizar as interconexões das diferentes esferas do modelo e identificar em qual(is) esfera(s) ele encontra-se engajado ou potencialmente engajado. Cada esfera do modelo representa um nível diferente de organização social: interpessoal (empoderamento pessoal); intragrupal (desenvolvimento de pequenos grupos); intergrupala (organização comunitária); interorganizacional (desenvolvimento de coalisção/*advocacy*<sup>j</sup> e ação política). Importante ressaltar que o autor considera o empoderamento uma relação, e, portanto, profissionais e pessoas e/ou grupos com os quais ele trabalha são atores do mesmo processo. O modelo procura superar as críticas da pouca aplicabilidade do conceito de empoderamento, como fundamento para a promoção da saúde, no dia-a-dia das práticas de saúde. A partir do pressuposto de que tanto profissionais como organizações são capazes de transformar-se, o empoderamento e a PS passam a ser considerados conceitos organizadores da mudança.

No Brasil, a agenda da PS surge historicamente conjugada à implantação do SUS. A produção científica em torno da PS na América Latina, e em especial no Brasil, tem se dedicado, a partir de então, a tornar os seus fundamentos mais adaptados e condizentes a realidade de países em desenvolvimento.

Carvalho (2004)<sup>76</sup> reconhece a aproximação e influência do ideário da PS ao modelo de Vigilância a Saúde do SUS, às propostas do projeto Cidades Saudáveis, a práticas de Educação em Saúde e aos modos como se reorganizam os serviços da Atenção Básica, especificamente a Estratégia Saúde da Família. O autor tece considerações sobre a categoria *empowerment* e seus vários sentidos, adotados ao longo da consolidação do campo da PS. Ao apresentar a idéia do “*empowerment* comunitário”, defende “a ampliação das práticas democráticas no campo da saúde [...] participação de

---

<sup>j</sup> Habilidade para proceder denúncia de situações e convencimento de interlocutores (Paim e Almeida Filho, 2000).

sujeitos na definição do modo de encaminhar a vida” e que seja valorizado “no cotidiano do fazer saúde o encontro entre profissionais e usuários e as lutas pela garantia dos direitos de cidadania”. Considerando que uma das carências, e motivo de críticas do movimento da PS, é a ausência de propostas consistentes de reorganização das práticas assistenciais, a noção de empoderamento no sentido comunitário instrumentaliza o delineamento de ações nas quais os usuários são considerados na sua “singularidade de sujeitos portadores de direitos”.

Segundo Fleury-Teixeira et al. (2008)<sup>77</sup>, a prática da Atenção Básica no SUS pode ser promotora de saúde via dispositivos que promovam autonomia de indivíduos e comunidades, como: a) ampliação do acesso popular ao conhecimento sobre os determinantes da saúde, bem como modos de intervenção; b) implementação do autocuidado e cuidado com dependentes; c) participação popular deliberativa; d) inclusão social; e) ação coletiva para a ampliação do acesso a bens e serviços; f) absorção social de grupos excluídos; e g) estabelecimento/fortalecimento de redes sociais de proteção e cuidado recíproco.

Na perspectiva da mudança das práticas de cuidado/atenção/assistência, a valorização da rede de prestação de serviços no SUS está diretamente relacionada à ampliação do sentido de suas ações, objetivando sua consolidação enquanto “espaço privilegiado da sociabilidade e politização dos usuários, trabalhadores e gestores”. Vislumbra-se, assim, sua potencialidade em “contribuir para o aumento da capacidade reflexiva e de intervenção de diferentes sujeitos sobre o social”<sup>76</sup>.

Passados 20 anos da Primeira Conferência Internacional de PS, cria-se no Brasil, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde elevada à condição de norma legal.

Aprovada por portaria ministerial fixou como objetivo central

promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver,

condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais <sup>78</sup>.

A PS, neste documento, é entendida como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial. Observa-se que as ações abrangem um amplo espectro, podendo ter como alvo indivíduos, grupos populacionais específicos ou toda a população. Podem abordar um único problema de saúde ou podem ser bastante genéricas <sup>79</sup>.

A Política Nacional da Pessoa Idosa no Brasil resgata princípios da Promoção da Saúde e qualidade de vida buscando operacionalizar sua finalidade por meio das seguintes diretrizes:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas <sup>46</sup>.

Particularizando os conceitos para promoção do cuidado à saúde bucal da população idosa, uma série de posturas e medidas podem ser realisticamente tomadas. Chalmers (2003) <sup>63</sup> cita a elaboração de políticas e protocolos de atenção específicos, combate aos mitos e estigmas, suporte ao ensino e pesquisa da Odontologia Geriátrica, envolvimento multidisciplinar, disseminação de informações, capacitação de recursos humanos, exames bucais periódicos, identificação de grupos de alto risco, aumento da utilização da fluoroterapia como medida preventiva de saúde pública, garantia de acesso a tratamento odontológico integral, entre outras ações.

À medida que o contingente idoso é crescentemente formado por pessoas conscientes de seus direitos de cidadania, é razoável esperar que estas e outras questões associadas à implementação de políticas que lhes digam respeito, progressivamente, integrem a agenda principal dos governantes. Ademais, pensar a atenção à saúde bucal do idoso numa perspectiva do curso de vida é, não somente romper os limites da cronologia, mas ampliar a visão, substituindo o olhar segmentado por faixa etária por outro que considere o processo de viver dos indivíduos, reconhecendo o processo evolutivo das doenças bucais <sup>34</sup>.

##### **5. *Gestão das práticas de saúde bucal***

A credibilidade atribuída à evidência cientificamente apreciada consolidou, nos dias atuais, o paradigma da medicina baseada em evidências. Este novo paradigma reconhece o caráter probabilístico das ações de saúde, dado o pressuposto de que as condutas podem e devem ser mudadas, bem como nele está implícita a avaliação crítica capaz de recomendar estas mudanças.

Os estudiosos e os profissionais do campo da saúde bucal também reconheceram o valor da evidência científica, fazendo com que a Odontologia baseada em evidência servisse de suporte para a implementação de políticas, facilitasse a comunicação entre profissionais e destes com a sociedade <sup>80</sup>.

Tradicionalmente, a Odontologia tem se caracterizado como uma ciência da saúde profícua na produção de conhecimento, fixação e difusão de padrões de condutas/procedimentos e também na incorporação dos avanços tecnológicos em geral, numa perspectiva de otimização das suas técnicas. A literatura odontológica, quando investigada sobre questões relativas ao melhor fazer, reporta-se ao paradigma da evidência científica como referência maior para construção e disseminação das práticas.

Há carência, todavia, de aportes teóricos que substanciem e qualifiquem continuamente essas práticas ante a preocupação crescente com a efetividade, eficácia e eficiência de programas.

Ismail e Bader (2004) <sup>80</sup> afirmam a necessidade de investir-se não somente em pesquisas que avaliem as melhores evidências correntes em Odontologia, mas, também, identificar outras informações que poderiam auxiliar no fornecimento do cuidado à saúde bucal ideal às pessoas. A identificação de tecnologias apropriadas de gestão contribui para aproximar o conhecimento evidenciado cientificamente do conjunto de pessoas que dele carece.

A ação na área da saúde caracteriza-se, na proposição de Merhy (1999) <sup>81</sup>, como “trabalho vivo”, que se traduz como ação intencional sobre a realidade com o objetivo de produzir bens/produtos. O autor agrupa as tecnologias associadas à produção do trabalho vivo em três categorias: a) tecnologia dura, representada pelos materiais, bens tangíveis como equipamentos, mobiliário, medicamentos, e bens de uso permanente ou de consumo; b) tecnologia leve-dura, que inclui saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde (clínica médica, odontológica, epidemiológica,...); e c) tecnologia leve que se expressa como processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que proporcionam o encontro do usuário com as necessidades de ações em saúde <sup>82</sup>.

As organizações que participam da atenção e assistência odontológicas, sejam públicas, privadas ou do terceiro setor, devem (re)conhecer as melhores evidências científicas e buscar sua aplicação, considerando a realidade local, heterogênea por natureza. O planejamento estratégico deveria inspirar ações programadas numa cultura de melhoria contínua para atingir os melhores resultados em relação à incorporação de novas tecnologias na gestão do sistema e na prestação do serviço, à satisfação do usuário



e, principalmente, à melhoria do estado de saúde bucal da população que é atendida. Entretanto na visão de Campos (2006)<sup>83</sup> o conjunto de conhecimentos acumulados sobre planejamento e gestão é pobre, não conseguindo tratar de todas as dimensões e das contradições determinantes das ineficácias econômica, social e mesmo técnica dos sistemas de saúde públicos estatais.

Deficiências de gestão no trato das múltiplas questões associadas com a saúde são encontradas com frequência nas organizações públicas e explicam boa parte dos problemas de saúde com que convivemos. A falta de profissionalização no conjunto da administração, a falta de conhecimento sobre os temas de gestão, desperdício de recursos, incapacidade de gerar serviços de alto padrão de qualidade, despreparo para avaliar e gerir os pares nas organizações do conhecimento, são algumas constatações<sup>84</sup>.

A implantação do SUS, regida pelos princípios da descentralização da execução e da universalidade do acesso, revelou a fragilidade administrativa nos níveis locais. Segundo Magalhães Jr. (2001)<sup>85</sup>, historicamente as prefeituras não se estruturaram para responder às demandas do setor saúde, quanti e qualitativamente, e ainda hoje, como regra geral, as prefeituras continuam apresentando pequena capacidade gerencial e operacional. Ainda sobre a implantação do SUS segue a observação de Cunha e Santos (2001)<sup>86</sup>:

Este processo de mudança e incorporação de novos atores leva necessariamente a repensar práticas gerenciais que rompam modelos previamente estabelecidos, em que eram comuns preceitos como o da centralização no gestor, do planejamento e do processo decisório. Conceitos como planejamento local e participativo, instâncias coletivas, autonomia gerencial, participação dos usuários e trabalhadores tornam-se obrigatórios na condução da política municipal de saúde.

Muito apropriada a observação de Castro e Westphal (2001)<sup>87</sup> para profissionais da saúde que, convivendo com os idosos, sabem o quanto lhes é devido e quanto mais ainda se deve àqueles que nem acessam aos serviços:

[...] a implantação do SUS, ao contrário do que acontece nos planos político-jurídico e institucional, requer mudanças no plano operativo, em particular quanto à forma de produção e distribuição de serviços de saúde numa relação direta e de reciprocidade com uma dada população concreta e definida, em termos de suas necessidades, problemas e demandas de atenção à saúde.

Estudo de Chaves e Vieira-da-Silva (2007)<sup>88</sup> investigaram a descentralização da gestão dos serviços de saúde bucal em dois municípios baianos, tendo concluído que este processo não vem sendo acompanhado de um esforço deliberado e amplo de melhoria da capacidade administrativa e de gestão dos serviços, apesar do aumento de repasses de recursos financeiros para o setor. Comparando os dois municípios, os resultados melhores foram observados naquele em que existia um projeto de reorganização das práticas de saúde, de capacidade técnica e governabilidade.

A esse movimento de novos desenhos e arranjos organizacionais devem estar ligados profissionais técnicos e atores políticos, numa construção coletiva que proporcione a fusão de saberes complementares. Segundo Moysés et al. (2002)<sup>89</sup> faz-se necessário um “planejamento orgânico” que estimule a aprendizagem de participação dos coletivos, que assegure a afirmação dos interesses locais e que esteja comprometido com o interesse social. Os níveis técnicos podem e devem opinar quanto ao mérito das questões, mas não devem decidir pela sociedade. Seu papel é o de disponibilizar informação e expor os mecanismos de administração para propiciar um debate frutífero e plural.

No campo da saúde bucal, no Brasil, a questão da apreciação da qualidade e efetividade dos serviços públicos oferece dificuldades. É que se constata diferenças

acentuadas nas práticas de cuidado, tanto individuais como coletivas, determinadas por: condições socioeconômicas; padrões culturais da população; caráter e fundamento das políticas de saúde bucal; acesso; espécie e natureza de serviço odontológico ofertado. Estas diferenças acarretam dificuldade para padronização de processos/procedimentos, inclusive de avaliação. Porém, a verdade é que quanto mais complexo o fenômeno administrativo considerado, mais relevante se torna o aperfeiçoamento gerencial. Só assim os recursos públicos serão maximizados em relação aos benefícios que se deseja entregar à sociedade.

Santana (2001)<sup>90</sup> afirma

Há dois referenciais básicos para uma análise atual do aspecto gerencial na área da saúde em nosso país: a gravidade da crise de inoperância dos serviços de saúde ante o volume e as exigências de qualidade das demandas sociais e a fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nessas organizações.

Os Secretários Municipais de Saúde trataram na Carta de Recife (2006)<sup>91</sup> das dificuldades de governabilidade e governança na implementação do SUS, indicando a necessidade de encontrar formas solidárias e co-responsáveis “entre instâncias, poderes, esferas, segmentos sociais, com amplo reconhecimento das diferenças e heterogeneidades que marcam a federação”.

Efetivamente, o Brasil é protagonista nas últimas duas décadas de um expressivo movimento de reforma de seu Sistema de Saúde. É possível que seja o setor social onde transformações mais profundas estejam ocorrendo. Tais reformas disseminam-se na América Latina e Caribe e estão, segundo Casas (1999)<sup>92</sup>, lastreadas em princípios como: fomento à equidade no acesso e uso dos serviços e no respectivo financiamento, melhoria da qualidade técnica da atenção e da satisfação do usuário, eficiência da alocação e gestão dos recursos, sustentabilidade em termos de legitimação e de financiamento, e ainda no incremento da participação do setor privado.

Dificuldades como as citadas constituem desafio adicional ao gerenciamento no setor saúde, desafio para compreender e fechar a distância entre a atual realidade e outra melhor. O aperfeiçoamento vai exigir um olhar para dentro e outro para fora das organizações, reconhecer suas práticas internas atuais, trazer à luz deficiências, problemas velados, e perseguir operações num plano mais alto, melhorando o equilíbrio entre recursos e demanda. Desafio para fazer mais e melhor, com um dado recurso, ou seja, perseguir melhores práticas com atributos de eficiência e efetividade. Nesse sentido, o esforço contínuo dirigido a melhores práticas é considerado uma promissora ferramenta para os gestores da prestação coletiva de serviços de saúde. Afinal em regimes democráticos os governos se submetem à periódica avaliação dos eleitores e, quanto mais sólida a democracia e mais consciente a cidadania, maior a cobrança da população e maior a possibilidade de respostas de melhor qualidade na alocação de recursos e no enfrentamento preventivo dos problemas <sup>93</sup>.

## ***6. Governança e sistemas locais de saúde***

Imaginar a construção de melhores práticas, inovadoras e resolutivas de problemas sociais, num ambiente social complexo como o que se vive, implica imaginar também um outro cenário para as relações que se estabelecem entre o Estado e a sociedade, entre os governos e os cidadãos, entre as organizações públicas, privadas e as do terceiro setor. Neste sentido, Santos (1997) <sup>94</sup> afirma que os “requisitos políticos, societários, organizacionais e gerenciais” que tornem a ação pública eficaz e eficiente no enfrentamento de problemas, constituem razão para um novo enfoque gerencial no campo da administração pública.

No Brasil, no vácuo de omissões e deficiências gerenciais crônicas, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional protagonizaram acordos com o governo,

submetendo o país a um conjunto de prescrições político-administrativas, como condicionalidades para efetivar socorros financeiros <sup>95</sup>. Essas prescrições, desenvolvidas segundo metodologias e padrões próprios dessas organizações, matizadas ideologicamente, destinaram-se à avaliação e monitoramento dos governos de países devedores, preconizando a reforma do Estado e de instituições nacionais. Adotando a expressão *good governance* (boa governança), essas organizações prescreveram critérios, sob a sua ótica e visão ideológica de mundo, tidas como indispensáveis para um desenvolvimento sustentado que incorporasse ao crescimento econômico, equidade social e direitos humanos. Para o Banco Mundial, anos atrás, *governance* seria “o exercício da autoridade, controle, administração e capacidade governativa” ou “o modo pelo qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos para o desenvolvimento do país” <sup>96</sup>. Hoje, para o Banco *governance*

consiste nos costumes e instituições pelas quais a autoridade no país é exercida. Isto inclui o processo pelo qual os governantes são selecionados, monitorados e substituídos; a capacidade do governo de efetivamente formular e implementar boas políticas; e o respeito dos cidadãos e do Estado pelas instituições que regem as relações econômicas e sociais entre eles <sup>97</sup>.

Recentemente, o Banco Mundial publicou um conjunto de indicadores que desenvolveu sobre *governance* construídos nas seguintes dimensões: Voz e *Accountability*<sup>k</sup>; Estabilidade Política e Ausência de violência; Eficiência governamental; Qualidade do marco regulatório; Estado de direito; Controle da corrupção <sup>97</sup>. Evidentemente, os resultados são muito ruins para o Brasil.

Essa incursão do Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional tem gerado severas críticas. É o que faz Juruá (2005) <sup>98</sup> para quem as

---

<sup>k</sup> *Accountability* é um conceito-chave que engloba as responsabilidades dos atores e as conseqüências que enfrentam com base em seu desempenho.

inovações institucionais do Banco Mundial em matéria de boa governança [colocou-o] como um poder tecnocrático que, desde o relatório “O Estado em um mundo em desenvolvimento” (1997) reivindica abertamente para si um papel político nos países do sul e elabora para esses países reformas políticas das quais dependem as liberações de ajuda. Estas reformas são o padrão ideal do conceito de governança para o Banco Mundial [...] inspirado nos princípios empresariais de eficiência e de concorrência.

Segundo o autor o conceito de governança explicitado pelo Banco Mundial prioriza o econômico sobre o político, o capital sobre o Estado, o mercado sobre a democracia, o lucro sobre a justiça. O fato é que após duas décadas de monitoramento exercido por essas organizações o quadro de sangria de recursos do sistema produtivo e das áreas sociais, canalizados para o sistema financeiro interno e externo, agravou-se e assim permanece, bem como se mantém os desequilíbrios sócio-econômicos, as agressões ao meio ambiente e não menos importante, as graves deficiências gerenciais.

Passando a uma outra perspectiva, observa-se que às novas formas de relação entre o Estado, mercado e sociedade têm correspondido o surgimento de literatura que privilegia a auto-gestão na área política, social e econômica e por conseqüência a formulação de novos modelos de gestão. Entre eles, e para os fins deste trabalho, sublinha-se a relevância de um tipo de governança pública, inspirada em preceitos da ciência política, cujo produto resulta da atuação compartilhada, coordenada, eficaz e transparente das organizações estatais e das organizações privadas com e sem finalidade de lucro, além do envolvimento de outros grupos sociais organizados e pessoas <sup>21,99</sup>.

Segundo Santos (1997) <sup>94</sup>, a discussão atual sobre o conceito de governança ultrapassa o marco operacional para incorporar questões relativas a padrões de articulação e cooperação entre atores sociais e políticos, incluindo

não apenas os mecanismos tradicionais de agregação e articulação de interesses, tais como partidos políticos e grupos de pressão como

também redes sociais informais (de fornecedores, famílias, gerentes) hierarquias e associações de diversos tipos.

Essa visão abrangente de governança, que está mais além de enfoques exclusivamente fundados em uma racionalidade instrumental é identificável na definição de Damkoviski e Rösener (2003) <sup>21</sup> para quem a governança local é “uma ação conjunta via rede de todos os *stakeholders* (grupos de cidadãos, administração, prefeituras, associações tradicionais, clubes, empresas) em prol do bem da coletividade”; a governança pública faz, assim, da orientação para o bem comum o diferencial entre a simples governança e a boa governança.

Marques (2007) <sup>100</sup> apresenta texto sobre como os princípios da governança corporativa (termo utilizado para descrever o modo como as empresas privadas são dirigidas e controladas, governando seus processos decisórios, no intuito de dar garantias aos grupos de interesse) podem ser aplicados ao setor público. Nesta publicação apresenta uma figura, adaptada do *Australian National Audit Office*, ilustrando a relação existente entre os vários elementos da governança em organizações públicas, ressaltando a necessidade de integração e equilíbrio dos mesmos (Figura 1).

**Figura 1 – Elementos da governança em entidades públicas.**



Fonte: Adaptado de ANAO, citado por Barret, P. (2003). *Achieving Better Practice Corporate Governance in the Public Sector*. AM Auditor General for Australia. Recuperado em 27 October, 2003, de <http://www.anao.gov.au/uploads/documents/>

O texto segue com a apresentação de passos para se atingir uma efetiva governança, baseado nos documentos do *Australian National Audit Office* e literatura existente sobre o tema. São sugeridos, então, seis passos que as entidades públicas devem seguir para atingir as melhores práticas de governança corporativa. Os elementos – liderança, integridade e compromisso – referem-se às qualidades pessoais de todos os membros da organização. Os outros três elementos - responsabilidade, integração e transparência – são principalmente produto das estratégias, sistemas, políticas e processos estabelecidos.

Observa-se que conceito de governança também se relaciona à noção de capital social. Este é um conceito relevante para o melhor entendimento da alavancagem do desempenho das comunidades no equacionamento dos seus dilemas e problemas de



saúde. Estudos sobre as relações entre capital social e saúde mostram que a saúde das pessoas é função também do estoque de capital social da comunidade a que pertencem.<sup>101</sup> Ampla revisão bibliográfica no campo da epidemiologia sobre estas relações afirma que “sociedades com altos níveis de capital social parecem ser mais igualitárias, as pessoas são mais envolvidas na vida pública, vivem mais, são menos violentas e avaliam melhor a sua própria saúde”<sup>73</sup>. Do mesmo modo, teorias que tratam do empoderamento comunitário incluem resultados (estruturais e processuais) relacionados a participação, controle e consciência crítica, sugerindo uma relação entre aumento dos níveis de empoderamento como um resultado intermediário que leva a melhoria dos indicadores de saúde da população<sup>72</sup>.

Segundo Sá (2001)<sup>102</sup> as teorias no campo do planejamento e da gestão “têm abandonado progressivamente a visão positivista, presente em suas origens, e assumido uma perspectiva mais crítica, onde a dimensão política do problema ganha destaque”. Para a autora, o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos nas organizações de saúde é uma das condições fundamentais para a melhoria da gestão e “construção de projetos coletivos e solidários”, o que permitiria uma validação ética e social.

Kissler e Heidemann (2006)<sup>21</sup> apontam para as mudanças no Estado, verificadas nas últimas décadas, o qual migrando de um modelo de rígida hierarquia no contexto social e político, vem se transformando

de um Estado ativo, provedor solitário do bem público, em um Estado ativador, que aciona e coordena outros atores a produzir com ele; de um Estado dirigente ou gestor em um Estado cooperativo, que produz o bem público em conjunto com outros atores.

Como corolário desta constatação arrematam:

O Estado deixa de ser uma instituição que se diferencia de forma clara e distinta do mercado e da sociedade, como acontecia no caso do governo tradicional. Estado, mercado, redes sociais e comunidades constituem mecanismos institucionais de regulamentação, que se articulam em

diferentes composições ou arranjos. Por isso, a governança prescreve uma lógica de gestão tanto para uma organização quanto para um setor e é usada como conceito-chave para vários tipos de atividades coordenadas.

Neste contexto, a descentralização das ações de saúde no bojo do SUS embora não assegure automaticamente melhorias na entrega dos serviços <sup>88</sup>, proporciona rica oportunidade para que as comunidades conduzam uma forma de governança pública, capaz de avaliar corretamente as práticas correntes e encaminhar soluções criativas, participantes e de compromisso sobre os problemas. Segundo Ibanhes et al. (2007) <sup>15</sup>

a governança enquanto conceito que incorpora novos atores e demandas sociais se mostra como uma possibilidade importante no debate, acesso, formulação, implementação e avaliação das políticas públicas, num contínuo qualitativo quanto ao exercício e efetivação da democracia social no nosso país.

A real possibilidade de amplo envolvimento dos indivíduos e grupos, como usuários, profissionais da saúde, gestores públicos, lideranças políticas, culturais, sociais, bem como das organizações públicas e privadas, constitui um diferencial que torna o conceito de governança local, no âmbito dos municípios de pequeno porte, um marco teórico com potencial para contribuir na geração de práticas inovadoras no campo da saúde, fazendo valer o conceito de “poder local” de Dowbor <sup>17</sup>.

Em 2004, sob os auspícios do IDRC – *International Development Research Center*, agência governamental canadense, foi realizado um Seminário, em Montevideu, para analisar o conceito de uso de governança em pesquisas em políticas e sistemas de saúde. O resultado apontou a conveniência do uso analítico do conceito, para permitir a melhor compreensão dos processos de gestão em saúde. Neste sentido, foi desenvolvido um arcabouço teórico cujo caráter instrumental propicia ao investigador dispor de um ferramental para análise das administrações de sistemas de saúde <sup>103</sup>.

A opção pelo uso analítico do conceito de governança significou abdicar do uso normativo, prescritivo, atribuído por outras correntes. Restou afastado o “dever ser” e os valores subjacentes que implicam na imposição de modelos e na prescrição do que fazer. Ao trabalhar governança como instrumento analítico se busca uma aproximação ao fenômeno administrativo para entender melhor os comportamentos e a tomada de decisões coletivas. O conceito operacional de governança, com enfoque analítico, construído em Montevideo, está assim redigido:

governança se refere aos processos de ação coletiva que organizam a interação entre os atores, a dinâmica dos processos e as regras de jogo (informais e formais), com as quais uma sociedade determina suas condutas, toma e executa suas decisões <sup>103</sup>.

A governança nesta perspectiva é considerada uma variável intermediária, pois “por um lado produz efeitos sobre uma variável dependente (exemplo: acessibilidade aos serviços de saúde), e por outro depende de variáveis independentes que a determinam (exemplo: a organização institucional do sistema de saúde)” <sup>103</sup>.

Este enfoque é particularmente útil para examinar os processos gerenciais em que interagem múltiplos agentes, com características e interesses próprios, mas cuja ação deva ser e resultar cooperativa. Esta configuração complexa está presente no modelo que consubstancia o SUS no âmbito local. O envolvimento de três níveis de governo e de outros municípios e a gestão compartilhada com segmentos comunitários e corporativos fazem emergir interesses e posições divergentes, mas pedem um resultado construtivo em relação à saúde da população. O arsenal analítico desenvolvido contempla quatro categorias de análise para permitir examinar as múltiplas formas de governança, ela própria considerada uma variável intermediária <sup>103</sup>:

a) Atores:

- Atores estratégicos - todo indivíduo, organização ou grupo com recursos de poder suficientes para impedir ou perturbar o funcionamento das regras ou procedimentos de tomada de decisões e de resolução de conflitos coletivos;
- Atores de interesse – (*stakeholders*)- atores envolvidos na trama institucional, porém sem poder suficiente para determinar mudança nas regras de jogo;
- b) Normas – regras e decisões que orientam o comportamento dos atores e são modificadas pela ação coletiva;
- c) Processos – estados sucessivos pelos quais passam a interrelação entre os atores, normas e pontos nodais;
- d) Pontos Nodais – interfaces sociais definidas em espaços físicos ou virtuais para onde convergem vários processos, atores e normas que produzem efeito, isoladamente ou em interação com outros, sobre a variável dependente estudada.

A aproximação da governança pública aos aspectos operacionais associados à construção de melhores práticas no cuidado à saúde encontra contribuição nos estudos e experiências sobre *clinical governance* (governança clínica). O *National Health Service (NHS-United Kingdom)* introduziu o conceito em suas atividades, em 1998, como:

um quadro/modelo por meio do qual as organizações do NHS são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e salvaguarda de elevados padrões de cuidado por meio da criação de um ambiente no qual a excelência no cuidado clínico floresça <sup>104,105</sup>.

Os princípios da governança clínica para o *NHS-UK* implicam no restabelecimento do Serviço Nacional de Saúde britânico como serviço de qualidade para todos os pacientes em todo o país, por meio de: estabelecimento de padrões baseados em melhores práticas, que serão adaptadas de acordo com a realidade local, pelos profissionais da saúde; realização de parcerias entre serviços de saúde e autoridades locais; foco central direcionado ao paciente; garantia de que os serviços estão fornecendo cuidados à saúde com qualidade, considerando o valor do recurso

financeiro despendido; desenvolvimento de uma cultura na qual a qualidade clínica está garantida a todos os pacientes, e melhora da confiança da população no *NHS-UK*<sup>105</sup>. A introdução de novas regras ao sistema britânico tem produzido uma forte discussão sobre as evidências da efetividade das estratégias que compreendem a governança clínica em relação a real melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados à população, sob a forma de melhores práticas<sup>106,107,108</sup>. Entretanto, McSherry e Pearce (2007)<sup>105</sup> defendem o uso da governança clínica como agenda de modernização dos serviços de saúde baseados em três pilares que a sustentam como justificativa: o político, o público e o profissional. O quadro a seguir revela um esquema que procura responder a questão do porquê é necessário adotar a governança clínica como referencial para organização dos serviços públicos de saúde (Quadro 1).

#### **Quadro 1 – Pilares da governança clínica: porque é necessário adotá-la?**

<b>Político</b>	• Mudanças nas políticas de saúde
	• Impacto que a mudança organizacional provoca na produção e provisão de serviços de saúde
<b>Público</b>	• Aumento das expectativas da população
	• Mudanças demográficas
	• Redução da confiança da população nos serviços
	• Aumento do acesso à população às informações sobre cuidados à saúde
<b>Profissional</b>	• Aumento dos níveis de dependência dos pacientes
	• Avanços tecnológicos
	• Aumento do número de reclamações (por parte de pacientes)

Adaptado de McSherry e Pearce (2007).

A melhoria da qualidade nos serviços de saúde britânicos foi colocada em posição de destaque da agenda do *NHS*, que passou a considerar a mensuração e a avaliação da efetividade clínica, tendo como referência alguns padrões de cuidado à saúde. Estes padrões foram apresentados em um documento, denominado *Standards for Better Health* (Padrões para uma Saúde Melhor)<sup>109</sup> que ficou aberto à consulta pública por período de três meses, no ano de 2004. Os padrões definidos estão organizados em

sete “domínios” que abrangem todas as áreas de responsabilidades do cuidado em saúde, inclusive a prevenção, e são descritos em termos de resultados. Os domínios são: Segurança; Custo e Efetividade Clínica; Governança; Foco no usuário; Acesso ao Cuidado e Resolutividade; Ambiente de Cuidado e Amenidades; e Saúde Pública. Os padrões devem ser interpretados e implementados de modo que evite a discriminação na prestação dos serviços, promova a igualdade de acesso e a qualidade dos serviços, garanta que a provisão de serviços esteja orientada às necessidades individuais, preferências e escolhas da população, proteja os direitos humanos, mantenha a reputação do *NHS* como empregador modelo, e permita que as organizações do *NHS* contribuam para o sucesso econômico e a coesão da comunidade <sup>105,109</sup>.

Após revisar documentos oficiais do *NHS* e literatura pertinente McSherry e Pearce (2007) apresentam os componentes-chaves da governança clínica no serviço de saúde britânico. São eles: a) Gestão por performance/resultado: reclamações, incidentes críticos, suporte aos funcionários, aconselhamento, relações de confiança; b) Programa de Melhoria da Qualidade: contínuo desenvolvimento profissional, auditoria, práticas baseadas em evidência; c) *Accountability*: monitoramento da efetividade, confecção de relatórios; d) Manejo do Risco: políticas e procedimentos, sistemas; e) Informação: sistemas de informação clínica, resultados, comparação de dados e *benchmarking* <sup>105</sup>.

Holden e Moore (2004) <sup>104</sup> desenvolveram um modelo para a implementação e avaliação de governança clínica nos serviços de atenção primária à saúde bucal no Reino Unido. O modelo aborda três principais áreas: definição da estrutura (responsabilidade gerencial, descrição do sistema, acompanhamento das obrigações profissionais), controle do processo (envolvimento do usuário e mecanismos de consulta, controle de documentos e informações, controle dos registros e dos processos clínicos, gestão do risco clínico, compras, equipamentos, desenvolvimento e treinamento de pessoas) e

avaliação dos resultados (formação em auditoria e avaliação dos serviços, ações preventivas e corretivas, oportunidades para melhoria e relatório anual). O modelo apresentado tem foco no usuário, no registro e avaliação das ações e na melhoria contínua.

De um modo análogo, situa-se o estudo de Chaves e Vieira-da-Silva (2006)<sup>88</sup> cujo modelo desenvolvido inclui uma matriz de análise de implantação da atenção à saúde bucal em municípios brasileiros contendo dois níveis: gestão da atenção a saúde bucal – organização do serviço (planejamento e programação, suporte aos profissionais e as práticas, oferta da assistência, cobertura e integralidade) e práticas desenvolvidas pelos profissionais – Atenção Básica (ação sobre dano/riscos, práticas educativas, atividades junto aos agentes comunitários, práticas clínicas, práticas com famílias, acolhimento e vínculo, atenção integral).

Um dos requisitos indispensáveis para que se obtenham melhorias através da governança clínica é que os profissionais envolvidos na prestação da atenção à saúde bucal compreendam o seu papel nesse processo<sup>110,111</sup>. Portanto, como já dito anteriormente, só se pode pensar em governança, inclusive clínica, mediante a ampla participação dos atores e grupos de interesse. Procedimentos que não tomam em conta essa premissa tendem a repetir modelos autocráticos, revestidos de novos rótulos.

## **7. Melhores práticas e Promoção da Saúde**

O *Health Promotion's Best Practice Work Group*, sediado na Universidade de Toronto, definiu melhores práticas em saúde como

o conjunto de ações e atitudes contínuas que são orientadas para alcançar os objetivos da promoção da saúde em determinada situação, e que são consistentes com os valores da promoção da saúde.

De acordo com o marco conceitual desenvolvido por este grupo, as práticas serão consideradas “melhores” se forem consistentes e refletirem as bases/fundamentos da promoção da saúde e a compreensão do ambiente. Julga relevante, para isso, considerar aspectos como valores, objetivos e a ética da promoção da saúde, teorias e crenças, evidências e a adequação/compreensão do ambiente<sup>24,112</sup>.

Os autores ressaltam que, devido à falta de consenso sobre a natureza da promoção da saúde e as diferentes visões do que se considera promoção da saúde, não há uma definição comum, assim como, não há protocolos e diretrizes delineando um conjunto de melhores práticas que seja aceito universalmente. Reportam existir uma diversidade de abordagens dependendo da perspectiva que se tem sobre estas questões:

- 1° Abordagem principialista: as iniciativas seguem um conjunto de valores e princípios;
- 2° Abordagem normativa: conjunto voluntário de normas/padrões que são requisitos para que ocorram as melhores práticas;
- 3° Abordagem centrada no padrão de serviços: padrões voluntários ou normativos (determinados interna ou externamente) que orientam a provisão/fornecimento de serviços;
- 4° Abordagem centrada nos resultados: padrões voluntários ou normativos (determinados interna ou externamente) baseados na expectativa de resultados quantitativos;
- 5° Abordagem centrada “no que funciona bem”: conjunto de critérios usado para julgar a efetividade de determinada ação;
- 6° Abordagem “diga o que fazer”: uma receita, fórmula ou listagem especificando passos a seguir para alcançar os resultados esperados;



7º Combinação: duas ou mais abordagens entre as antes mencionadas que, utilizadas concomitantemente, objetivam alcançar melhores práticas.

Assim, é consistente o enfoque dado pelo grupo de Toronto para estruturar o conceito de melhores práticas referenciando-as à Promoção da Saúde.

Inspirado nos trabalhos da Universidade de Toronto outro grupo, da província de Nova Escócia (Canadá), desenvolveu também um marco conceitual sobre melhores práticas em ações de promoção da saúde. O documento *Nova Scotia Best Practices Framework*<sup>113</sup> define melhores práticas como processo contínuo de reflexão sobre como melhorar e intensificar as práticas correntes. Envolve a análise das ações de promoção da saúde que vêm sendo desenvolvidas e utiliza um processo de reflexão crítica para extrair elementos e conhecimento coletivo sobre o que se sabe que funciona bem em determinada situação. Este conceito de melhores práticas em promoção da saúde considera a reflexão crítica uma ferramenta para pensar a ação, o porquê da ação e como esta poderia ser mais efetiva, permitindo intensificá-la, garantindo o aprendizado contínuo e o crescimento pela revisão das práticas. Além disso, o marco conceitual está embasado em evidências científicas, sendo suportado e fundamentado por informações advindas de pesquisas. Também reconhece que cada programa e política de saúde deve ser/estar adaptado às circunstâncias locais, à população para a qual se destina, aos recursos disponíveis e aos atores participantes.

As práticas de promoção da saúde constituem-se em uma ampla variedade de abordagens. Keleher (2007)<sup>114</sup> apresenta um quadro esquemático desses diferentes modelos, bem como os respectivos fundamentos teóricos, os objetivos, os métodos e o nível e tipo de ação que os sustentam. Os autores ponderam sobre a dificuldade das organizações/dos serviços e dos profissionais de extrapolar as abordagens preventivas e

comportamentais para modelos de cunho sócioecológico. A seguir uma tradução do quadro original (Quadro 2).

**Quadro 2 – Abordagens de Práticas de Promoção da Saúde**

ABORDAGEM	TEORIA	OBJETIVOS	MÉTODOS	NÍVEL E TIPO DE AÇÃO
<b>Cuidados primários/Prevenção das doenças</b>	Biomédica Tratamento e diagnóstico Prevenção e manejo das condições	Melhorar os fatores de risco físicos e comportamentos individuais	A partir da entrada do usuário ao sistema via médico, enfermeiro, ... <i>Screening</i> Aconselhamento	Indivíduo Usuário passivo Expert-direcionado
<b>Educação em Saúde e Mudanças Comportamentais</b>	Teorias de mudanças comportamentais	Fatores de risco psicossociais e comportamentais	Informação em saúde Educação individualizada ou em grupos Desenvolvimento de habilidades pessoais	Indivíduos ou grupos Usuários passivos Expert-direcionado
<b>Educação em Saúde participatória</b>	Participação e <i>empowerment</i>	Provisão de informação Suporte Social Desenvol. de habilidades pessoais via <i>empowerment</i>	Métodos integrados Desenvolvimento da saúde Educação individualizada ou em grupos Marketing social Abordagem por ambientes/cenários	Indivíduos ou grupos Usuários ativos Facilitação
<b>Ação comunitária</b>	Desenvolvimento/Engajamento comunitário	Ação sobre os determinantes da saúde Mudança social sustentável Reforço da capacidade comunitária <i>Empowerment</i>	Parcerias intersetoriais Construção da capacidade comunitária e capital social Mudanças organizacionais e políticas Capacitação/Defesa da causa/Mediação	Parcerias intersetoriais Ação comunitária Liderança comunitária Mudança organizacional
<b>Promoção da Saúde Sócio-ecológica</b>	Determinantes da Saúde Desenvolvimento Social e da Saúde Cuidados Primários de Saúde <i>Empowerment</i> Engajamento comunitário	Redução das iniquidades Ações sobre os determinantes da saúde: sociais, políticos ambientais	Cuidados primários de saúde Engajamento comunitário Criação de ambientes suportivos Capacitação/Defesa da causa/Mediação Desenvolvimento organizacional para reorientação dos serviços de saúde Construção de políticas locais saudáveis	Comunidade e usuários ativos Mudanças nas comunidades e nas organizações

Adaptado de Keleher; MacDougall e Murphy (2007).

Os fundamentos teóricos da Promoção da Saúde, quando traduzidos para a efetivação de práticas, sofrem cobranças no sentido de dar resposta efetiva às demandas em saúde/doença da população. Desse modo, elementos que são considerados para a decisão-ação de gestores e profissionais da saúde perpassam, necessariamente, por

questionamentos sobre quais as evidências das ações. Entretanto, dado que a Promoção da Saúde abrange uma série de intervenções, em diferentes grupos e contextos, o desenvolvimento e o uso da evidência para guiar as decisões e ações não se dá de modo linear e automático. Interessante apontar discussão emergente sobre a diferença entre práticas e políticas “informadas pela evidência” e as “baseadas em evidência” (*evidence-informed* e *evidence-based*). Ações de promoção da saúde “informadas pela evidência” constituem uma nova postura de reconhecimento de que o processo de decisão-ação é informado pela evidência, mas não somente por ela. Essa consideração deve-se ao aumento da relevância do contexto e da participação comunitária nas intervenções e das diferenças entre a capacidade organizacional, a disponibilidade de recursos, o clima político, os grupos de interesse, entre outras que compõem o cenário de formulação e implementação das melhores práticas <sup>115</sup>.

Investigação realizada por Waters; Armstrong e Doyle (2007) <sup>115</sup> demonstrou que gestores e profissionais da saúde, em geral, baseiam-se em modelos de boas práticas, em pesquisas realizadas no interior e exterior da organização/setor ao qual estão vinculados, em regulamentos/legislação, em fatores políticos, em resultados de projetos-piloto, em coleta de dados e em revisões da literatura para tomarem suas decisões, tanto no nível das práticas quanto das políticas de promoção da saúde.

A Organização Pan-americana da Saúde em reunião do Comitê Executivo, no ano de 2006, discutiu e elaborou documento estratégico para, na perspectiva da aplicação de melhores práticas, reduzir a morbidade em saúde bucal na América Latina e no Caribe. A finalidade do documento foi descrever um plano de ação para 10 anos (2005–2015) que promovesse e protegesse a saúde geral nas Américas por meio de progressos na atenção à saúde bucal. A estratégia proclama o desenvolvimento de projetos, políticas, boas práticas e recursos sustentáveis que reduzam a morbidade

relacionada com a saúde bucal, precária no âmbito individual, local, regional e nacional. O documento estimula a ampliação de intervenções comprovadamente positivas que impliquem: manutenção e melhoria de programas correntes de prevenção; vigilância contínua; utilização e aplicação eficazes dos recursos de assistência de saúde; e transferência de informação e tecnologia <sup>116</sup>.

Outros exemplos de trabalhos focados em Melhores Práticas, como uma opção para abordagem dos problemas de saúde bucal de comunidades, são encontrados na literatura ou divulgados na Internet, a citar: *Best Practices Project* da *Association of State and Territorial Dental Directors (ASTDD)* <sup>117</sup>, Departamento de Saúde Pública e Ambiente do Estado do Colorado (EUA) <sup>118</sup>, o *Best Practice Center* da *National Governors Association (NGA–USA)* <sup>119</sup>, o *Australian Research Centre for Population Oral Health* da Universidade de Adelaide, Austrália <sup>120</sup>, o *Promoting oral health care for people with HIV infection*, do *AIDS Institute* <sup>121</sup>, o *Texas Department on Aging and Disabilities Services*, o Manual de Boas Práticas em Saúde Oral para quem trabalha com crianças e jovens com necessidades de saúde especiais, Divisão de Saúde Escolar, Portugal <sup>122</sup> e o Programa de Educação continuada em Geriatria da Universidade de Iowa com o *Best-Practice Geriatric Oral Health Training* <sup>123</sup>.

Observa-se que as organizações e iniciativas aqui mencionadas são provenientes de países desenvolvidos. De qualquer forma, apesar da carência de alguma reflexão mais profunda, destaca-se a importante contribuição destas organizações em sistematizar operacionalmente o conhecimento e divulgar práticas de cuidado em saúde bucal, na perspectiva da melhoria contínua de procedimentos.

## 8. *Organizações de saúde, aprendizagem e melhores práticas*

Mintzberg (2003) <sup>124</sup> afirma que as organizações se constituem de seis componentes básicos: vértice estratégico, núcleo operacional, linha hierárquica média, tecnoestrutura, logística, ideologia (ou cultura). Dependendo dos mecanismos de coordenação, do tipo de descentralização de decisões e da relevância de cada um dos mencionados componentes básicos da organização, classifica as estruturas organizacionais em cinco categorias: estrutura simples, máquina burocrática, burocracia profissional, forma divizionalizada e adhocracia.

Unger, Macq e Bredo et al. (2000) <sup>125</sup> propõem um *mix* de forma divizionalizada e adhocracia: a “adhocracia divizionalizada”, como um modelo de estrutura organizacional mais adequado a sistemas nacionais de saúde descentralizados para o âmbito local. Este modelo favoreceria as decisões que dependem de soluções não estandarizadas, adaptadas a circunstâncias particulares, que exigem espaço criativo para iniciativas, como é o caso dos serviços de saúde. Também facilitaria uma geoconfiguração, respeito aos padrões locais, coordenação e articulação regional. A “forma divizionalizada” ajusta-se a organizações que operam em bases geográficas sem coordenação entre elas. Já a “adhocracia” opera em ambientes complexos e permite ajustes coordenados, sendo caracterizada por uma “especialização horizontal do trabalho”. Trata-se da configuração ideal quando o principal propósito da organização é produzir soluções criativas para problemas singulares.

As organizações são criadas para serem perenes, duradouras, capazes de sobreviver. A sobrevivência é função de sua capacidade de renovar-se, adaptar-se às novas realidades, manter estruturas flexíveis e cumprir sua missão. Por isso, toma relevância a necessidade de estudos sobre a aderência do SUS às estruturas organizacionais que conformam as municipalidades brasileiras.

O cuidado à saúde bucal dos idosos está hoje definitivamente associado à responsabilidade e ética que acompanham os deveres de organizações e profissionais da saúde. O cuidado vai muito além da usual atenção tópica, episódica, emergencial, e nos coloca diante de titulares de direito a uma atenção contínua, sistematizada e contextualizada. À parte as questões próprias dos profissionais da saúde, reporta-se às organizações da saúde. Cada vez mais complexas nas suas relações internas e com o ambiente, essas organizações (secretarias de saúde, hospitais públicos, clínicas privadas) constituem parte do sistema saúde, ele próprio formando uma complexa rede, e nelas presente um diversificado grupo de interesses.

Posturas em prol da melhoria contínua se fazem necessárias, considerando principalmente que a melhoria contínua exige comprometimento com o aprendizado. As organizações que aprendem destacam-se por serem capazes de solucionar problemas de maneira sistemática, experimentar novas abordagens, aprender a partir das próprias experiências e antecedentes, aprender a partir das experiências e práticas alheias e transferir rápida e eficazmente os conhecimentos por toda organização. As organizações obterão melhores resultados mediante a criação de sistemas e processos que respaldem essas atividades e as integrem nas ações cotidianas <sup>126</sup>.

O conhecimento vem assumindo um papel central nas organizações, passando a ser relevante para além dos recursos econômicos básicos, como capital, recursos naturais e mão-de-obra <sup>127</sup>. Ao constatar que as organizações dependem do conhecimento e têm nele o seu maior valor, o gerenciamento desse novo ativo vem ganhando espaço tanto na literatura quanto nas práticas organizacionais <sup>128</sup>.

Senge (1990) <sup>129</sup>, ao refletir sobre o “redesenho das organizações”, afirma que somente uma modificação profunda nas formas de pensamento/interação poderia ser capaz de transformar políticas e práticas enraizadas. A possibilidade de construção de

uma nova prática administrativa está fundamentada em cinco disciplinas consideradas elementos inevitáveis do desenvolvimento das organizações que aprendem: domínio pessoal, modelos mentais, visão compartilhada, aprendizado em equipe, e a quinta disciplina, pensamento sistêmico. É essa quinta disciplina que permite mudar os sistemas com maior eficácia e agir mais de acordo com os processos do mundo natural e econômico.

Souza (2004) <sup>128</sup> reflete sobre as “oportunidades de aprendizagem organizacional” como aqueles “momentos e situações que, já inscritos na cultura e nas formas privilegiadas de ação da organização, são propícios à aprendizagem”. As oportunidades são consideradas, portanto, estratégias de intervenção voltadas a favorecer processos de aprendizagem nas organizações.

A melhoria contínua, construída sobre o ideal da busca por melhores práticas, pressupõe mudanças no comportamento individual/coletivo/organizacional, nos métodos de trabalho, no livre fluxo de informações e na incorporação da reflexão crítica. Imputar valor aos recursos intelectuais e alterar a forma de estruturar/trabalhar com o conhecimento, tanto tácito quanto explícito <sup>130</sup>, contribui inegavelmente para a elaboração permanente do melhor pensar/fazer, numa perspectiva tanto teórica quanto prática.

A expressão “melhores práticas” tem sido utilizada amplamente, entretanto, é necessário continuar construindo um método sistemático para encetá-las. O estabelecimento de critérios é o primeiro passo para definir o que realmente pode ser considerado “melhores práticas” no cuidado à saúde. A partir destas considerações Keehley et al. (1997) <sup>84</sup> propõem alguns critérios para definição de melhores práticas: 1) sucesso comprovado; 2) quantificáveis e demonstráveis por diversos indicadores; 3) inovadoras e possuem um certo grau de criatividade; 4) promover resultados positivos;

5) replicáveis com modificações em outros cenários; 6) possuir importância local (na organização que busca melhoria) no momento da adoção de melhores práticas.

Jané-Llopis (s.d.) aponta alguns indicadores de melhores práticas: resultados efetivos, níveis de impacto (individual, social e econômico), níveis de evidência (eficácia e efetividade), rigor metodológico e capacidade de implementação, replicabilidade e melhoria. Além disso, a autora considera que para garantir a efetividade das melhores práticas há a necessidade de cultivar a responsabilidade compartilhada na qual diferentes pares (pesquisadores, profissionais, gestores) estão envolvidos e alimentam uns aos outros com necessidades e experiências. Defende, também, a necessidade de uma infra-estrutura ampla que dê suporte para prevenção-promoção da saúde, em níveis nacionais e internacionais, na qual redes são estabelecidas e parcerias são criadas em diferentes níveis e reforça a necessidade de uma estrutura de base que promova e intensifique o treinamento e desenvolvimento de todas as partes envolvidas <sup>131</sup>.

Como apontou Senge (2004) <sup>132</sup> há uma interconexão entre melhores práticas e organizações que aprendem: “A filosofia da melhoria contínua é uma filosofia de aprendizagem”. Senge também adverte para o risco de que copiar não significa adotar melhores práticas. No seu entendimento

a raiz de toda a inovação é a teoria e os métodos, não a prática. As práticas são, sem dúvida, importantes, mas são sempre situacionistas. [...]. Por isto, a tentativa de “clonar” as melhores práticas acaba quase sempre por ser extremamente desapontadora.



## 9. *Modelo de Domínios Interativos de Melhores Práticas (MDI)*

### **Histórico**

Em 1996, Michael Goodstadt e Barbara Kahan, trabalhando em conjunto com o *Best Practices Work Group*, no *Centre for Health Promotion* da Universidade de Toronto, lideraram a iniciativa de explorar os potenciais benefícios e riscos associados à adoção do referencial de melhores práticas aplicados à promoção da saúde. O *Best Practices Work Group* foi criado como resultado do *International Symposium on the Effectiveness of Health Promotion* organizado pelo *Centre for Health Promotion*, em junho de 1996. Participavam do grupo membros provenientes da área da saúde pública, trabalhadores de centros de saúde e hospitais, grupos comunitários, representantes do governo federal e regional, da academia e do setor privado.

Inicialmente, o grupo dedicou-se a compreender o significado de melhores práticas aplicadas à promoção da saúde, benefícios e riscos da utilização desta abordagem, identificação de melhores práticas, identificação de fatores que moldam as melhores práticas em promoção da saúde e desafios para operacionalizar melhores práticas. Em seguida desenvolveu um conjunto de princípios teóricos para fundamentar o conceito de melhores práticas.

Em associação com a *Association of Ontario Health Centres*, o *Ontario Public Health Benchmarking Partnership*, e o *Centre for Health Promotion* da Universidade de Toronto desenvolveu o projeto *Pilot testing the IDM and its Framework*, que incluiu a realização de testes piloto em diferentes organismos: o *Durham Region Health Department*, o *East End Community Health Centre* (Toronto), o *Willett Hospital* (Paris), e a *Hospital Health Promotion Network*.

Tendo obtido resultados positivos na realização dos testes piloto, foi dada continuidade ao desenvolvimento de materiais e processos, no sentido de facilitar os

usuários do MDI, e aprofundada a temática como, por exemplo, a elaboração do “Módulo de Aprendizagem do MDI: fazendo a ponte entre pesquisa e prática”, a elaboração de artigos e documentos com todo o conteúdo teórico prático do MDI de Melhores Práticas e o *software IDM Computer Program*.

Durante os anos de 1996 a 2002, o projeto recebeu financiamento do *Health Canada* e do *Ontario Ministry of Health*. Desde 2002, as atividades do grupo foram encerradas, entretanto alguns membros continuam a trabalhar informalmente na temática das melhores práticas em promoção da saúde e no desenvolvimento do MDI de Melhores Práticas, sem suporte financeiro de agências canadenses.

O MDI de Melhores Práticas é hoje utilizado em todo o mundo por diferentes pesquisadores e em diferentes organizações e/ou grupos. No Canadá seguem as atividades Kahan, como consultora, e Goodstadt, como professor do curso de Mestrado em Saúde Pública, na Universidade de Toronto. O desenvolvimento da versão francófônica do MDI, o planejamento de serviços de saúde para mulheres drogaditas, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde no distrito sanitário de Sudbury e a reestruturação de serviços hospitalares pelo *Paris Community Well Being Team* são outros exemplos. Na Austrália está sendo utilizado por Ritchie, professor da Universidade de New South Wales, em suas pesquisas sobre promoção da saúde em países nas Ilhas do Pacífico e, também no Projeto Ucrânia-Canadá de Saúde Juvenil, na avaliação de programas preventivos de HIV/AIDS por Vihn-Thomas e colaboradores e preparam-se versões traduzidas para o espanhol e polonês para utilização no Chile e na Polônia<sup>133</sup>.

## Descrição geral

A abordagem do MDI para melhores práticas congrega um conjunto de normas que enfatizam a importância da consistência entre a prática e fatores de decisão-ação incluindo conceitos como “valores”, “objetivos”, “teorias e conceitos”, “evidências”, “entendimento/compreensão do ambiente” e “práticas organizacionais e de saúde” que são considerados domínios e subdomínios, compondo o modelo <sup>112</sup>.

O objetivo do MDI é auxiliar pessoas envolvidas na gestão de serviços de saúde, em diferentes níveis de atuação (pesquisa, formulação de políticas ou implementação de ações), a refletir sistemática, integral e criticamente sobre suas práticas, e conseqüentemente transformá-las.

O modelo está embasado nos fundamentos teóricos da Promoção da Saúde servindo como plataforma aberta para o planejamento, implementação e avaliação de projetos, programas e planos estratégicos. Também ajuda a manter a consistência entre os “valores” e as atividades planejadas; encoraja a discussão; desenvolve uma visão comum e o compartilhamento de valores entre o grupo. É aplicável a atividades de promoção da saúde e adapta-se a organizações com diferentes linguagens e padrões culturais <sup>112</sup>.

O processo de aplicação do MDI de Melhores Práticas e a conseqüente construção de melhores práticas exigem a presença de alguns importantes ingredientes. Ênfase é dada ao entusiasmo, desejo e disposição dos participantes para novas idéias, disporem de tempo, estarem dispostos a refletir sobre a realidade de sua prática e a necessidade de transformá-la. Com relação ao ambiente institucional é crucial que a organização dê o suporte necessário para atender as necessidades iniciais e procedimentais dos trabalhos. Também é um requisito o envolvimento de todos os participantes e de outras pessoas relacionadas como condição para aumentar as chances

de resultados positivos e duradouros <sup>134</sup>. Portanto, nele se incorporam os princípios de governança pública, governança clínica e capital social assumidos nesta revisão da literatura.

Do ponto de vista operacional, o MDI de Melhores Práticas é uma ferramenta para a decisão-ação com possibilidade de promover múltiplas mudanças para atores e organizações que desejam implementar a abordagem das melhores práticas em promoção de saúde ou em saúde pública. A partir da utilização de fundamentos teóricos de promoção da saúde, o MDI pode ser útil para:

- 1° Ampliar o entendimento sobre Promoção de Saúde/Saúde Coletiva;
- 2° Promover a integração e a comunicação entre os atores;
- 3° Construir capacidades e suporte;
- 4° Aumentar a sensibilidade para as condições locais;
- 5° Fazer valer decisões e políticas;
- 6° Planejar, implementar, avaliar e revisar atividades e programas;
- 7° Alcançar os objetivos de promoção da saúde.

O Modelo orienta os atores por meio de um processo, na perspectiva dos fundamentos da promoção da saúde, a questionarem-se sobre suas atividades e programas como: Onde estamos agora, para onde queremos ir, e o que nos guia? Como chegamos até aqui, onde queremos chegar, quem faz o que, onde e como? O que fizemos, como fizemos e quais os resultados? O que precisamos mudar para seguir adiante? <sup>112</sup>

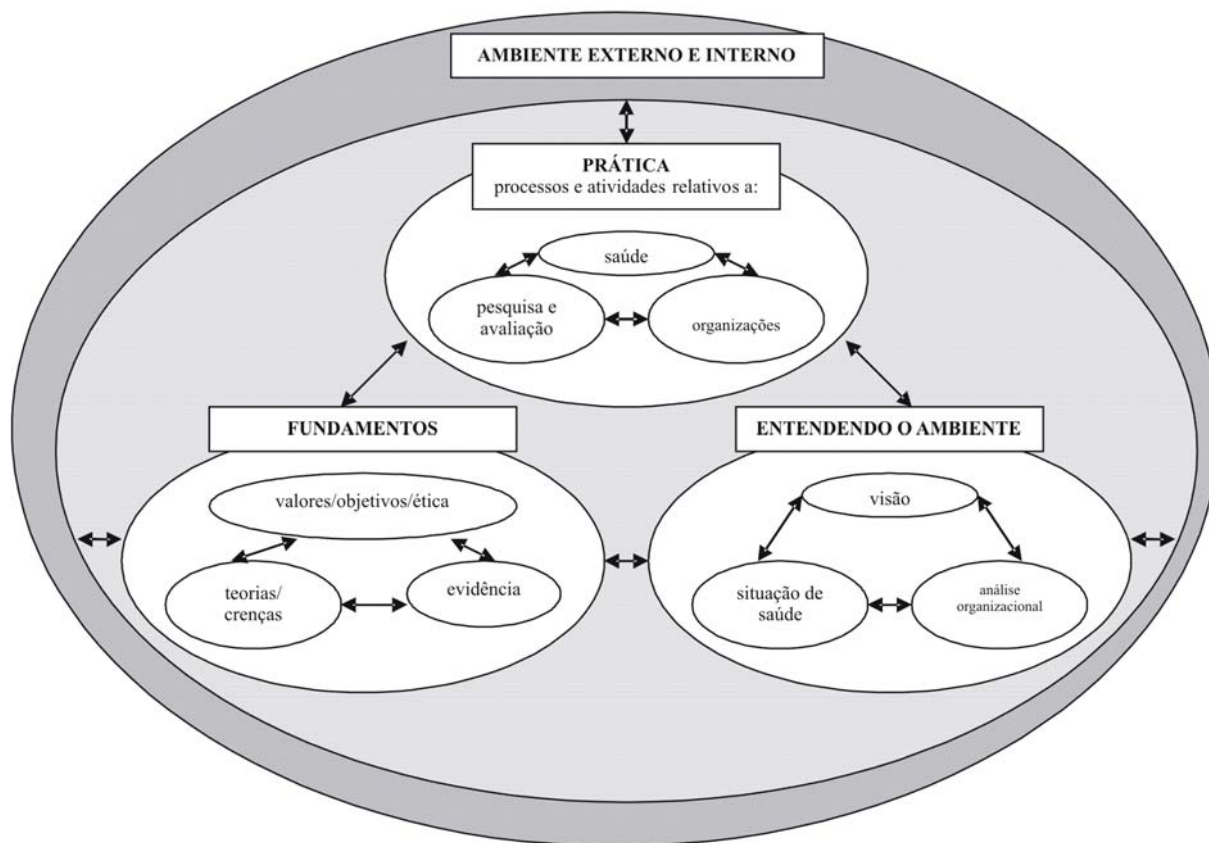
O conceito que fundamenta o MDI considera melhores práticas em Promoção da Saúde/Saúde Pública como

o conjunto de processos e atividades consistente com os valores, objetivos, preceitos éticos, fundamentos teóricos, crenças, evidências e entendimento do ambiente da Promoção da Saúde/Saúde Pública e que está orientado a alcançar os objetivos da Promoção da Saúde/Saúde Pública numa determinada situação <sup>112</sup>.

A premissa que dá suporte ao MDI de Melhores práticas é que a qualidade e o valor das práticas dependem do nível de informação, discussão, clareza e reflexão associada a cada um dos domínios e subdomínios (valores, objetivos/metapas, preceitos éticos, fundamentos teóricos, crenças, evidências, entendimento do ambiente e prática) <sup>112</sup>.

O Modelo é composto por três domínios: Fundamentos, Compreensão do ambiente e Prática. Cada um destes domínios engloba subdomínios. O domínio Fundamentos inclui os subdomínios Valores, Objetivos, Preceitos éticos, Teorias, Crenças e Evidências. Os fundamentos são a base que influencia, consciente ou inconscientemente, nossa tomada de decisões e prioridades. O domínio Compreensão do ambiente/Contexto inclui os subdomínios Visão e Análise situacional da saúde e da organização. Do ambiente participam as estruturas e sistemas sociais, políticos e econômicos, as condições materiais e psicológicas, nos níveis grupal, organizacional, comunitário, regional, nacional e internacional. O domínio Prática inclui os processos, atividades e estratégias dos subdomínios Saúde, Organização e Pesquisa/Avaliação. Ver Figura 2.

**Figura 2 - O MDI de Melhores Práticas: abordagem para uma saúde melhor** <sup>112</sup>



Os potenciais benefícios promovidos pela utilização do MDI de Melhores Práticas em termos de resultados esperados compreendem o melhor entendimento dos fundamentos da Promoção da Saúde e Saúde Pública, o fortalecimento da organização ou dos grupos, bem como o aumento do seu poder de comunicação interno e externo. Além disso, proporciona uma abordagem mais integral/ampla e sistemática do planejamento e avaliação, estimula o surgimento de novas idéias e a maneira de como colocá-las em prática, aumenta a credibilidade da organização ou grupo, melhora as condições de trabalho, propicia o alcance dos objetivos dos projetos e iniciativas e reforça a efetividade das práticas <sup>134</sup>. Vale dizer, portanto, o MDI utilizado neste estudo,

é uma abordagem para auxiliar a formulação de melhores práticas em saúde, trabalhando as potencialidades locais, valorizando a participação e o planejamento.

### III. MÉTODOS

---

#### *1. Desenho do estudo*

Para a implementação da proposta de utilizar o MDI de Melhores Práticas como tecnologia de gestão para sistemas locais de saúde, optou-se pelo caminho metodológico da pesquisa-ação. Esta apresenta possibilidades de transformação da realidade e de valorização tanto do processo de pesquisa quanto dos seus resultados, permitindo dessa forma “lançar um outro olhar sobre a cientificidade das ciências do homem e da sociedade”<sup>135</sup>. Aqui cabe a colocação de Barbier (2007)<sup>135</sup> referente à seleção deste método, com todos os “riscos institucionais e pessoais” aos quais está associado, como algo que “não convém aos mornos, nem aos aloprados, nem aos espíritos formalistas, nem aos estudantes preguiçosos”<sup>135</sup>. Foi a possibilidade de escapar, alternativamente, do positivismo biomédico ainda paradigmático/dominante nas pesquisas da área da saúde e de se posicionar de modo diferenciado em relação a valores, a temporalidade, a relação pesquisador-pesquisado, a linguagem, as intenções epistemológicas, a construção do conhecimento e a validação e generalização dos resultados. Para Barbier (2007)<sup>135</sup> a pesquisa-ação adota um encaminhamento oposto ao das ciências clássicas ao ter como finalidade “servir de instrumento de mudança social”. Se no caso das pesquisas clássicas, a possibilidade de mudança, quando se apresenta, repetidas vezes é imposta e verticalizada, a pesquisa-ação postula a não dissociação entre “a produção de conhecimento dos esforços feitos para levar à mudança”. O Quadro 3 apresenta um comparativo entre a pesquisa-ação e a pesquisa clássica.



**Quadro 3 - Comparação entre Pesquisa-ação e Pesquisa clássica<sup>136</sup>.**

	<b>Pesquisa clássica</b>	<b>Pesquisa-ação</b>
<b>Objetivo</b>	Saber generalizável por meio de conhecimentos.	Saber específico pela ação.
<b>Relação pesquisadores/atores</b>	Pesquisador fora da ação. Atores externos, separados do pesquisador.	Pesquisador implicado na ação. Ator em comunicação contínua.
<b>Escolha do assunto de pesquisa</b>	Campo de interesse do pesquisador. Pertinência científica.	Entendimento ou contrato com um grupo social específico.
<b>Formulação do objeto</b>	Continuidade das pesquisas anteriores (documentação e comunicação científicas).	Pertinência conjuntural. Validação contínua pela prática.
<b>Planejamento</b>	Processo linear.	Processo interativo.
<b>Técnicas de pesquisa</b>	Quantitativas e qualitativas.	Com predominância qualitativa.
<b>Processamento e análise</b>	Aplicação dos procedimentos previstos, externos à ação. Preocupação com a generalização.	Debate, discussões com os atores inseridos na ação. Preocupação com a pertinência.
<b>Conclusões</b>	Reinserção teórica (ou conclusões aplicadas).	Reinserção direta na prática.
<b>Difusão</b>	Geral, livre. Utilização não controlada.	Específica, vinculada. Controle em função da ação.

Segundo o referente de Dionne (2007)<sup>136</sup>, foram utilizadas neste trabalho técnicas de pesquisa quantitativas e qualitativas, com predominância desta última. Embora, prioritariamente qualitativo, o estudo incorpora intervenções cuja análise requereu a aplicação de instrumental estatístico. Os fundamentos teórico-metodológicos que orientaram a investigação quantitativa dizem respeito à análise estatística descritiva e inferencial, sobre uma base epidemiológica.

Os fundamentos da investigação qualitativa privilegiaram o estudo de micro-processos relativos a ações sociais, sejam individuais ou grupais, objetivando a apreensão e compreensão crítica da realidade social<sup>137</sup>. Segundo Minayo e Sanches (1993)<sup>138</sup> “é no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma a abordagem qualitativa”. Ao adotar o referencial qualitativo, admite-se que o objeto de pesquisa é sujeito, o que propicia, a partir dessa constatação, o envolvimento “com empatia aos

motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas”. Há, portanto, uma valorização dos “significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana”. Importante considerar que “o significado tem função estruturante” na vida das pessoas, organizando seus modos de viver e de cuidar <sup>139</sup>.

Nesse sentido e numa perspectiva sociológica, trabalha-se com a definição clássica de Minayo (1996) <sup>140</sup> para as metodologias qualitativas consideradas

aqueles capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

As metodologias qualitativas de pesquisa, de acordo com Martins (2004) <sup>137</sup>, permitem certa flexibilidade na seleção das técnicas de coleta de dados, sem contudo abdicar do rigor em sua aplicação e no momento da análise, possibilitando o desenvolvimento das potencialidades criadoras e intuitivas do pesquisador.

### **A pesquisa-ação**

A origem da prática investigativa implicada com o próprio campo de pesquisa e com grupos interessados remonta as primeiras décadas do século XX, tendo como exemplos Dewey nas pesquisas em educação e Freud na psicanálise <sup>141</sup>. Entretanto, atribui-se a sistematização e formalização do termo “pesquisa-ação” aos trabalhos de Kurt Lewin, em 1946, na área da psicologia social <sup>142</sup>. A pesquisa-ação surge, então, como possibilidade metodológica inovadora construída empiricamente e buscando um novo *status* para as ciências sociais, fundamentado na ação-reflexão <sup>143</sup>.

Mais recentemente, autores como Jean Dubost, Henri Desroche, Benoit Gauthier, André Morin, André Lévy, René Barbier e Paulo Freire têm constituído um sólido

referencial sobre a temática da pesquisa-ação, elaborando definições, fundamentos, tipologias e processos em diversas áreas do conhecimento.

Reconhece-se a pesquisa-ação como um dos tipos de investigação-ação,

que é um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela. Planeja-se, implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança para a melhora de sua prática, aprendendo mais, no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação <sup>141</sup>.

A ação/intervenção executada nesta pesquisa se materializou mediante a aplicação do MDI de Melhores Práticas no Município de Antônio Carlos (SC), como tecnologia de gestão para sistemas locais de saúde, enfatizando-se a saúde bucal de idosos. Segundo Dionne (2007) <sup>136</sup>, a proposta da pesquisa-ação “é mudar uma dada situação particular levando em consideração a totalidade concreta tal como é vivida”.

Este autor resume as principais tendências da pesquisa-ação em cinco itens:

- fortalecer a relação entre teoria e prática;
- favorecer alianças e comunicações entre pesquisadores e atores;
- perseguir duplo objetivo de conhecimentos a desenvolver (pesquisa) e de situações a modificar (ação);
- produzir um novo saber na ação e para ação;
- e inserir-se em um processo de tomada de decisão com vista à resolução de um problema.

Thiollent (1994) <sup>144</sup>, sociólogo francês radicado no Brasil e estudioso do método, define pesquisa-ação como

um tipo de investigação social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

A concepção de pesquisa-ação incorpora a ação como sua dimensão constitutiva, articulando teoria e prática no processo de construção do conhecimento. A prática torna-se fonte e lugar privilegiado da pesquisa. Além disso, a própria investigação se converte

em ação, em intervenção social como seu princípio e seu fim último, possibilitando ao pesquisador uma atuação efetiva sobre a realidade estudada <sup>145,146</sup> .

A função da pesquisa, na pesquisa-ação é

diagnosticar, iniciar uma ação, acompanhá-la, observá-la, conferir-lhe sentido, avaliando-a e incitando a desencadear novas ações. [...] trazer auxílio, esclarecer o significado do comportamento dos diferentes parceiros, e reduzir divergências entre participantes para alcançarem objetivos comuns <sup>142</sup> .

Desse modo, tomou-se como base fundamental para esta pesquisa-ação a perspectiva da mudança - através da tomada de decisão - superando dessa forma a dicotomia teoria e prática, sujeito e objeto, recriando formas novas e melhores de fazer. Para Dionne (2007) <sup>136</sup>

dizer que a pesquisa-ação pretende alcançar uma mudança nos leva a concluir que ela é principalmente um modo de intervenção, uma metodologia de ação, antes de ser uma metodologia de pesquisa. Querendo-se mudar uma situação particular, a pesquisa-ação é utilizada como um meio desejado e eficaz.

Nesse contexto cabe aqui colocar a definição de mudança defendida por André Levy, psicólogo social, citado em Barbier (2007) <sup>135</sup>:

É a emergência e o levar em consideração de elementos de significação verdadeiramente novos por um indivíduo ou por um grupo. Alguma coisa, algum sentido radicalmente novo, que não somente emerge da experiência do sujeito, mas também é igualmente por ele considerado, transformando suas perspectivas, seus modos de ser e de pensar, suas relações, sua estrutura. [...] Mudar é aquilo por meio do qual o reprimido sai de seu ciclo de repetições.

Por meio da aplicação do método da pesquisa-ação tomou-se uma postura de apreciação e compartilhamento de experiências sobre situações vivenciadas pelos atores e que estavam relacionadas à saúde bucal dos idosos no âmbito de um serviço público municipal de saúde. Tal se deu sem imposição unilateral das concepções próprias do pesquisador <sup>144</sup>, admitindo-se e envolvendo-se com a existência de conflitos, ruídos,

inconsistências e contradições entre indivíduos e grupos. Em face a esse reconhecimento, procurou-se seguir os “fundamentos da pesquisa-ação” como o respeito e a emancipação da pessoa humana, tanto na pesquisa quanto na ação: “a pesquisa não se faz sobre as pessoas, mas com elas”<sup>142</sup>.

Associação dos referenciais teóricos e metodológicos do MDI Melhores Práticas como eixo estruturante para esta pesquisa foi possibilitada por meio da aplicação de alguns conceitos que formam o arcabouço da pesquisa-ação<sup>135,142</sup> aqui elucidados:

- Observação: Entendida como uma fonte de coleta de informações, não somente realizada pelo pesquisador, mas também pelos atores envolvidos no processo de pesquisa-ação; todos os sentidos se colocam à disposição desta coleta-experiência que incorpora a intersubjetividade em todas as etapas de análise do processo.

- Implicação: O pesquisador aceita ocupar um lugar no qual assumirá um compromisso. Refere-se ao engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua prática científica. Ao implicar o outro na situação interativa se permite que este se aproprie de uma parte do nosso espaço e, que este, nos aproprie em troca de uma parte de seu espaço. Trata-se do sistema de valores últimos manifestados, consciente ou inconscientemente, pelas pessoas em interação na sua relação com o mundo, sem a qual não poderia haver comunicação.

- Complexidade: Considera-se que os objetos de pesquisa tratados na pesquisa-ação são complexos, cuja abordagem requer um sistema de pensamento aberto, abrangente e flexível — o pensamento complexo<sup>147</sup>. O modo como pensamos determina as práticas no dia-a-dia, tanto no plano individual quanto no social. O modelo mental linear-cartesiano forma a base do empirismo, diz que existe uma única realidade percebida da mesma forma por todos os homens. Nos últimos anos esse modelo de pensamento tem sido questionado, inclusive pelo pensamento complexo. O pensamento sistêmico-

complexo é um instrumento valioso para a compreensão da complexidade do mundo natural. Ele facilita a percepção de que a maioria das situações segue determinados padrões, permitindo visualização de diagnósticos e possibilidades de intervenções para modificá-los. Permite não apenas entender melhor e mais rapidamente as situações, mas também ter a possibilidade de mudar a forma de pensar que levou a elas. Permite aperfeiçoar as comunicações e as relações interpessoais. Permite também perceber e entender as situações com mais clareza, extensão e profundidade <sup>148</sup>.

- Lugar do pesquisador: Pode ser definido em dois momentos. O primeiro de interação com os atores em torno de uma problemática, momento no qual se constata, descreve, negocia, constrói, desenvolve, interpreta, avalia. Num segundo momento há o recuo do pesquisador para que observe a interação entre pesquisa e a ação, permitindo formular suas construções, analisar fatos, referir-se à fundamentação teórica, enfim, refletir sobre o processo de pesquisa-ação.

- Parceria: As relações estabelecidas entre pesquisador e atores/pesquisados não devem estar reduzidas à participação e à colaboração. A parceria na resolução de problemas consiste no intercâmbio permanente, confronto de pontos de vista e realização de ações em comum. Está baseada principalmente nas trocas, no compartilhamento e na confiança recíproca.

- Escuta sensível: Trata-se de um escutar/ver. Apóia-se na empatia. O pesquisador deve saber sentir o universo do outro para compreender suas atitudes e comportamentos, sistema de idéias, de valores, de símbolos e de mitos.

Um dos maiores desafios da utilização de um referencial de melhores práticas em promoção de saúde é determinado pela tendência de considerar melhores práticas equivalentes a práticas embasadas somente em evidência científica e, deste equívoco, a resistência de que estas evidências sejam aceitáveis quando derivadas de

experimentações de cunho qualitativo. O conceito de melhores práticas aqui utilizado está fundamentado na integração de questões também qualitativas, portanto, não exclusivamente situadas no plano da evidência ou da efetividade quantitativa, mas no ambiente e nos valores, incluídos em uma abordagem coerente de melhores práticas em promoção da saúde.

## ***2. Local da pesquisa***

A pesquisa foi realizada no município de Antônio Carlos, Estado de Santa Catarina.

A pesquisadora, após reuniões com o Prefeito Municipal e com o Secretário Municipal de Saúde e Assistência Social de Antônio Carlos, nas quais foram apresentados os objetivos, a metodologia da pesquisa e os resultados esperados, recebeu manifestação de apoio à realização da mesma. Houve o compromisso formal de a Prefeitura proporcionar o acesso a informações, bem como disponibilizar sua infraestrutura e viabilizar a participação de seus recursos humanos (Apêndice 1).

## ***3. Participantes***

Fizeram parte da pesquisa 20 pessoas pertencentes a grupos envolvidos diretamente com o fenômeno estudado. Procurou-se contemplar uma gama abrangente de participantes, considerando sua inserção no município e relação com a temática da saúde, saúde bucal e do idoso propriamente. O convite foi feito pessoalmente pela pesquisadora que explicava neste momento os objetivo e método a ser utilizado no estudo. Os idosos foram convidados durante os encontros nos grupos de convivência realizados nos diferentes bairros. O convite aos profissionais da saúde e gestores foi feito individualmente. Importante mencionar que neste caso, assim como no dos idosos, embora o convite tenha sido feito de modo amplo, houve um processo de indicação de

peessoas por seus pares, de acordo com critérios subjetivos como disponibilidade de tempo, interesse na temática, capacidade de articulação de idéias, experiência profissional, atuação no município, entre outros.

A seguir apresenta-se um quadro com algumas informações sobre os participantes de grupos focais, cuja técnica será descrita a seguir (Quadro 4).

**Quadro 4- Informações sobre os participantes dos grupos focais: aplicação do MDI de Melhores Práticas, Antônio Carlos, 2008.**

<b>Inserção do participante</b>	<b>Sexo</b>	<b>Relação com o serviço de saúde do município</b>
1. Idoso	F	Usuário
2. Idoso	M	Usuário
3. Idoso	F	Usuário
4. Idoso	F	Usuário
5. Idoso	F	Usuário
6. Cirurgião-Dentista	M	Contratado
7. Cirurgião-Dentista	M	Concursado
8. Cirurgião-Dentista	M	Concursado
9. ASB	F	Concursado
10. ASB	F	Concursado
11. Assistente Social	F	Concursado
12. Gestor – Coordenador da Saúde	M	Concursado
13. Vereador	M	---
14. Gestor - Secretário de Saúde	M	---
15. Enfermeiro	F	Concursado ESF
16. Enfermeiro	F	Concursado ESF
17. Enfermeiro	M	Concursado
18. ACS	F	Contratado
19. ACS	F	Contratado
20. ACS	F	Contratado



#### **4. Coleta de dados**

##### *Técnica do Grupo Focal*

A pesquisa se desenvolveu por meio da aplicação da técnica de Grupo Focal a qual “utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de características psicossociológicas e culturais”<sup>149</sup>.

A obtenção dos dados por meio desta técnica se deu a partir das discussões criteriosamente planejadas nas quais os participantes expressaram suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre o objeto deste estudo. Originou-se, portanto, a possibilidade de se pensar coletivamente a temática das práticas de atenção e assistência à saúde bucal dos idosos do município de Antônio Carlos. A intenção foi captar as expressões dos participantes, durante o processo dinâmico de interação, no qual as falas revelaram opiniões e emoções, ora convergentes, ora contraditórias, bem como a exposição de problemas, conflitos e propostas para suas soluções.

Segundo Gatti (2005)<sup>150</sup>,

O trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum, relevantes para o estudo do problema visado.

Com fundamento em Pichon-Rivière, a funcionalidade do Grupo Focal é explicada por Dall’Agnol e Trench (1999), permitindo a compreensão das leis estruturantes do processo grupal<sup>151</sup>. No momento coletivo, em que diferentes olhares e ângulos de visões acerca de um fenômeno vão sendo expostos pelos sujeitos, procede o

despertar de certas percepções latentes até então. A passagem dessa condição de latência para a de elaboração-expressão ocorre no processo interativo entre os componentes do grupo. Cada integrante fala a partir das suas vivências, ou seja, da sua “verticalidade”. Entretanto, como a história individual é construída por meio de inter-relações, os construtos elaborados (opiniões, posicionamentos) são da ordem também da “horizontalidade” e vão se delineando nas relações estabelecidas com os outros integrantes do grupo. O movimento dialético de indagação dá expressão ao conteúdo “explícito” e ao “implícito”, que em trânsito recursivo e espiral, constitui a tarefa central do grupo e permite a produção do conhecimento <sup>152</sup>. A pesquisa com grupos focais, além de ajudar na obtenção de perspectivas diferentes sob a mesma questão, permite a compreensão de idéias partilhadas pelas pessoas no dia-a-dia e dos modos pelos quais os indivíduos são influenciados pelos outros <sup>150</sup>.

A composição dos grupos deu-se em função da inserção dos participantes e sua relação com a temática em estudo. Assim, objetivou-se manter uma certa homogeneidade de condições entre participantes, amenizando prováveis diferenças de compreensão e de referenciais em relação aos questionamentos e discussões propostos à discussão. Dessa forma, procurou-se, também, tornar mais estimulante a participação das pessoas uma vez que se encontravam entre seus pares, evitando o constrangimento do confronto entre usuários, gestores e profissionais da saúde.

O Quadro 5 traz informações sobre os seis encontros ocorridos, os participantes e local de realização.

**Quadro 5 – Informações sobre a realização dos grupos focais.**

<b>Grupo</b>	<b>Data</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Participantes</b>		<b>Local</b>
<b>I</b>	14.04.08	05	Idosos	4 mulheres 1 homem	Centro Catequético da Igreja Matriz
<b>II</b>	18.04.08	05	3 CD 2 ASB	2 mulheres 3 homens	Centro Catequético da Igreja Matriz
<b>III</b>	28.04.08	04	1 Vereador 2 Gestores 1 A. Social	1 mulher 3 homens	Sala da Assistente Social no CS
<b>IV</b>	13.05.08	03	Enfermeiros*	2 mulheres 1 homem	Consultório do CS
<b>V</b>	17.07.08	05	3 CD 2 ASB	2 mulheres 3 homens	Centro Catequético da Igreja Matriz
<b>VI</b>	14.08.08	03	ACS*	3 mulheres	Auditório do CS

\* Cada participante estava ligado a uma equipe de PSF.

As sessões em grupo foram conduzidas por um moderador, o pesquisador principal. Em virtude do tamanho reduzido dos grupos, dispensou-se a figura do colaborador.

O agendamento do encontro com os idosos foi realizado por telefone, individualmente, respeitando as possibilidades de horário de cada um. Para a realização dos encontros que envolviam profissionais do CS foi estabelecida uma negociação com Secretário de Saúde e Assistência Social e com os próprios profissionais, visto que em determinados momentos ficaria suspenso o atendimento a usuários. No caso dos grupos focais realizados com cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal foi fechada a agenda durante os dois períodos.

Em relação ao local de realização dos grupos focais, este também foi negociado dependendo da disponibilidade de espaço físico. Optou-se por realizar as reuniões com

idosos e os profissionais do serviço odontológico fora do CS. Para tanto, utilizou-se espaço físico do Centro Catequético cedido pelos responsáveis pelas atividades da Igreja Matriz da cidade, por ser reconhecidamente um local tranquilo, com boa infra-estrutura, localizado no centro e próximo ao CS.

Durante os encontros procurou-se criar um ambiente confortável e acolhedor. Nos encontros realizados fora do CS foram oferecidos café, água e lanche. Em todos os grupos foi seguida uma seqüência de atividades a serem cumpridas, sempre inicialmente expostas e discutidas com os participantes. Foi estabelecido um tempo de 20 minutos para a explicação dos objetivos da pesquisa e de como se dariam as atividades do encontro naquele dia, seguidos de 90 minutos para a discussão temática e 10 minutos finais para avaliação. Entretanto, esse encaminhamento variou conforme o interesse e a necessidade dos próprios participantes em discutir os temas colocados em pauta e outros emergentes.

As questões que nortearam o desenvolvimento das reuniões compuseram um roteiro estruturado previamente, preparado a partir dos objetivos do estudo, e, em especial, do delineamento proposto pela metodologia do MDI de Melhores Práticas. O roteiro está especificado no Apêndice 2. A segunda reunião realizada com os cirurgiões-dentistas teve um encaminhamento um pouco diferenciado em função de demandas específicas que surgiram e pelo fato dos participantes já estarem apropriados dos trâmites da coleta de dados pelo método grupal.

As discussões foram gravadas com auxílio de gravador digital e o conteúdo foi transcrito como documento do Word®, constituindo dados qualitativos brutos.

### ***5. O processo de aplicação do MDI***

O processo de aplicação do modelo prevê quatro etapas <sup>134</sup>, descritas a seguir. Importante ressaltar que, apesar de ser apresentado originalmente desta forma e nesta

seqüência de eventos, os idealizadores do MDI consideram a interatividade e dinamicidade do modelo e sua aplicação no campo de prática. Nesse sentido, as etapas foram consideradas “momentos”, sendo que estes puderam ter sua ordem alterada, serem superpostos, ou até mesmo transpostos, de acordo com o encaminhamento dos trabalhos.

### **Etapa/Momento 1. Preparando os fundamentos para a ação**

a. Identificar os marcos teóricos que orientam os conceitos de promoção da saúde e saúde pública. A pergunta norteadora é: O que nos guia?

Inicialmente foram estabelecidas as bases teóricas que nortearam os processos e atividades do MDI com relação aos três domínios: fundamentos, prática e compreensão do ambiente, no referente a aspectos conceituais de promoção da saúde e saúde coletiva. Nesta etapa, há a definição dos temas que lhe significam. Os significados desses conceitos formam um eixo norteador para a localização das práticas atuais e vislumbre dos objetivos a serem alcançados.

Buscou-se analisar a visão dos participantes em relação a:

- marcos teóricos relevantes para a promoção da saúde geral e bucal, inclusive do idoso;
- definição e descrição destes marcos teóricos;
- que marcos teóricos são prioritários;
- áreas de concordância e discordância entre definições dentro do grupo;
- processos para identificar diferenças e para a análise periódica dos marcos teóricos.

b. Examinar a situação atual: A pergunta norteadora é: Onde estamos?

Esta etapa foi dedicada a examinar e descrever a situação atual em cada domínio e subdomínio previsto pelo modelo, incluindo as práticas correntes e o grau de satisfação com as mesmas. Foi, portanto, considerado pelos participantes:

- os fundamentos, práticas e elementos do ambiente que influenciam no projeto e na organização, tanto os conhecidos como os implícitos;
- definição e descrição de cada subdomínio;
- identificação de forças, recursos e capacidades;
- preocupações decorrentes da situação atual;
- pontos de concordância e discordância entre os participantes;
- processos utilizados para identificar diferenças;
- processos para revisar e atualizar definições, descrições, esforços e preocupações.

c. Desenvolver uma imagem da situação ideal. Pergunta norteadora é: Onde queremos chegar?

Nesta etapa procurou-se estabelecer uma visão idealizada daquilo que se deseja alcançar, baseada nos fundamentos identificados e no diagnóstico da situação. Foi considerado:

- como cada sub-domínio deveria parecer se fosse embasado nos fundamentos da Promoção da Saúde;
- que situações/práticas consideradas positivas na atualidade que se deseja incorporar ao modelo;
- que peças estão faltando e são necessárias para completar o objetivo.

**Etapa/Momento 2. Desenvolvendo o plano de ação e avaliação para tornar a imagem ideal uma realidade, definindo o quê, como, quem e quando, em relação a:**

a. Objetivos específicos

Nesta etapa foram descritos os objetivos específicos requeridos para aproximar da situação idealizada. Foram identificados atividades e processos necessários para

alcançar esses objetivos e também definidos indicadores para análise dos resultados e o cronograma.

#### b. Recursos

Foram listados os recursos necessários para as atividades e processos, tanto os disponíveis como aqueles ainda por conseguir. Foram avaliadas não somente as fontes de recursos e a disponibilidade, mas a habilidade para sua utilização eficiente e efetiva.

#### c. Desafios

Foram identificados os elementos que podem opor-se ao objetivo idealizado em todas as etapas do processo.

#### d. Avaliação

Buscou-se integrar um processo de revisão e reflexão informal com um processo de avaliação formal de cada aspecto do trabalho. Foram listadas questões prioritárias para avaliação e os indicadores que auxiliarão a visualizar os resultados. Foi considerado:

- avaliação da validade do objetivo idealizado no início do processo;
- avaliação da efetividade do plano de ação traçado;
- revisão dos fundamentos ancorados aos domínios durante todas as etapas do processo;
- garantia que a prática (atividades e processos) seja consistente com os fundamentos e com a compreensão do ambiente;
- identificação das melhorias requeridas para aumentar a efetividade das práticas.

**Etapa/Momento 3. Implementando a ação e avaliação, refletindo e documentando as atividades, processos e resultados.** Respondendo aos seguintes questionamentos:

a. O que foi feito?

b. Como foi feito?

c. Quais são os resultados?

Constituiu a etapa de formulação e implementação da ação e avaliação. Foi também um momento de reflexão e de documentação do desenrolar do processo, bem como do registro de alguns resultados alcançados ou de resultados esperados.

**Etapa/Momento 4. Revisando o objetivo idealizado inicialmente e o plano de ação/avaliação, baseados nos resultados expressos nos documentos gerados.** A pergunta norteadora é: O que necessitamos alterar para seguir adiante?

Esta etapa não foi ainda plenamente desenvolvida, tendo em vista a característica intrínseca ao trabalho acadêmico aqui apresentado. Em se tratando de uma pesquisa-ação, vinculada à elaboração de um trabalho de Tese de Doutorado, a qual tem prazo acadêmico para ser concluída, os espaços criativos, operacionais e de gestão dos recursos e do tempo limitaram a utilização integral do MDI. Na verdade, modelos que possuem a característica construtivista e processual do MDI, não possuem propriamente um fim, pois estão em constante (re)elaboração. E esta é a finalidade da Etapa/Momento 4 ao propor a revisão dos objetivos e dos planos, numa perspectiva processual e de melhoria contínua das atividades, recursivamente. Assim, alerta-se para a necessidade de se alterar processos no decorrer da execução de projetos de mudança organizacional como apropriadamente prevê o MDI Melhores Práticas.

## ***6. Análise dos dados***

A partir da leitura dos textos das transcrições dos grupos, considerados dados brutos, procedeu-se a análise. A primeira abordagem constitui-se de uma codificação inicial, ou seja, a separação de elementos de significados em tópicos a serem utilizados no preenchimento da planilha principal de MDI. Nesse momento, foram codificados todos os grupos em separado. No momento seguinte, quando do preenchimento da



planilha não mais foram feitas distinções em relação à origem dos códigos. Todos eram considerados, independentemente da pessoa ou grupo que apresentou aquela idéia.

Dentro do marco de desenvolvimento do MDI de Melhores Práticas foi elaborado um *software* próprio<sup>153</sup>, adequado às necessidades dos pesquisadores, de modo a auxiliar na transcrição, registro e visualização dos dados coletados e na construção das planilhas organizadoras do conhecimento revelado/construído. A planilha principal do *software* foi utilizada como ferramenta para organização e análise dos dados (Figura 3).

**Figura 3 - Interface do *software* do MDI de Melhores Práticas: planilha principal**

The screenshot shows a software window titled "IDM Framework - antonio carlos". The main content is a grid titled "The Interactive Domain Model Framework: Planning and Evaluating for Best Practices in Health Promotion". The grid is organized into four columns representing steps: Step 1: Prepare Foundation for Action re. selected issue, Step 2: Make Action & Evaluation Plan, Step 3: Document Implementation of Plan, and Step 4: Revise. The rows are grouped into three main categories: Underpinnings, Understanding of Environment, and Practice. Each cell in the grid contains a yellow box, indicating data entry points. The first cell in the 'values' row of the 'Underpinnings' section is highlighted with a dashed border.

	Step 1: Prepare Foundation for Action re. selected issue	Step 2: Make Action & Evaluation Plan	Step 3: Document Implementation of Plan	Step 4: Revise
	health promotion criteria & principles	current situation	picture of ideal situation	specific objectives to achieve ideal
		resources	challenges	evaluation plan
		activities & processes	outcomes of activities & processes	revisions
	where are we now?	where do we want to go?	how do we get to where we want to do: who does what, when & how?	what did we do? how did we do it?
			what were the results?	what do we need to change?
<b>Underpinnings</b>				
values				
goals				
ethics				
theories/concepts				
beliefs/assumptions				
evidence				
<b>Understanding of Environment</b>				
org/work vision				
health vision				
org/work analysis				
health analysis				
<b>Practice</b>				
org/work response				
health response				
research/evaluation				

Desde a realização do primeiro grupo focal, a etapa de análise dos dados permeou todas as outras etapas da pesquisa. Foi importante a revisão constante dos objetivos traçados inicialmente, baseada em resultados parciais e finais, antes da implantação da ação e dos fundamentos que guiaram a ação.

Os significados dos conceitos tomados como referencial teórico pelos autores do MDI na elaboração do modelo foram seguidos pela pesquisadora. Dessa forma, padronizou-se durante a análise dos dados os termos utilizados, até por questões de tradução português-inglês. No intuito de esclarecer os critérios tomados para o preenchimento da planilha principal, como uma tabela de dupla entrada, na qual o resultado da célula era proveniente do entrecruzamento de duas situações-conceito, apresentam-se as definições dos autores para cada domínio e sub-domínio<sup>134</sup>.

### **Domínio *Fundamentos para a ação***

Embora nem sempre visíveis, os fundamentos constituem o coração das práticas. Se os fundamentos da Promoção da Saúde/Saúde Pública são conscientemente identificados, definidos e priorizados e a tomada de decisões e práticas são consistentes com os valores, há uma chance maior de se alcançar os objetivos e metas. Ao não se considerar os fundamentos, duas situações podem ocorrer: - desconhecimento de quais são os fundamentos nas quais a prática está baseada e de que modo eles influenciam essa a prática; - a prática não terá consistência com os fundamentos, ou seja, as decisões tomadas resultam incompatíveis com os fundamentos.

- Sub-domínios *Valores, Objetivos e Preceitos éticos*

Valores, objetivos e preceitos éticos compõem um dos sub-domínios de Fundamentos para a ação. Valores é aquilo que tem importância para as pessoas. Os valores afetam quais os temas que se escolhe abordar e como esta abordagem será realizada. Os Objetivos são a tradução dos valores em termos concretos. Os Preceitos Éticos orientam a direção das condutas e os processos de decisão-ação. É comum utilizar-se a expressão “práticas baseadas em evidências”, entretanto o que se almeja também são práticas baseadas em “preceitos éticos universais”. Os valores direcionam

diretamente a uma prática ética e indiretamente a uma “prática baseada em valores”. Como resultado, as práticas de Promoção da Saúde/Saúde Pública, sob o enfoque da ética, requerem que sejam esclarecidos os valores, identificando: quais são os valores e de que modo são definidos e priorizados; a influência do contexto nos valores; como os valores são traduzidos em preceitos éticos; de que modo os valores influenciam a definição, identificação e uso de evidência científica.

- Sub-domínios *Teorias e crenças*

Teorias e conceitos e Crenças e suposições constituem outro sub-domínio de Fundamentos. Teorias e conceitos variam desde modelos teóricos formais até explicações informais sobre a vida e os temas que estão sendo estudados. Eles explicam como e porque as situações ocorrem, e predizem como poderão vir a ocorrer. Podendo ser simples ou complexos, as teorias/os conceitos adotados afetam as escolhas e conseqüentemente o direcionamento das ações/práticas. As crenças e suposições incluem aquilo sobre o que se acredita sobre a natureza humana, o modo como a sociedade funciona, o tipo de mudança necessária, o modo como se aprende e se gera conhecimento e onde se localiza o interesse pessoal.

A natureza das crenças e suposições, assim como os outros fundamentos, possui grandes implicações na tomada de decisão-ação. As crenças e suposições não se referem necessariamente às evidências externas/objetivas.

- Sub-domínio *Evidência*

Evidência é a informação que julgamos ser de qualidade e suficientemente apropriada para utilizá-la nos processos de decisão-ação. Pode-se lançar mão de métodos formais e informais para se conseguir obter esta informação. A natureza da evidência é fortemente moldada pelos valores, teorias e crenças. Estes outros fundamentos

determinam as indagações que são/serão feitas, o que será considerado como evidência, bem como os métodos para obtê-la, analisá-la, sintetizá-la e disseminá-la.

### ***Domínio Compreensão do ambiente/Contexto***

Compreensão do ambiente constitui outro domínio que inclui os sub-domínios Visão (relativos à saúde e a organização em questão), Análise organizacional e Situação de saúde. O ambiente, entendido aqui como contexto, afeta como se pensam as questões, como são feitas e como são interpretadas. Por isso, considera-se muito importante dar um passo atrás e olhar de perto o contexto, o modo como ele nos afeta e como afetamos a ele. Contexto significa considerar as estruturas e sistemas sociais, políticos e econômicos, as condições físicas e psicológicas na dimensão grupal, organizacional, comunitária e local. Para que a compreensão alcance grande amplitude são necessários olhares sobre a visão e a análise situacional da organização e da situação de saúde.

A situação de saúde envolve análise de fatores contextuais que afetam a saúde de indivíduos, grupos, comunidades e sociedades. A análise organizacional envolve estudo de fatores contextuais que afetam o desempenho da organização. O que torna mais difícil o estudo deste sub-domínio é o fato de que claramente pode-se visualizar o que precisa ser feito, entretanto sente-se impotência quando do momento de colocar ações em marcha. Entretanto, na perspectiva do MDI, a identificação ativa de um quadro de referência amplo sobre o que precisa ser feito, juntamente com a análise dos fatores restritivos, fortalezas e fragilidades, recursos e potencialidades do contexto/ambiente, e como as iniciativas se encaixam em outras iniciativas, abre as portas para o pensamento criativo, para pequenos passos poderem se tornar grandes mudanças, considerando apoio mútuo e parcerias.

- Sub-domínios *Visão da situação de saúde e da organização*

A Visão da situação de saúde traduz como seria nosso ambiente se potencializássemos condições de saúde a todos. A Visão da organização traduz como seria nosso ambiente organizacional se o sistema de saúde verdadeiramente colocasse em prática as ações de Promoção da Saúde/Saúde Pública. Em ambos os casos, o estabelecimento de uma visão também deve considerar as estruturas e sistemas sociais políticos e econômicos, as condições físicas e psicológicas na dimensão grupal, organizacional, comunitária e local.

- Sub-domínios *Análise do contexto organizacional e de saúde*

A Análise do ambiente/contexto inclui, também, o estudo tanto de aspectos organizacionais como das condições de saúde da população. As variáveis relacionadas à situação de saúde são mais facilmente captadas, enquanto que aquelas relacionadas organização são menos claras. Como as organizações são afetadas para pior ou para melhor por fatores contextuais como tempo, recursos, moral e relações de poder, por exemplo. Conseqüentemente, na perspectiva da Promoção da Saúde, um ambiente suportivo para os trabalhadores, contribui para o aumento da efetividade de suas práticas. Para alcançar ambientes suportivos é necessário identificar e descrever com relação à saúde e a organização: quais são os problemas prioritários? O que os faz prioridade? Qual deles deve ser focalizado? Quais as estruturas e sistemas sociais, políticos e econômicos, as condições físicas e psicológicas na dimensão grupal, organizacional, comunitária e local que caracterizam este alvo? Que fatores contribuem para este problema? Como lidar com os desafios aos quais este problema nos impõe? Como potencializar nosso contexto organizacional e de saúde para o enfrentamento deste problema?

### **Domínio *Prática***

O domínio da Prática se caracteriza pelo estudo das questões Organizacionais, de Saúde e de Pesquisa e avaliação como ações desenvolvidas num contexto. O domínio Prática é a aplicação da visão e da análise do ambiente e uma reflexão sobre os fundamentos. As práticas incluem atividades, estratégias e processos. Estratégias são um conjunto planejado de atividades com fins específicos, enquanto processos são as ações em andamento que suportam/apóiam as atividades e estratégias. No sentido de se manter consistente com (e refletir) os fundamentos e a compreensão do ambiente é importante considerar não apenas o que é realizado na prática, mas o modo como é realizado.

- Sub-domínios *Saúde e Organização*

Considerar as questões relativas às práticas nas organizações faz com que se construam ambientes mais suportivos, o que aumenta a efetividade das ações em saúde. A implementação de determinados processos, atividades e estratégias, no contexto das melhores práticas, significa que estas são consistentes e refletem os fundamentos da Promoção da Saúde/Saúde Pública e a compreensão do ambiente. Como anteriormente mencionado, não somente o que se faz, mas como se faz. Alguns exemplos: educação, comunicação, desenvolvimento e mudança organizacional, mudança comunitária, *advocacy*, desenvolvimento de políticas e mediação. O processo necessário para apoiar a implementação destas estratégias inclui: identificação da visão, planejamento/revisão, avaliação/reflexão, edificação de relacionamentos, desenvolvimento de capacidade de partilha, coordenação/cooperação, decisão-ação, comunicação, documentação e manejo dos recursos. Neste sub-domínio se confronta a prática (e as escolhas) com os valores, objetivos, teorias e crenças da Promoção da Saúde/Saúde Pública, evidência e contexto para garantir que as atividades, estratégias e processos constituam as Melhores Práticas.

- Sub-domínio *Pesquisa e avaliação*

O MDI considera a Pesquisa, incluindo mecanismos/processos de avaliação, como prática continuada e parceria necessária nos esforços para alcançar os objetivos organizacionais e a melhoria dos níveis de saúde da população.

Ressalta-se que foi no decorrer da realização dos grupos focais e pela análise concomitante dos conteúdos em discussão, que foram sendo processualmente construídas as Melhores Práticas de cuidado à saúde bucal da população idosa no município de Antônio Carlos, segundo os passos preconizados pela metodologia do MDI de Melhores Práticas de Promoção da Saúde/Saúde Pública (Figura 4).





As análises estatísticas aplicadas em intervenções havidas durante esta pesquisa-ação tiveram o suporte do *software* SPSS - *Statistical Package for Social Sciences* (Versão 12). Os testes estatísticos aplicados às diversas situações foram os seguintes: Qui-quadrado de Pearson (análise bivariada) para verificação da associação entre variáveis; Regressão logística (análise multivariada) para variáveis independentes; e Teste t para comparação de médias.

### **7. Aspectos éticos**

Em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto referente a esta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, que o considerou aprovado, segundo Parecer nº 264/2006 (Anexo 1).

Todos os participantes que aceitaram contribuir com o estudo foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e sua metodologia, bem como foram solicitados a manifestarem sua concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 3). Para a atividade de *Screening* de lesões de mucosa, foi feito um TCLE diferenciado específico para a ocasião do exame da cavidade bucal (Apêndice 4).

## IV. RESULTADOS

---

Os resultados alcançados neste estudo em Antônio Carlos são constituídos das contribuições que se originaram nos grupos focais, processadas e organizadas segundo o referencial metodológico do MDI de Melhores Práticas. Fruto das interações havidas nos grupos focais procedeu-se a um conjunto de intervenções que envolveram Melhores Práticas no cuidado à saúde bucal do idoso, adiante relatados, e que adicionalmente compõem os resultados dessa pesquisa-ação.

### *1. O município de Antônio Carlos*

#### *Origem e Economia*

A Província de Santa Catarina foi escolhida pelo Primeiro Império para receber os primeiros imigrantes alemães no contexto de amplo programa de colonização. Em novembro de 1828, chegaram ao porto de Nossa Senhora do Desterro, hoje Florianópolis, 635 imigrantes alemães, dos quais 523 embarcados em Bremen. A maioria era originária do estado alemão Renânia-Palatinado, particularmente do altiplano Hunsrück. Em 1829, formaram o primeiro povoamento de colonização alemã em Santa Catarina, ao serem instalados pelo Governo da Província no interior de São José da Terra Firme, na área continental, fundando então a “Colônia de São Pedro de Alcântara”. Em 1830, João Henrique Schoeting, então Diretor da mencionada Colônia, compôs um grupo com outras 10 famílias e alguns homens solteiros e deixando São Pedro de Alcântara assentaram-se às margens do Rio do Louro, dando origem a Antônio Carlos<sup>154</sup>.

A sede municipal dista 33 km da capital do Estado, hoje com fácil comunicação rodoviária. O município de Antônio Carlos integra a Região Metropolitana de Florianópolis e

foi elevado a esta condição em 06 de novembro de 1963. Recebeu esta denominação quando ainda era distrito, numa homenagem a Antônio Carlos Ribeiro de Andrade, político mineiro com destacada atuação na revolução de 1930.

Os descendentes dos imigrantes alemães mantiveram neste sítio forte vocação para a agricultura familiar. Seus moradores conseguiram preservar valores, costumes, tradições e construíram uma identidade e patrimônio cultural próprio, apesar do contato antigo e contínuo com um entorno em que predominaram hegemonicamente os traços luso-açorianos. Ainda hoje se fala um dialeto e atenção especial é dada à boa alimentação e ao cuidado com a residência. Prevalece um estilo de vida laborioso, associado ao espírito religioso e comunitário.

A fé e a cultura são atrativos em Antônio Carlos. O município guarda muitas igrejas católicas e grutas. A igreja Matriz, no Centro, é uma das maiores do estado <sup>155</sup>.

Os colonos alemães e seus descendentes se estabeleceram às margens do Rio Biguaçu e afluentes e constituem, ainda, por volta de 80% da população desse município de 229 km<sup>2</sup>, que se orgulha por apresentar diversos indicadores de boa qualidade de vida <sup>155</sup>.

As tradições do povo antoniocarlense são comemoradas nas festas típicas da Cachaça, da Hortaliça e do Colono, realizadas nos meses de inverno. Pela grandiosidade e traços culturais, elas atraem uma multidão de participantes para ver o desfile típico. A cidade também é conhecida pelos seus vários parques aquáticos, seis no total. Os parques funcionam na alta temporada e oferecem estrutura de lazer e gastronomia, com restaurantes, vestiários, churrasqueiras, quadras esportivas, piscinas de águas cristalinas e dezenas de toboáguas <sup>155</sup>.

A agricultura é a força econômica do município. Antônio Carlos é o maior produtor de hortaliças de Santa Catarina com produção média anual de 150 mil toneladas. Pelo menos 80% das famílias vivem da produção e comercialização dos hortifrutigranjeiros. A fábrica de

refrigerantes Vonpar, única no setor industrial, é importante geradora de empregos e impostos ao município <sup>155</sup>.

#### *Dados Sócio-demográficos*

A população de Antônio Carlos evolui de 5.613 pessoas, em 1991, para 6.434, em 2000, e foi estimada em 7.375 pessoas para o ano de 2008. Com um pequeno núcleo urbano, 72,5% da população do município se distribui em pequenas propriedades na zona rural <sup>156</sup>.

A população idosa com 60 ou mais anos é de 929 pessoas, correspondendo a 12,6% do total. A Tabela 1 apresenta a distribuição da população residente por faixa etária. A faixa de 60 a 69 anos compreende 51,88% dos idosos, de 70 a 79 compreende 32,83%, e os idosos com 80 ou mais anos compõem outros 15,29%. Entre os idosos, 52% são mulheres. A taxa de crescimento anual de 2000 para 2006 foi da ordem de 1,5% <sup>156</sup>.

**Tabela 1 – Distribuição da população residente em Antônio Carlos, segundo faixa etária, 2008.**

<b>Faixa Etária</b>	<b>Número de Residentes</b>	<b>%</b>
Menor de 1ano	92	1,25
1 a 4 anos	402	5,45
5 a 9 anos	551	7,47
10 a 14 anos	608	8,25
15 a 19 anos	627	8,5
20 a 29 anos	1.211	16,43
30 a 39 anos	1.183	16,04
40 a 49 anos	1.049	14,22
50 a 59 anos	723	9,8
60 a 69 anos	482	6,5
70 a 79 anos	305	4,16
80 anos e mais	142	1,93
<b>Total</b>	<b>7.375</b>	<b>100%</b>

Toda a população é servida de energia elétrica e o abastecimento da água se dá em 29,4% dos domicílios por meio de rede geral (fornecida pela CASAN, e neste caso fluoretada), 52,8% por poço ou nascente na propriedade, e 17,8% por outras formas. De outra parte, no campo do saneamento básico, 80,9% dos domicílios são servidos por coleta de resíduos sólidos. Já em relação ao esgoto sanitário não há rede de esgoto e 47,1% dos domicílios dispõem de fossa séptica. É elevado o número de imóveis de propriedade do morador devidamente quitado (89,07%)<sup>155</sup>.

A alfabetização por faixa etária, em 2000, indicava que 91,2% da população era alfabetizada e que considerando apenas a faixa etária de 50 e mais anos a alfabetização alcançava 82,8%. No município estão localizadas escolas da Rede Municipal de Educação, a Escola Básica Altamiro Guimarães, o Colégio Cenecista e o Centro de Educação Infantil Municipal Coração de Jesus. Em 2007, havia 289 crianças matriculadas na pré-escola, todas na rede pública municipal de ensino, e 1.177 escolares matriculados em escola pública no ensino fundamental (860 na rede estadual e 317 na rede municipal). No ensino médio estavam matriculados 301 alunos, sendo 276 na rede pública estadual e 25 na rede privada<sup>157</sup>. A cidade possui Biblioteca Pública e Ginásio de Esporte.

Segundo o Atlas de desenvolvimento humano, publicado pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), a esperança de vida ao nascer, observada em 2000, era de 77,9 anos, tendo crescido 5,3 anos desde o censo de 1991. O IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) de Antônio Carlos cresceu de 0,731, em 1991, para 0,827, em 2000, ficando o município entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano ( $IDH > 0,8$ ) e ocupando a 154ª posição nacional e a 36ª no Estado. O IDHM é resultado da média aritmética de três índices: IDH-educação, IDH-renda e IDH-longevidade<sup>158</sup>.

Acompanhando as melhorias observadas nos demais subíndices, destaca-se o IDHM-longevidade que, em 1991, era de 0,793 alcançando, em 2000, o coeficiente de 0,882. O IDHM-longevidade é construído com base no indicador “esperança de vida ao nascer”<sup>l</sup> 158. Considerando especificamente o indicador IDH-longevidade (0,882), o município de Antônio Carlos ocupa a segunda posição no ranking nacional, estando atrás apenas de São Caetano do Sul (SP) 158.

Segundo o Mapa de Pobreza e Desigualdade dos municípios brasileiros, em 2003, a incidência da pobreza<sup>m</sup> em Antônio Carlos era de 11,88%, a incidência da pobreza subjetiva<sup>n</sup> era de 7,06% e o índice de Gini<sup>o</sup> 0,34 (entre os estados brasileiros Santa Catarina apresentou o melhor perfil de distribuição de renda com 0,56) 157.

#### *Estrutura Administrativa e de Saúde*

A estrutura administrativa da Prefeitura conta com o Gabinete do Prefeito e sete secretarias municipais: Transporte e Obras, Esporte e Turismo, Saúde e Assistência Social, Agricultura e Meio Ambiente, Educação e Cultura, Planejamento e Administração, e Finanças. Há mais de 15 anos o PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro tem vencido as eleições para a Prefeitura, inclusive em 2008.

No campo da saúde, o município conta com uma Unidade de Saúde, localizada no Distrito Sede, operada pela Prefeitura, onde são dispensados atendimentos à população, inclusive na área odontológica. A Estratégia Saúde da Família (ESF) cobre todo o município,

---

<sup>l</sup> Mediante a seguinte fórmula: (valor observado do indicador – limite inferior) / (limite superior – limite inferior), no qual o limite inferior é 25 anos e o superior 85 anos.

<sup>m</sup> A pobreza absoluta é medida a partir de critérios definidos por especialistas que analisam a capacidade de consumo das pessoas, sendo considerada pobre aquela pessoa que não consegue ter acesso a uma cesta alimentar e de bens mínimos necessários a sua sobrevivência.

<sup>n</sup> A medida subjetiva de pobreza é derivada da opinião dos entrevistados, e calculada levando-se em consideração a própria percepção das pessoas sobre suas condições de vida.

<sup>o</sup> O Índice de Gini mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Seu valor varia de 0, quando não há desigualdade, a 1, quando a desigualdade é máxima.

desde junho do ano 2000, pelo trabalho de três equipes (Sede, Santa Maria e Rachadel), apenas uma delas cadastrada com Equipe de Saúde Bucal.

A Tabela 2 apresenta o quantitativo dos profissionais que integram o corpo de servidores de saúde da municipalidade.

**Tabela 2 - Recursos humanos em saúde, Antônio Carlos (SC), 2008.**

<b>Profissionais</b>	<b>Vinculados à ESF (40h)</b>	<b>Não vinculados à ESF (20h)</b>
Agente Comunitário de Saúde	17	-
Agente de Vigilância Sanitária	-	1
Auxiliar de saúde bucal	1	1*
Cirurgião-dentista	1	2
Enfermeiro ESF	3	2 (40h)
Fiscal Sanitário	-	2
Médico Clínico Geral	3	1
Médico Especialista	-	4**
Técnico em enfermagem	6	1
Farmacêutico	-	1
Sub-Total	31	15
<b>Total Geral</b>	<b>46</b>	

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2008.

\* Um Técnico de Enfermagem deslocado para esta função. \*\*2 Pediatras, 1 Psiquiatra, 1 Gineco-obstetra.

Importante destacar que a Secretaria de Saúde e Assistência Social conta com outros funcionários técnico-administrativos e também com uma Assistente Social, esta com carga horária de 40 horas.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos profissionais de saúde nas três equipes de Saúde da Família.

**Tabela 3 - Distribuição dos profissionais da saúde nas Equipes de Saúde da Família, Antônio Carlos (SC), 2008.**

<b>Profissionais</b>	<b>Equipe Sede</b>	<b>Equipe Santa Maria</b>	<b>Equipe Rachadel</b>
Médico	1	1	1
Enfermeiro	1	1	1
Téc. Enferm.	2	2	2
ACS	7	4	6
CD	-	1	-
ASB	-	1	-
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2008.

Especificamente com relação aos idosos (60 ou mais anos), no período de janeiro a outubro de 2008, foram realizadas 2.586 consultas, 6.237 procedimentos coletivos (PC1) e 156 atendimentos em grupo <sup>156</sup>.

Dados levantados no Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde indicam que a despesa total com saúde por habitante, em 2007, alcançou R\$280,52. O percentual de recursos próprios aplicados em saúde supera o mínimo fixado pela Emenda Constitucional N° 29 e em 2007, atingiu 17,02% dos quais 66,87% canalizados para cobertura dos gastos com a folha de pessoal, incluindo encargos. Outros indicadores sobre o orçamento público em saúde de Antônio Carlos são apresentados no Quadro 6 <sup>159</sup>.



**Quadro 6 - Alguns indicadores do orçamento público em Saúde de Antônio Carlos (SC),  
2007.**

<b>Indicador</b>	<b>Valor</b>
Participação da receita de impostos na receita total do Município	7,75 %
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	83,95 %
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	5,99 %
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	87,11 %
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	12,16 %
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	77,61 %
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	11,95 %
Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	8,00 %
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	3,19 %
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	26,43 %

Fonte: SIOPS, 2007.

A composição do teto financeiro municipal é apresentada na tabela Tabela 4.

**Tabela 4 – Teto financeiro municipal: valores mensais. Antônio Carlos.**

		Valores em R\$
<b>Recursos Federais</b>		
PAB fixo (R\$17,00/hab.)		10.447,92
PAB variável	Repasse 3 equipes ESF	19.200,00
	Repasse 1 ESB na ESF	2.000,00
	Programa ACS	9.877,00
Farmácia Básica		2.421,39
Vigilância em Saúde		1.097,78
Vigilância Sanitária		715,80
Média e Alta complex. – Ambulatorial próprio*		3.079,95
<b>Sub-total Federal</b>		<b>48.839,84</b>
<b>Recursos Estaduais</b>		
Contrapartida ESF		2.250,00
Contrapartida ESB na ESF		375,00
Contrapartida Programa Diabetes		177,18
Contrapartida Farmácia Básica		885,88
<b>Sub-total Estadual</b>		<b>3.688,06</b>
<b>Total</b>		<b>52.527,90</b>

Fonte: SES/SC, 2009. \*março/09.

Como citado, o serviço público odontológico conta com três profissionais cirurgiões-dentistas, dois atendendo à demanda espontânea na Unidade de Saúde em um consultório (que contém um equipo odontológico e um aparelho de RX) e um terceiro operando uma Unidade Móvel que se dedica principalmente ao atendimento da população infantil nas escolas municipais e estadual. Os procedimentos coletivos em Odontologia estão focados nas crianças no ambiente escolar. A carga horária dos dentistas é a seguinte (Quadro 7):

**Quadro 7 - Carga horária dos cirurgiões-dentistas, Antônio Carlos (SC), 2008.**

	<b>Carga horária contratual</b>
CD 1	20h
CD 2	20h
CD 3 (Unidade Móvel/ESF)	40h

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2008.

Por meio de pactuação com a Prefeitura de Biguaçu, o serviço odontológico de Antônio Carlos dispõe de vagas mensais para referência à Atenção Secundária no CEO de Biguaçu. Em relação a outubro de 2007, dados da SES (SC) indicaram para cada uma das especialidades: Endodontia (3 vagas - 2 prod.), Periodontia (6 vagas - 0 prod.), Cirurgia (7 vagas - 6 prod.), Pacientes Especiais (7 vagas - 4 prod.)<sup>160</sup>.

O atendimento à população idosa se restringe à assistência odontológica oferecida no Centro de Saúde, para procedimentos de Atenção Básica, sem que hajam ações de cuidado à saúde bucal específicas para esse grupo. Não é garantida prioridade na marcação de consultas odontológicas para o idoso.

Em 2006, totalizaram 8.404 os procedimentos ambulatoriais referentes a ações básicas em Odontologia, correspondendo a 10,4% do total de procedimentos ambulatoriais do município. Em 2007, o número atingiu 8.045 (8,9%). Entre os indicadores da Atenção Básica, em 2006, registra-se a cobertura de primeira consulta odontológica programática na ordem de 31,5% e uma média de procedimentos odontológicos básicos, por habitante, de 0,9<sup>161</sup>. Em 2007, este percentual atingiu 37,22% e a média de procedimentos ficou em 0,76<sup>162</sup>. Nestes dois anos, a porcentagem de procedimentos de extração dentária, dentre todos os procedimentos clínicos odontológicos realizados, alcançou aproximadamente 6%. Não há registro de cobertura de ações de escovação dental supervisionada (até o ano de 2007) nem de ações especializadas em Odontologia na rede pública. No ano de 2008, a cobertura de primeira consulta odontológica programática atingiu 34,6% (o dado estadual<sup>160</sup> indica

16,71% em 2006 e 16,22% em 2007 e 13,6% no primeiro semestre de 2008) e o percentual de cobertura de ação coletiva em odontologia (escovação supervisionada) alcançou 1,04%.<sup>162</sup> Percebeu-se discrepância e uma certa inconsistência em alguns dados da produção de serviços odontológicos que constavam nas bases consultadas, fato provavelmente explicado pelas limitações advindas do sistema de registro.

Há alguns consultórios odontológicos, de iniciativa privada, localizados no centro da cidade. Também é oferecido atendimento odontológico no Sindicato dos Trabalhadores Rurais aos seus associados e familiares.

Embora a CASAN adicione flúor à água de abastecimento fornecida a Antônio Carlos os relatórios de qualidade da água disponibilizados pela empresa no seu *website* apresentam oscilações importantes dos valores mensais de flúor ao longo do último ano. Alguns meses inclusive os teores não atingem os níveis mínimos (exigidos pela companhia) de 0,6 mg/L (Quadro 8).

**Quadro 8 - Características de qualidade físico-química da água distribuída: teores de flúor, período de Fevereiro de 2008 a Janeiro de 2009, Antônio Carlos (SC).**

Mês/Ano de Referência	Teores de flúor em mg/L
Fevereiro 2008	0,9
Março 2008	0,4
Abril 2008	0,2
Mai 2008	0,1
Junho 2008	0
Julho 2008	0,3
Agosto 2008	0,4
Setembro 2008	0,6
Outubro 2008	0,6
Novembro 2008	0,6
Dezembro 2008	0,7
Janeiro 2009	0,3

Fonte: CASAN

*Situação de saúde*

Em 2005, a mortalidade geral do município foi de 36 óbitos e entre os idosos alcançou 23 óbitos (dados de residência). A distribuição dos óbitos, segundo causa, está apresentada na Tabela 5.

**Tabela 5 - Distribuição dos óbitos, segundo causa CID-BR-10, Antônio Carlos (SC), 2005.**

<b>Causa CID – BR -10</b>	<b>Óbitos p/ Residência</b>	<b>Óbitos p/ Ocorrência</b>
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	-
Neoplasias	3	1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	5	3
Doenças do aparelho circulatório	13	5
Doenças do aparelho respiratório	3	1
Doenças do aparelho digestivo	1	1
Doenças do aparelho geniturinário	1	-
Algumas afecções orig. No período perinatal	1	-
Sintomas, sinais e achados anorm. Clínicos e laboratoriais	2	2
Causas externas de morbidade e mortalidade	6	2
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>15</b>

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2005.

Especificamente com relação aos idosos, a distribuição dos óbitos segundo causa é apresentada na Tabela 6.

**Tabela 6 - Distribuição dos óbitos de pessoas idosas, segundo causa CID-BR-10, Antônio Carlos (SC), 2005.**

<b>Causa CID-BR-10</b>	<b>Óbitos p/ Residência</b>	<b>Óbitos p/ Ocorrência</b>	<b>% Óbitos p/ Residência</b>
Neoplasias	1	-	4,3
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	4	2	17,4
Doenças do aparelho circulatório	12	5	52,2
Doenças do aparelho respiratório	3	1	13
Doenças do aparelho geniturinário	1	-	4,3
Sintomas, sinais e achados anorm. Clínicos e laboratoriais	2	2	8,7
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2005.

O Quadro 9 apresenta uma série histórica de alguns indicadores do Pacto pela Saúde no município.

### Quadro 9 – Indicadores do Pacto pela Saúde, Antônio Carlos (SC), série histórica

2003- 2008.

PACTO PELA SAÚDE: AVALIANDO OS RESULTADOS ALCANÇADOS	Série histórica						Meta 2008	
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Pactuada	% da meta alcançado
Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur	0,0	27,5	13,4	39,6	22,7	10,8	NA	NA
Razão exames citopatológico cérvico-vaginais/mulheres 25 a 59 anos	0,33	0,34	0,42	0,22	0,29	0,24	0,38	63,16
Nº de Óbitos no período pós-neonatal	2	0	0	0	1	0	0,0	100,0
Nº de Óbitos no período neonatal	0	0	1	0	0	0	0,0	100,0
Coefficiente de mortalidade pós-neonatal	23,3	0,0	0,0	0,0	13,3	0,0	NA	NA
Coefficiente de mortalidade neonatal	0,0	0,0	12,8	0,0	0,0	0,0	NA	NA
% da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família	105,4	106,5	106,1	107,4	106,5	106,0	100,0	106,0
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	26,1	33,6	32,3	32,8	37,2	34,6	30,0	115,4
Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral	29,8	19,7	43,1	23,6	11,8	25,9	14,0	54,0
Taxa de internação por diabetes mellitus	3,2	3,2	3,1	9,2	2,7	2,6	4,0	155,6
Média anual de consultas médicas básicas por habitante	3,2	3,2	2,6	3,2	3,0	2,5	2,5	98,4
% de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	95,4	91,9	94,9	95,4	94,7	97,9	0,0	...
% de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	68,6	70,9	75,6	63,2	69,3	80,7	0,0	...
% de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade	...	...	...	5,9	4,8	0,0	0,0	100,0
Média anual da ação coletiva escovação supervisionada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	15,0	6,9
Média mensal de visitas domiciliares por família por Agente Comunitário de Saúde	0,5	0,9	0,8	1,0	1,0	0,8	1,0	81,0
Cobertura vacinal por Tetravalente em < 1 ano	114,0	112,8	126,9	119,5	125,3	93,6	100,0	93,6
% de óbitos não fetais com causas básicas definidas	64,7	88,2	94,4	100,0	97,1	100,0	97,0	103,1

Fonte: Indicadores do Pacto. SES/SC, 2008.

A cobertura vacinal contra influenza, em 2008, foi de 85,9%<sup>156</sup>.

Dados sobre a morbidade hospitalar entre idosos, subdivididos por faixa etária encontram-se na Tabela 7.

**Tabela 7 - Internações, Valor Médio Internação, Dias Permanência, Média de Permanência, Óbitos e Taxa Mortalidade, segundo faixa etária idosa, de Janeiro a Outubro de 2008, Antônio Carlos (SC).**

<b>Faixa Etária (anos)</b>	<b>Internações</b>	<b>Valor Médio Int (R\$)</b>	<b>Dias Permanência</b>	<b>Média Permanência (dias)</b>	<b>Óbitos</b>	<b>Taxa Mortalidade</b>
60 a 69	24	1.077,78	154	6,4	1	4,17
70 a 79	34	1.426,20	357	10,5	6	17,65
80 +	13	1.153,80	181	13,9	3	23,08
<b>TOTAL</b>	<b>354</b>	<b>922,53</b>	<b>2.201</b>	<b>6,2</b>	<b>15</b>	<b>4,24</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS, 2008.

Em 2008, de janeiro a outubro, o maior grupo de causas de internação na faixa etária de 60 anos e mais se reporta a doenças do aparelho circulatório (43,66%), seguida doenças do aparelho digestivo (15,5%) e de neoplasias (14,08%)<sup>163</sup>. Detalhes são apresentados na Tabela 8.



**Tabela 8 - Internações segundo lista de morbidades CID-10, na faixa etária de 60 anos e mais, no período de janeiro a outubro de 2008, Antônio Carlos (SC).**

<b>Lista de Morbidades – CID-10</b>	<b>Internações</b>
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2
Neoplasias (tumores)	10
Doenças do sistema nervoso	1
Doenças do olho e anexos	1
Doenças do aparelho circulatório	31
Doenças do aparelho respiratório	5
Doenças do aparelho digestivo	11
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	1
Doenças do aparelho geniturinário	5
Lesões por envenenamento e algumas outras consequências por causas externas	3
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS, 2008.

## ***2. Melhores práticas em Promoção da Saúde no cuidado à saúde bucal de idosos, no sistema local de saúde de Antônio Carlos: a contribuição dos grupos focais.***

A seguir apresentam-se os resultados advindos das reflexões/discussões ocorridas por ocasião dos encontros nos grupos focais, estruturados segundo a planilha principal do MDI Melhores Práticas. A descrição procura ser fiel ao pensamento majoritário que emergiu nas diversas etapas/momentos.

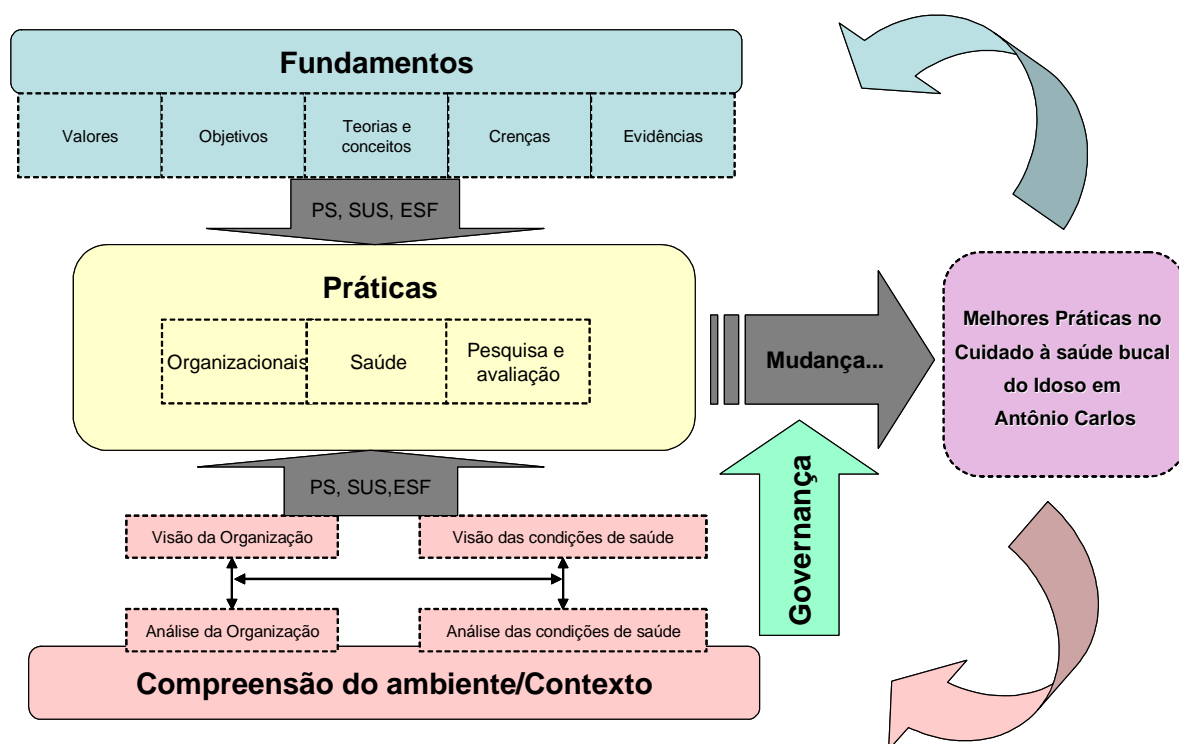
Para a apresentação dos resultados da aplicação do Modelo de Domínios Interativos, optou-se pela forma descritiva. Neste primeiro bloco são descritos os conteúdos que emergiram da **Etapa/Momento 1 – Preparando fundamentos para a Prática**, e

**Etapa/Momento 2 - Desenvolvendo o plano de ação e avaliação.** O conteúdo inicia-se pelo cruzamento dos *Critérios e Princípios da Promoção da Saúde* com seus sub-domínios, na seqüência das linhas em que estão posicionados na planilha original do MDI. Posteriormente, apresentam-se os conteúdos que emergiram do cruzamento da *Situação Atual* com os seus sub-domínios, e assim sucessivamente (Figura 4). No segundo bloco, são descritos os conteúdos que emergiram da **Etapa/Momento 3 - Implementando a ação e avaliação, documentando as atividades, processos e resultados**, que correspondem ao conjunto de atividades e processos que consubstanciam Melhores Práticas na direção do cuidado à saúde bucal da população idosa, em Antônio Carlos. Lembra-se que, após codificação inicial dos significados com vista à inclusão na planilha MDI, não mais se fez distinção em relação à origem dos códigos quanto à pessoa ou grupo focal.

O processo de desenvolvimento de Melhores Práticas em Antônio Carlos se funda na expectativa de que mais elevados padrões de saúde bucal dos idosos poderão ser alcançados mediante Melhores Práticas de cuidado resultantes da mudança das práticas organizacionais, de saúde, e de pesquisa e avaliação. A mudança possível decorre da disposição dos atores envolvidos em refletir e analisar criticamente os comportamentos, procedimentos e situações correntes. Essas Práticas são moldadas segundo os Fundamentos (valores, objetivos, teorias e conceitos, crenças e evidências) assumidos pelos atores estratégicos posicionados no sistema, filtrados pelas diretrizes e contexto do SUS e da ESF, e pelos princípios da PS. Essas práticas são influenciadas pelo ambiente em que são produzidas e pelo modo como os atores interpretam e estabelecem sua relação com as circunstâncias do ambiente. A análise e a visão do contexto organizacional em que se dá a produção de saúde dos idosos antoniocarlenses, e das condições epidemiológicas e de saúde desta população, também sob o filtro do SUS, da ESF e dos referenciais da PS contribuem para a moldagem das práticas de cuidado à saúde bucal do idoso. Na perspectiva de mudanças incrementais, a geração e emprego de novas e

melhores práticas trazem novas energias retroalimentadoras, que ressignificam os Fundamentos e a Compreensão do ambiente. O vetor de impulsão para a melhoria contínua das práticas organizacionais e de saúde é o compromisso da governança local com os princípios da Promoção da Saúde. Ver Figura 5.

**Figura 5 – O desenvolvimento de Melhores Práticas no cuidado à saúde bucal de idosos em Antônio Carlos: o processo.**



## **Etapa/Momento 1 – Preparando Fundamentos para a Prática e Etapa/Momento 2 - Desenvolvendo o plano de ação e avaliação.**

### **Princípios e Critérios da Promoção da Saúde**

#### **Valores**

Saúde é fundamental. Sem saúde a vida perde o sentido, as pessoas perdem o objetivo de vida e desanimam.

Universalidade: Todos os que procuram o serviço devem ser atendidos.

Integralidade: O sistema de saúde de Antônio Carlos precisa atender o indivíduo em todas as suas demandas não complexas, capazes de serem resolvidas com os recursos da Atenção Básica. Atenção à saúde do ser humano entendido como ser único e integral, não fracionado em partes que exigem ações segmentadas.

Saúde bucal e Promoção da saúde: A saúde bucal é parte integrante da promoção da saúde.

Integração dos diversos segmentos da área da saúde, em prol de um resultado comum.

Buscar estilos de vida saudáveis com trabalho digno, boa alimentação e educação, práticas de esporte e lazer.

Ser uma pessoa feliz

Prevenção de doenças: os problemas de saúde devem ser prevenidos.

Autonomia: as pessoas necessitam dispor de meio e mecanismos para poder cuidar da sua própria saúde. A saúde pessoal não depende só do Estado.

#### **Objetivos**

Prevenir as doenças bucais.

Promover a melhor condição de saúde bucal para o usuário que procura o serviço odontológico, dentro dos limites da Atenção Básica.

Fornecer atendimento clínico curativo aos usuários que procuram pelo serviço no CS (tanto agendados como os casos de emergência).

Empoderamento: maior participação, envolvimento, compromisso da população na exigência de seus direitos de cidadania e na solução de seus problemas.

A prevenção é uma postura a ser adotada em diferentes dimensões por indivíduos, grupos, comunidades e pelos trabalhadores e serviços que compõem o sistema de saúde.

### **Preceitos éticos**

A partir da necessidade de tratamento mais complexa, ou de reabilitação, o interesse é da pessoa em procurar atendimento em serviço particular.

A noção de responsabilidade do serviço local pela saúde bucal da população não é unânime nem disseminada. Mesmo os profissionais da saúde assumem que a responsabilidade é somente por aqueles que demandam o serviço. De um modo geral, se aceita que a responsabilidade é pessoal, do usuário em potencial, a quem cabe ir ao encontro do serviço.

A saúde bucal não ocupa lugar prioritário/de destaque nas ações de saúde, sendo discriminada negativamente nos serviços públicos de saúde em geral.

Privacidade: quem tem o poder e o direito de me dizer àquilo que eu devo fazer com a minha vida?

Definição de prioridades: A prioridade ao idoso pelo critério da idade é questionada. Quem é idoso? Aquele que cumpre 60 anos? Somente o fator cronológico não determina quem deve ser atendido prioritariamente.

A responsabilidade de concluir o tratamento odontológico é do usuário. Para isso ele deve procurar agendar tantas consultas quantas forem necessárias para obter resposta às suas necessidades.

Os usuários possuem o direito de reclamar quando não forem atendidos a contento.

### **Teorias e conceitos**

Saúde é qualidade de vida. Não é somente a ausência de doenças, envolve uma gama mais ampla de aspectos como bem estar físico, mental, educação de qualidade, lazer, moradia digna, trabalho adequado, saneamento básico, alimentação saudável, convívio familiar harmonioso, estabilidade financeira. Estes elementos contribuem para as pessoas viverem com saúde, inclusive saúde bucal.

Determinação social do processo saúde-doença: O modo de vida, as questões sociais e familiares influenciam nos níveis de saúde das pessoas.

Universalidade: O serviço de saúde bucal de Antônio Carlos é prestado e está disponível para todas as pessoas.

Busca ativa: O serviço local de saúde deveria identificar as patologias bucais relevantes no seio da comunidade.

Interação saúde geral *versus* saúde bucal: como via de mão dupla, os problemas que afetam a saúde geral podem ter repercussões na cavidade bucal, assim como problemas bucais podem trazer conseqüências para saúde sistêmica.

O efeito/impacto das ações preventivas e de educação em saúde se dá de modo progressivo/cumulativo ao longo de muitos anos.

A reabilitação do idoso por meio de próteses dentárias reverteria em melhores níveis de saúde para esta população, melhor sociabilidade e mais auto-estima. Entretanto, há consciência de que uma prótese nunca substituirá igualmente os dentes naturais.

A reabilitação oral com próteses dentárias traz benefícios ao idoso, melhor qualidade de vida.

### **Crenças**

A promoção da saúde está relacionada às relações familiares.

O CD e os procedimentos odontológicos causam dor e sofrimento nas pessoas.

O idoso deve ter por hábito poupar algum recurso para eventuais gastos em saúde. Principalmente no caso de não conseguir ser atendido no SUS (exames complementares, procedimentos de maior complexidade,...).

Antigamente um chá, um remédio caseiro, a fé eram capazes de curar as pessoas.

Os idosos que não possuem mais dentes pensam que não precisam mais consultar o CD. Mesmo sofrendo por problemas bucais, muitos vão deixando, e só procuram o atendimento depois de muito tempo. Dentista é para quem tem dente.

### **Evidências**

A promoção da saúde envolve a saúde física, mental, emocional.

A saúde bucal é parte integrante da promoção da saúde.

As crianças hoje já entram em contato logo cedo com as informações sobre a importância da saúde bucal, dos dentes, sobre como cuidar da saúde bucal, sobre o papel do dentista. Na sua juventude, os idosos não receberam essas informações. Ao contrário, eram municiados com informações equivocadas a respeito de saúde bucal.

Os profissionais da odontologia apontam os problemas específicos de sua área de atuação.

Não há práticas e processos no serviço de saúde bucal que denotem a utilização de evidências tanto produzidas internamente, quanto externas (científicas), que orientem as ações realizadas segundo os princípios da promoção da saúde.

O serviço de saúde não consegue resolver todos os problemas de saúde bucal dos usuários.

A realização de encontros e atividades de orientação em grupos de idosos é importante mecanismo para proporcionar a oportunidade de conscientizar e estimular o idoso a valorizar a saúde bucal e a procurar os serviços odontológicos.

### **Visão organizacional**

Intersetorialidade: Serviço Social para auxílio na confecção de próteses; Secretaria de Educação: Articulação com corpo docente para realização semanal de bochechos fluoretados. Algumas pessoas que convivem com idosos podem estimulá-los a cuidar da sua saúde bucal: os coordenadores de grupos de convivência, os profissionais médicos, de enfermagem, e os agentes comunitários.

### **Visão da saúde**

Toda pessoa deve atingir na fase idosa da vida níveis satisfatórios de saúde bucal, não tendo prejudicado o seu processo de envelhecimento e por conta disso possa contribuir ativamente para a sociedade.

### **Análise organizacional**

A exigência do cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS acaba por sobrecarregar o pequeno município, repassando toda a responsabilidade pela provisão dos serviços de saúde à municipalidade, diminuindo a ação do Estado e da União. Um município como Antônio Carlos, 8 mil habitantes, fica pequeno frente à imensidão de problemas de saúde a enfrentar.

### **Análise da situação de saúde**

A qualidade de vida em Antônio Carlos é superior. Quando se deixa a cidade se sente a diferença no ar, na água, a natureza.

Os alimentos não são tão industrializados, é tudo mais natural.

Embora estejam sendo prestados serviços de saúde aos usuários, procurando seguir a lógica do SUS e da ESF, a impressão é de que não é ainda o suficiente. Principalmente se for tomado em conta o peso das ações curativas de foco biomédico e individual em relação às de promoção à saúde e prevenção de doenças, com foco coletivo.

### **Práticas - Organização**

Vínculo: Os usuários, em geral, têm suas preferências, em relação ao profissional que o atende.

O sistema de saúde, na sua missão de promover saúde, procura prestar atendimento de qualidade, possibilitar acesso, resultando num bom atendimento, suprimindo suas demandas também em termos de medicação e exames complementares.

O serviço de saúde não deveria tornar o usuário dependente do sistema. Entretanto, este limite de uso do serviço é bastante tênue. O quanto e quando o usuário deve procurar o serviço? O quanto e quando o serviço deve ir até o usuário?

### **Práticas - Saúde**

O sistema de saúde deve cuidar da pessoa como um todo, dando-lhe condições para que tenha uma vida digna e saudável, e dessa forma possa ser um cidadão útil para a sociedade.

Não basta a pessoa procurar a saúde no posto de saúde ou em consultas especializadas. É necessário um mínimo de condições básicas de vida, como moradia, higiene, alimentação correta, exercícios físicos. Todos os aspectos sociais têm que ser considerados.

### **Pesquisa e Avaliação**

Embora o município ocupe lugar de destaque nacional com relação aos indicadores de saúde, longevidade e qualidade de vida, não se realiza vigilância epidemiológica em saúde bucal, ou a partir de levantamentos epidemiológicos, ou da análise das planilhas do SIAB ou do *software* utilizado para registro interno dos atendimentos.

Apesar de terem sido implementadas ações de educação em saúde nas escolas e preventivas (bochecho fluoretado) há aproximadamente 4 anos, os profissionais que trabalham no modelo tradicional (atendimento em consultório) não sentem o impacto em termos de melhoria das condições de saúde bucal das crianças que os procuram.

### **Situação Atual**

#### **Valores**

Idoso: Uma pessoa com mais experiência de vida, que requer cuidados especiais, carinho, amor, atenção de seus familiares. Não merece estar em situação de abandono, desrespeito, repugnância, agressão psicológica ou física.

Em Antônio Carlos os idosos são respeitados e amados, não havendo registro de maus-tratos.

Saúde Bucal: Não é apenas cuidar dos dentes, mas cuidar da boca como um todo. De uns tempos para cá as pessoas valorizam mais a questão da saúde plena. A percepção das pessoas está se modificando, assim hoje elas estão mais inclinadas a procurar o dentista com o intuito de prevenir problemas, melhorar sua qualidade de vida, o sorriso.



Os idosos estão passando a valorizar mais a saúde bucal, têm mais vontade de viver, de se socializar. A valorização da área da saúde bucal não depende somente dos profissionais da Odontologia, depende também de ações de todo poder Executivo.

O valor dos dentes está associado à possibilidade de mastigar os alimentos. Os idosos percebem sua saúde bucal como boa porque não estão sofrendo dor e conseguem se alimentar.

Vínculo: O idoso prefere realizar suas consultas com mesmo profissional da saúde, que está acompanhando o seu caso.

Serviço de qualidade: A qualidade do serviço prestado influencia na procura pelo serviço. A mídia tem um papel importante na (re)produção de valores, como o da saúde bucal.

Da área médica: A população valoriza mais os problemas de saúde geral, e conseqüentemente a área médica, quando comparados aos problemas odontológicos que não oferecem risco de morte. A população cobra mais do gestor o atendimento médico e de enfermagem.

A palavra dos médicos tem um valor imenso. Se eles orientam a consultar o CD, ou até mesmo encaminham o usuário, o valor dessa ação pode reverter em busca por atendimento odontológico imediato. A pessoa sai do consultório do médico e já segue para o consultório/agendamento do CD.

A população não costuma reivindicar seus direitos.

Sensibilidade profissional, humanização: Se o idoso que está aguardando atendimento é frágil, não permanecerá esperando todo o período. Os profissionais procuram proporcionar o melhor tratamento possível, independente da idade da pessoa.

Equidade: Prover atendimento diferenciado a pessoas que mais necessitam.

Tolerância: A tolerância dos profissionais com idosos e crianças aumenta. As experiências de vida contribuem para aumento da tolerância com crianças e idosos.

Compreensão/Paciência/Escuta: O idoso necessita ser compreendido na sua história, nas suas especificidades. É preciso ser mais paciente com o idoso e escutá-lo.

Resolutividade: O uso de materiais de pouca qualidade pode comprometer o resultado do tratamento.

Comunicação: Os profissionais da saúde (médicos, CD, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos,...) necessitam exercitar o diálogo entre seus pares.

A confiança e a fé que o espírito religioso professa pela religião de muitas pessoas são instrumentos poderosos para a proteção e recuperação da saúde.

Os momentos de lazer, diversão e ócio podem contribuir para a manutenção da saúde mental das pessoas.

## **Objetivos**

Tratar/Sanar os problemas bucais já existentes.

Prevenir os acontecimentos que possam afetar a saúde bucal das pessoas.

Realizar o atendimento clínico, individual e curativo dos idosos que procuram o serviço odontológico.

Evitar o sofrimento do idoso.

Prover à população infantil em idade escolar ações de educação em saúde bucal, prevenção de doenças bucais e tratamento odontológico curativo.

## **Preceitos éticos**

Honestidade: Realização de procedimentos com material de qualidade.

Autonomia do sujeito X Autonomia do profissional: Extração dentária realizada somente com indicação clínica, e não porque o idoso quer colocar uma dentadura. Quando o profissional julga que não deve extrair, ele não extrai.

Cada profissional age/decide segundo o que considera correto, baseado na sua formação acadêmica.

Os idosos são vítimas de um sistema que não foi capaz de atendê-los nas demandas de saúde bucal precedentes à extração dentária e que acabou por culminando nela.

## **Teorias e conceitos**

O idoso não pode ser considerado apenas segundo a faixa etária (60 ou + anos), e sim em função da sua capacidade funcional. O conceito de "velho" ou de "jovem" tem mudando ao longo dos anos.

Os idosos em Antônio Carlos são longevos porque foram criados em um estilo de vida tipicamente rural e simples. Eles se exercitavam muito realizando as tarefas de casa ou trabalhando na roça e se alimentavam de coisas naturais, pouco processadas. Também mantinham a mente ocupada. Muitos desses hábitos permanecem hoje em dia, entretanto já influenciados por estilos de vida de localidades de maior porte.

Estudos epidemiológicos são o princípio de todas as ações em saúde.

O médico é que deve se adequar ao município e não o município ao médico.

## **Crenças**

Em um serviço público sempre haverá mais demanda que oferta.

Toda a população sabe que é ofertado atendimento odontológico no CS.

Alguns idosos não querem nem tocar no assunto da saúde bucal, rejeitam mesmo as questões abordadas sobre higiene bucal, pois consideram desnecessário, uma "besteira".

A abordagem do tema é considerada delicada em populações do interior do município, pois podem crer que estão julgando-os relaxados. O assunto é novo.

A procura pelo serviço odontológico depende do interesse e da necessidade da pessoa.

Se o idoso não procura o serviço de odontologia é por falta de vontade.

Em município de maior porte as pessoas têm vergonha de serem atendidas no serviço público.

Em municípios de maior porte as pessoas crêem que o serviço público não oferece qualidade.

O jovem é mais esclarecido, entende mais sobre as questões de saúde bucal.

Muitas pessoas crêem acham que é normal perder dentes ao longo do processo de envelhecimento.

Depois de uma certa faixa etária, as pessoas pensam que todo o dente que está doendo deve ser extraído.

O adulto às vezes procura o serviço querendo extrair dentes para colocar prótese. Já viram os pais sofrerem e, antes que os dentes causem algum incômodo, pensam que o melhor seria removê-los.

A pessoa do idoso nos faz remeter aos nossos pais.

O idoso parece um ser mais ranzinza, mas nem todos possuem essa característica.

Não é o fato de se determinar um dia de atendimento preferencial para o idoso que vai fazer a diferença.

É geral a reclamação da população em relação ao serviço público de saúde prestado em todo o país. Há uma imagem negativa generalizada.

É difícil alguém faltar numa consulta médica. O mesmo já não ocorre com a consulta odontológica.

Trazer o idoso ao CS para consulta odontológica não é tarefa fácil.

Os trabalhadores da saúde em municípios pequenos de um lado tem acesso facilitado a níveis hierárquicos mais altos (gestores). De outro, o controle sobre seu desempenho pessoal é maior. Tanto por parte dos gestores, como por parte do público atendido.

Não é suficiente atender somente aquela criança que possui a doença cárie, mas, também, incluir a que não possui a doença para não vir a ocorrer futuramente a lesão cariiosa.

Cada município tem que lidar com seus problemas.

Na teoria, tudo é muito bonito, mas na prática...

É considerado satisfatório o usuário do serviço de saúde bucal no SUS ser atendido duas vezes por mês.

Prioridade ao idoso é reservar vagas específicas para atendimento a esse segmento populacional. Falta coragem para os próprios idosos defenderem os seus direitos.

O empoderamento de indivíduos, grupos e comunidade pode não agradar aos gestores.

A oferta de serviços ao adulto é que vai fazer a diferença na condição de saúde dos idosos.

## **Evidências**

O idoso de Antônio Carlos, principalmente o do interior (zona rural) não dá muita importância devida para o cuidado preventivo em saúde bucal. Todavia, aplica recursos poupados e investe em reabilitação, desembolsando principalmente recursos para cobertura de substituição da perda dentária. Entretanto, crêem que é dever do setor público a assistência básica, aquela que "cura".

Não há registros, práticas e processos no serviço de saúde bucal que denotem a utilização de evidências tanto produzidas internamente, quanto externas (científicas) e que orientem as ações realizadas ou procedimentos fornecidos.

Não há definição de protocolos e procedimentos. Os CD se utilizam da bagagem de conhecimentos acumulados individualmente, pela sua formação e experiência clínica, para tomar as decisões.

Coletar dados não constitui uma tarefa fácil, realizar levantamentos exige tempo, disponibilidade de recursos/pessoas e treinamento.

Em princípio, a busca ativa dos problemas de saúde bucal não ocorre em relação à população idosa, apenas os escolares são triados em Antônio Carlos.

Quanto melhor o serviço prestado pelos profissionais, mais as pessoas procuram este serviço.

O idoso tem o seu acesso ao serviço odontológico prejudicado como decorrência da maior dificuldade de locomoção.

O idoso de hoje vive melhor que os antepassados. Até mesmo a aparência é diferente, os hábitos, as facilidades do dia-a-dia, as oportunidades de lazer,...

No serviço público, nem sempre se consegue o material que se quer e da qualidade que se gostaria.

A falta de informação influencia no momento da busca pelo atendimento, se mais precoce ou mais tardio.

Os problemas pessoais do usuário influenciam no momento da busca pelo atendimento, se mais precoce ou mais tardio.

O idoso se sente melhor se está entre pessoas conhecidas. Idosos depositam sua confiança no profissional de saúde.

As pessoas não têm noção dos prejuízos que a falta de dentes pode ocasionar na saúde dos idosos.

A condição de saúde bucal do idoso está diretamente relacionada a seu nível educacional e de renda.

Existem idosos que se cuidam, pois se importam com a imagem/aparência.

Se o serviço oferecesse reabilitação, muitas pessoas iriam querer extrair dentes para colocar próteses.

Idosos sofreram durante tratamentos odontológicos na sua juventude. Muitos ficaram traumatizados e carregam esta sensação de medo consigo até o presente dia, evitando/se esquivando da procura pelo serviço.

Idosos desistem de procurar atendimento por considerar muito difícil o acesso.

O médico geralmente não está preocupado com a saúde bucal das pessoas. Mas se ele recomenda uma consulta com o CD ou encaminha diretamente o valor/peso dessa orientação é muito maior.

Os CD se sentem desestimulados, pois proporcionalmente ganham menos que os médicos.

Nos municípios pequenos os gestores e os profissionais sofrem uma pressão muito maior, pois estão mais próximos, mais diretamente relacionados com a população. A tendência é eles terem que responder/decidir/agir em função dessa pressão.

A prática do profissional CD-ESF traduz a formação acadêmica que recebeu. Ele reproduz na sua prática aquilo que aprendeu no seu curso de graduação.

Idosos são motivados a participar dos eventos festivos, comemorativos desde que seja algo agradável, divertido, planejado como uma atividade de lazer, com alimentação e distribuição de brindes.

Há uma distância grande entre o que a população deseja do serviço de saúde bucal e o que pode ser oferecido com os atuais recursos do município.

O trabalho de prevenção com escolares é importante. É como "trabalho de formiguinha", vai-se cultivando, inserindo pouco a pouco, para colher os frutos no futuro.

Estagnação dos profissionais do serviço público em relação à educação continuada. A pouca cobrança e a estabilidade do emprego, aliadas a uma sensação de que está fazendo o serviço a contento faz com que haja uma acomodação.

As pessoas hoje se alimentam mal, comem muitas guloseimas e alimentos industrializados.

O município é abastecido por água, fluoretada, na região da Sede. Os valores de flúor têm oscilado consideravelmente ao longo do último ano, inclusive atingindo em alguns meses valores abaixo dos níveis mínimos.

Existem situações referentes à chegada ao CS que dificultam o acesso ao usuário, como a distância da sua moradia à sede do município ou a falta de transporte.

Grande porcentagem da renda dos idosos é gasta com medicamentos.

### **Visão organizacional**

Ainda falta muito a ser feito no que diz respeito à atenção à saúde em Antônio Carlos, entretanto já há uma outra cultura, outro entendimento, outro nível de informação qualitativamente superior, do qual se parte.

### **Visão da saúde**

No futuro (10, 15 anos) o idoso será diferente, visto que o adulto de hoje possui maior oferta de serviços odontológicos.

O maior nível educacional que hoje as pessoas estão atingindo vai contribuir para a melhora da sua condição de saúde bucal.

O idoso hoje, em função da realidade epidemiológica dos agravos bucais, necessita de outros níveis de atenção à saúde acima da Atenção Básica, principalmente tratamento endodôntico e prótese.

A tendência é que os idosos do futuro não repitam os mesmos níveis de doença bucal e perda dentária dos idosos de hoje. Daqui a alguns anos poder-se-á observar os efeitos das medidas preventivas, da disseminação de informações e do aumento do acesso a serviços odontológicos na situação epidemiológica bucal.

### **Análise organizacional**

Embora se esteja fazendo alguma coisa pelos usuários, não se está fazendo o suficiente.

Alguns pequenos agricultores buscam atendimento à saúde nos Sindicatos dos Trabalhadores Rurais. Lá também é fornecida assistência odontológica.

Aqueles que ainda pagam o Funrural acreditam que o Sindicato tem a obrigação de fornecer assistência médica/odontológica. Entretanto, hoje em dia, somente presta assistência odontológica com um CD trabalhando alguns períodos na semana. Entretanto, com a estruturação do serviço de Atenção Básica no CS do município e o fortalecimento do SUS, os idosos foram migrando aos poucos.

O custo de um tratamento odontológico no serviço particular é alto.

Não é difícil o acesso aos serviços de saúde bucal, principalmente para casos de emergência.

Pelo fato do município ser pequeno e todos se conhecerem, principalmente os idosos. O acesso fica mais facilitado sendo muitas vezes conseguido por vias informais.

Comparado a outros municípios, Antônio Carlos é um dos melhores em termos de atenção à saúde.

Considerando ações de saúde no nível da Atenção Básica, crêem que atendem 100% dos que procuram. O serviço odontológico, todavia, não consegue dar conta das necessidades reais da população. O atendimento na Atenção Básica ainda é muito incipiente.

O que não é prática corrente é a busca ativa de usuários, principalmente na atenção à saúde bucal.

Há uma segregação tanto de espaço físico quanto no processo de trabalho entre medicina/enfermagem e odontologia. São modos de atendimento totalmente diferentes, que não estão integrados, mesmo os que se dizem na ESF.

Os profissionais da Odontologia ficam mais envolvidos no serviço técnico, não atentam para os quantitativos de idosos que buscam o serviço ou são efetivamente atendidos. Os CDs não residem no município. Embora já trabalhem a algum tempo, relatam não conhecer a população.

O atendimento médico é considerado prioridade no serviço de saúde do município.

Há uma certa desmotivação dos profissionais da Odontologia em modificar suas práticas correntes. Já estão acostumados a agir sempre da mesma forma. Os profissionais da odontologia se sentem um tanto discriminados, preteridos em relação aos da área médica, inclusive em termos salariais. Reclamam que a carga de trabalho não é condizente com o salário, quando em comparação com os médicos. Inclusive de não terem direito a aumento salarial na mesma medida que os médicos.

Os CD não se sentem muito estimulados a participar de um processo de mudança no modo de pensar e fazer saúde bucal. Sentem falta de oportunidade de aprimoramento das suas funções, que acabam sendo reduzidas ao atendimento clínico exclusivo. Adotam uma postura mais passiva, de observação (ou até omissão), pois não sentem receptividade nas suas propostas. Em vista disso, sofrem as conseqüências e são afetados por essa distância das instâncias decisórias/de planejamento.

Os profissionais nunca foram convidados ou realizaram cursos de formação ou atualização para o SUS.

Discutir a prática, refletir sobre o processo de trabalho e o impacto das ações do serviço de odontologia gera um certo desconforto nos profissionais. Há um certo receio de criticar a

figura do gestor ou de outros colegas. Há uma certa confusão entre a discussão de aspectos profissionais e de interesse da população e as críticas a atitudes e comportamentos pessoais.

O relacionamento entre os profissionais carece de um entrosamento maior. As programações ficam restritas ao agendamento de férias, substituições, agenda. Não há planejamento conjunto das ações de saúde bucal entre os profissionais da Odontologia, que também não têm por hábito levarem as suas demandas, problemas e propostas ao gestor. Por sua vez, o gestor desconhece muitas das necessidades do grupo.

A melhoria do desempenho gerencial e dos profissionais da saúde depende de uma adequada comunicação entre estas instâncias.

Há dúvidas em relação à eficiência de se manter um dentista para realizar palestras, revelação de placa, escovação supervisionada e bochecho fluoretado nas escolas.

Na parte administrativa, há uma sobrecarga de tarefas, de grande responsabilidade, sobre os poucos funcionários. Geralmente há acúmulo e sobreposições de funções. Todos fazem muitas coisas e todos fazem as mesmas coisas.

Há interesse do gestor em discutir a organização do serviço com profissionais e funcionários. As decisões e ações são concentradas no Secretário. Ele cuida de vários setores: área médica, de enfermagem, serviço social, odontologia. Não há maior departamentalização na Secretaria, justificado pelo fato de ser um município de pequeno porte. As decisões geralmente têm um cunho político forte. A pressão da população ao gestor da saúde é mais direta e constante em municípios pequenos. O fator político deve ser considerado na análise da conjuntura sob a qual se vive e trabalha. Porém, os CD procuram escapar dessa questão, perdendo a oportunidade de se articular enquanto segmento, defendendo seu espaço e suas opiniões.

Tradicionalmente em Antônio Carlos os prefeitos têm se dedicado a investir nos setores saúde e educação.

O município passa por uma fase de transição. A população está aumentando e os serviços não conseguem acompanhar a demanda, também crescente, na mesma velocidade. Antigamente todos se conheciam, principalmente os idosos ao visitarem o CS, hoje isso já não ocorre.

Há 10, 15 anos atrás não havia o volume de oferta de atendimento que é disponibilizado hoje. Havia apenas um profissional. Hoje são três que oferecem maior número de vagas e consulta.

A demanda por atendimento odontológico é grande e extrapola sua capacidade de atendimento. Há filas e há ocasiões em que a marcação é bastante disputada. Embora pouco freqüente, já houve casos de pessoas não conseguirem o agendamento para a quinzena. Caso a pessoa não consiga ser agendado na quinzena, na próxima obtêm a marcação como regra geral.



Os idosos antigamente procuravam o Sindicato dos Trabalhadores Rurais para atendimento, entretanto houve um redirecionamento pelo fato do Sindicato não oferecer mais próteses.

Há a possibilidade de se solicitar próteses dentárias na Secretaria, via Assistente Social.

Como Antônio Carlos é um município pequeno mesmo as pessoas que tem algum poder aquisitivo se utilizam o serviço público de saúde.

Não há um planejamento, uma programação, por parte do município ou do serviço de saúde bucal, em termos coletivos para abordagem do cuidado à saúde bucal do idoso.

Não há produção (e conseqüente análise) sistemática de dados/relatórios sobre a população que busca o serviço, ou que é atendida, nem dos procedimentos realizados.

Não são realizadas reuniões periódicas entre os profissionais da Odontologia, apenas conversas informais para definir um ou outro ponto que eventualmente surja. Eles são convocados e comparecem à reunião geral do CS, entretanto sem uma participação ativa nas discussões.

Existem boas condições de trabalho, materiais, instrumentais, de equipamentos e infraestrutura em geral.

Em 2008, foi concluída a construção e inaugurada nova Unidade melhorando bastante as instalações e ampliando o espaço físico do serviço odontológico. Há um consultório em funcionamento e construiu-se uma sala de esterilização. Está prevista a instalação de mais um consultório odontológico em outra sala já reservada para tal, mas ainda sem equipo odontológico.

Conhecer as regras do processo licitatório é necessário para se conseguir materiais odontológicos de qualidade e que sejam entregues dentro dos prazos. Funcionários administrativos são responsáveis por essa tarefa. Os CD elaboram listas discriminando as necessidades. Como muitas vezes o processo é demorado deve-se ficar atento para evitar a falta de materiais no estoque. Há necessidade de descrever minuciosamente o produto, visto que não se pode escolher as marcas.

Alguns procedimentos odontológicos por vezes são evitados, pois o profissional sabe que o material disponível não é adequado para tal.

Uma das ASB é residente no município e conhece todos os moradores, suas histórias, (ponto positivo). O ambiente não se torna hostil para o idoso, pois ele reconhece funcionários que vivem no município; fica com menos receio e mais coragem. Essa situação facilita o entendimento do que se passa com o idoso: questões pessoais, histórias familiares, situações de vida, problemas que normalmente não seriam desvelados no ambiente do consultório.

O município tem dificuldades em viabilizar as consultas especializadas e exames complementares. Após encaminhamento, o idoso fica esperando por muitos meses, se não anos, até ser chamado. São poucas as vagas disponíveis, a demanda é grande e por vezes o idoso ou sua família acaba por desembolsar recursos próprios para realização da consulta ou exame.

O sistema de referência à atenção secundária é ainda incipiente.

O sistema de referência para tratamento endodôntico no CEO de Biguaçu, bem como a contra-referência, tem funcionado, embora seja um fluxo/processo difícil. A liberação de vagas ocorre quando um caso é finalizado, daí comunica-se a Central de Marcação que chama o usuário que está na fila para ocupar esta vaga. As pessoas encaminhadas são atendidas, realizam o tratamento e retornam para o CS para fazer a restauração definitiva. Embora muitas pessoas precisassem de tratamento endodôntico, o custo deste no consultório particular não estimulava as pessoas a realizá-lo. A possibilidade de encaminhamento para tratamento endodôntico no CEO fez com que muitas pessoas valorizassem o tratamento endodôntico, e desejassem realizá-lo para manter seu dente, ao invés de extraí-lo. Entretanto, há situações de descaso e impossibilidades por parte do usuário, quando este não quer se submeter às condições do agendamento em Biguaçu e às datas de consultas no CEO.

Hoje são 60 pacientes antoniocarlenses na fila do CEO (Biguaçu e UFSC) para tratamento endodôntico.

### **Análise da situação de saúde**

O idoso de Antônio Carlos está inserido num ambiente familiar, no qual estão presentes outros membros da família, os quais lhe dão suporte.

O idoso de Antônio Carlos se aposenta, mas continua a trabalhar em tarefas menos pesadas, na sua propriedade, na lavoura.

As pessoas antigamente não procuravam o dentista pensando em uma saúde plena. Procuravam quando já havia um problema instalado.

O idoso procura o serviço público bucal do município apenas em casos de urgência (dor, dentes abalados), na maior parte das vezes para realizar extração dentária.

O idoso geralmente apresenta outros problemas crônicos de saúde associados.

Geralmente, os idosos que procuram o serviço odontológico são idosos mais jovens. Há pouca procura pelos idosos mais dependentes.

Os idosos mais independentes até procuram o serviço para consulta de manutenção, os de mais idade somente quando enfrentam um problema mais sério.

O idoso dificilmente procura o serviço odontológico para fazer uma consulta periódica, de manutenção.

Alguns poucos, por outro lado, por já terem perdido boa parte dos dentes, procuram o serviço com assiduidade demonstrando cuidado com os que restaram.

O idoso demanda pouco o serviço de saúde bucal, quando comparado a outras faixas etárias, bem como os serviços médicos e de enfermagem.

O serviço recebe idosos de diferentes condições sócio-econômicas. Tanto pessoas com a vida econômica melhor e mais estável, quanto pessoas mais desfavorecidas.

A condição de saúde bucal do idoso de Antônio Carlos é precária, não difere da dos demais idosos do país.

A higiene bucal do idoso é precária. Alguns idosos chegam com uma condição bucal muito ruim. Muitos já foram mutilados, perderam seus dentes.

Há uma certa acomodação, como a perda de dentes é considerada um processo normal do envelhecimento, não há uma procura pelo serviço odontológico no sentido de realizar a intervenção precocemente ou de reverter o quadro.

Alguns idosos tiveram acesso a tratamento reabilitador anterior e utilizam próteses. Muitas próteses são antigas e estão desgastadas e em más condições de higiene.

Por outro lado, há idosos que procuram manter muito limpas as suas próteses. Boa parte dos idosos que utiliza próteses não costuma retornar ao CD para revisão.

As pessoas demoram em procurar o serviço odontológico e quando chegam já precisam de soluções mais elaboradas.

Alguns idosos nunca receberam orientações sobre cuidados com a saúde bucal ou sobre a conservação e higienização das próteses.

Idosos procuram o serviço particular para fazer próteses.

Os idosos de Antônio Carlos são pessoas que não tiveram oportunidades de estudo e isto influenciou na sua condição atual de saúde bucal.

O idoso geralmente não tem muitas necessidades, pois não apresenta muitos dentes. As necessidades atualmente giram em torno das próteses que utilizam.

Existem pessoas, de diferentes faixas etárias, que não possuem cuidado pessoal e de saúde bucal.

Os adultos não têm o hábito de ir ao dentista frequentemente, não percebem que há mais facilidade no acesso.

Os idosos que demonstram mais cuidado com a saúde bucal são aqueles que tiveram mais informações, mesmo quando usuários de próteses.

Alguns idosos, usuários de próteses, percebem alguma alteração na sua boca, ficam assustados e já procuram o dentista.

Os idosos que não possuem condições financeiras para pagar um profissional particular ficam sem atendimento. Em última análise, têm limitado as suas possibilidades de tratamento e reabilitação bucal, levando a um maior número de extrações dentárias.

Todos os dias procuram o atendimento odontológico uma, duas pessoas em situação de emergência.

### **Práticas - Organização**

O cuidado à saúde bucal do idoso não tem sido objeto de atenção, de planejamento, de discussão ou de pesquisa em Antônio Carlos. Em 2008, foram iniciadas discussões por ocasião deste estudo. Algumas ações pontuais de educação em saúde, nos grupos de idosos e grupos de hipertensos e diabéticos, começaram a ser implementadas.

O idoso recebe um tratamento especial dos médicos e enfermeiros da ESF, recebendo visitas domiciliares. É dada prioridade aos mais necessitados.

No serviço odontológico, não há atendimento específico para a população idosa, nem visitas domiciliares. O idoso é atendido como um paciente comum, da mesma forma que outros de outras faixas etárias.

O acesso do idoso ao atendimento pode ser feito de duas maneiras:

- agendamento quinzenal, quando o idoso vem até o CS e agenda um dia (período do dia, sem horário específico). O idoso não tem muita paciência para aguardar, às vezes espera uma, duas horas para ser atendido. Na verdade não se sabe bem quando será chamado. O agendamento e o atendimento ocorrem por ordem de chegada. Também é possível agendar por telefone, mas a prática não é muito freqüente (ou pouco divulgada).

- comparecer diretamente no CS para atendimento de urgências.

São agendadas sete pessoas, mais um retorno. Além disso, são atendidas todas as urgências do dia (em média três).

A marcação é feita pelo pessoal de Enfermagem na recepção do CS.

No caso do idoso, mesmo com a agenda lotada, já se abriu exceção e foi realizado o encaixe.

Os profissionais procuram ajustar o tempo da consulta do idoso, fazendo procedimentos mais rápidos para não ficar tão cansativo.

Quando o idoso possui algum problema de saúde mais grave, o profissional solicita o seu prontuário médico, procurando mais informações (basicamente sobre medicamentos). Há intercâmbio de encaminhamentos entre médicos e CD.

Os profissionais consideram que, sendo o agendamento quinzenal, o intervalo de tempo é aceitável entre uma consulta e outra.

Já os idosos acreditam que uma vez conseguida a vaga para consulta, o tratamento deveria seguir seu curso até o fim. Não se deveria precisar entrar outra vez na fila.

Casos graves, de emergência, são atendidos prontamente. O usuário aguarda um pouco ou espera a manhã/tarde toda, mas é atendido no mesmo dia. Não precisa marcar: se ele apresenta um problema bucal, será atendido.

Os serviços médicos e de enfermagem seguem a mesma rotina de marcação quinzenal. Cada equipe de SF ou cada médico especialista divulga as datas de marcação no mural do CS. No dia da consulta, como o CS abre às 7 horas da manhã, algumas pessoas já estão aguardando desde cedo. São distribuídas fichas de atendimento. O usuário fica aguardando ser chamado. Cria-se um certo desconforto, pois, por causa da demanda o usuário pode chegar cedo, 7 e meia, mas só ser atendido às 10h.

Os procedimentos realizados são registrados eletronicamente, por meio de um *software*. Como foi desenvolvido para as necessidades de um consultório privado, muitas funções não são utilizadas, restringindo-se aos campos anamnese, exame clínico (odontograma) e evolução do tratamento (data e procedimentos realizados).

Os CD procuram definir a lista de materiais seguindo padrões mínimos de qualidade, pois hoje existem muitas marcas com qualidades diferentes. Alguns materiais de pouca qualidade podem comprometer o tratamento.

O PSF (medicina, enfermagem e ACS) vai até a casa das pessoas, principalmente dos idosos. Existem dois modelos de atenção em saúde bucal funcionando paralelamente no município: o tradicional e o PSF. Os CD que trabalham no modelo tradicional, atendendo a livre demanda em consultório, não estão a par das ações realizadas pelo CD do PSF. O dentista do PSF atende a todo o município, cobrindo as três áreas sob forma de rodízio.

O município possui Odontomóvel, que foi adquirido quando da implantação da ESB no PSF. Quem utiliza é o CD vinculado ao PSF. A inserção de uma ESB no PSF, seus objetivos, suas atribuições e atividades, não foi discutida amplamente com gestores, equipes de SF ou com os CD do modelo tradicional.

De certo modo os dois modelos possuem similitudes, principalmente na abordagem curativa dos problemas individuais de saúde.

O trabalho principal do CD-PSF é a atenção à saúde bucal do escolar. Sob forma de rodízio, são visitadas todas as escolas de ensino fundamental realizando atividades educativas (palestras sobre alimentação saudável e cuidados com a higiene bucal), orientação em higiene

bucal (revelação de placa, escovação supervisionada), prevenção (bochecho fluoretado) e atendimento clínico no Odontomóvel. É feita a distribuição de material de higiene bucal às crianças (escova e dentifrício).

As crianças são examinadas e conforme critérios de risco para doença cárie, estipulados pelo CD, elas são triadas para atendimento clínico. Aquelas que tem necessidade de exodontia e restauração são imediatamente incluídas. Procura-se chamar a criança ao Odontomóvel quantas vezes for necessária até que seja dada alta. Da mesma forma, segue-se para outra escola quando o trabalho na anterior estiver concluído. O tempo de parada em cada escola é flexível, depende do número de crianças e do volume de necessidades a serem respondidas.

O bochecho fluoretado é realizado sob supervisão *in loco* do CD e ASB todas as sextas-feiras nas escolas.

Quando o Odontomóvel chega em determinada comunidade, além da escola ele também fica disponível para atendimento da comunidade. Geralmente, a presença do Odontomóvel é anunciada durante a missa na Igreja, para que todos fiquem sabendo.

Quando da implantação da ESB no PSF e contratação do terceiro profissional CD, não ocorreram discussões com as áreas médica e de enfermagem para integração das ações. Também não houve uma orientação por parte da gestão sobre quais seriam suas atribuições. O CD definiu seu rol de atividades em função do que aprendeu durante a sua formação acadêmica.

O CD-PSF não participa das reuniões em nenhuma das três áreas de abrangência do município, embora elas ocorram. Ainda assim, considera-se o trabalho realizado em equipe multiprofissional pelo fato de eles estarem juntos no momento dos grupos.

O deslocamento do CD até a comunidade, as práticas coletivas de educação em saúde, e a atuação em pontos estratégicos como igrejas, escolas, grupos de idosos e grupos de hiper/dia são práticas reconhecidamente diferenciadas daquelas realizadas no ambiente do consultório odontológico no CS. A quantidade de pessoas que são atingidas pelo serviço é maior. São transmitidas informações/orientações sobre cuidado à saúde bucal.

A ASB é responsável pela esterilização dos instrumentais, assepsia e preparação do consultório, recebimento e dispensa usuário, preenchimento dos boletins e por vezes, alimentação do *software*.

Os CD também alimentam o banco de dados, mas embora seja possível, não são produzidos nem avaliados dados de produção via relatórios emitidos pelo *software* ou pelas planilhas do SIAB.

O município mantém pactuação com o CEO de Biguaçu para realização de Endodontia, Periodontia, Cirurgia e Pacientes Especiais. A demanda se concentra na especialidade Endodontia.

Todas as pessoas que procuram o atendimento odontológico são atendidas na medida da capacidade de provisão dos serviços.

### **Práticas - Saúde**

Os procedimentos realizados no serviço odontológico são os da Atenção Básica. A ênfase do serviço odontológico é o atendimento curativo.

As consultas de revisão/manutenção, quando praticadas sistematicamente reduzem a gravidade dos problemas de saúde bucal e sofrimento dos idosos.

Os idosos, que se apresentam ao serviço com dentes remanescentes, recebem atendimento/orientação no sentido de preservá-los.

Atualmente há a opção de encaminhamento para endodontia no CEO de Biguaçu.

Há uma sensibilização por parte dos profissionais da Odontologia para o atendimento do idoso que se apresenta mais fragilizado.

Os profissionais da odontologia procuram atender o melhor possível o idoso fragilizado.

Caso o idoso tenha condições, o profissional encaminha para o serviço odontológico privado/particular para confecção de prótese.

O idoso em situação de emergência é atendido prioritariamente. Nos casos de consultas agendadas isto não ocorre como regra, mas informalmente, por decisão dos profissionais.

O serviço não adota a filosofia do "tratamento completado", ou seja, uma vez que o idoso conseguiu a vaga no agendamento, não é assegurado a ele a continuidade do tratamento até a alta. Entretanto, o usuário recebe orientações: deve procurar retornar ao serviço, agendando nova consulta.

As vagas de retorno são distribuídas conforme critério estabelecido pelo cirurgião-dentista, sem padronização entre os mesmos. Desse modo, algumas poucas pessoas tem a continuidade do tratamento numa segunda consulta. Esta situação ocorre mais freqüentemente com crianças. Às vezes a vaga de retorno é utilizada para encaixes (emergências).

Há críticas referentes à realização de procedimentos provisórios (ex.restauração provisória). Como o próprio nome indica não é um procedimento definitivo, é de pouca durabilidade, sendo que, após um tempo, o procedimento muitas vezes tem que ser refeito.

A demanda é muito grande, o que inviabiliza o "tratamento completado". Seriam poucos os usuários atendidos e isso comprometeria o acesso.

De modo muito informal, o usuário que entra no sistema vai concluir o seu tratamento. Isso só depende da sua disposição, paciência e vontade de ir a busca de novas consultas. A informalidade também é percebida nos momentos de encaixes de consultas, quando as pessoas ligam ou vão pessoalmente atrás de atendimento. Isso também ocorre com o usuário idoso.

Hoje em dia, a condição de saúde bucal dos jovens é bastante diferente das de antigamente. Ao invés de cuidar, as pessoas deixavam estragar seus dentes para depois colocar uma prótese. Hoje, as crianças recebem atenção na escola e seus dentes estão em melhor estado. A doença cárie diminuiu muito.

Os profissionais tentam convencer o adulto e o idoso a não extrair dentes sadios, para a colocação de próteses.

O CD-PSF, em anos anteriores, participou de eventos comunitários (festividades) cuja população-alvo eram adultos e idosos, apresentando palestra sobre alterações bucais no envelhecimento, câncer de boca, alertando sobre o uso de próteses mal adaptadas, uso do fumo, importância do protetor solar, uso de chapéu, etc...

No ano de 2008, o CD-PSF iniciou um trabalho nos 11 grupos de hipertensos e diabéticos, em sua maior parte formada por idosos. Todos os grupos receberam sua visita, que consistia em uma palestra sobre saúde bucal, cuidado com as próteses, necessidade de substituição, explicações sobre lesões de mucosa e hábitos preventivos e auto-exame da cavidade bucal. A atividade era realizada após a intervenção médica e de enfermagem (medição da PA, glicose, distribuição de medicamentos). Os idosos eram orientados a procurar o serviço odontológico caso houvesse algum problema bucal, alguma lesão suspeita. A ida do CD nos grupos é considerada um incentivo/estímulo para o idoso cuidar da sua saúde bucal. O idoso se sente mais seguro e com mais coragem.

O Odontomóvel, ao dar oportunidade de acesso aos escolares ao atendimento odontológico, também incentiva as crianças a cuidarem da saúde bucal, repassando conhecimentos informações na família e também para os seus avós. Há, portanto, estímulo indireto, a partir das novas gerações para que os mais velhos procurem o serviço não só em casos de dor de dente.

O atendimento do CD-ESF com o Odontomóvel nas escolas faz com que as crianças não desenvolvam medo do dentista. Ao contrário, as crianças gostam da figura do dentista.

Os idosos têm a oportunidade de tirar dúvidas sobre questões da saúde bucal com o CD nos momentos em que são feitas as reuniões dos grupos hiper/dia. E são muitas as dúvidas dos idosos.



A medicina está muito avançada na capacidade de tratar e curar as pessoas.

Os grupos de convivência de idosos trabalham ações de promoção da saúde.

As pessoas estão procurando com muita frequência o serviço médico, até com algum excesso.

### **Pesquisa e Avaliação**

O município possui bons indicadores de saúde, longevidade e qualidade de vida. Possui o segundo IDH-longevidade do país.

A atenção à saúde em Antônio Carlos é bem avaliada. Inclusive constitui um atrativo para novos moradores.

A decisão pela prática do agendamento deu-se a partir da necessidade de controlar as filas e com a intenção de dar mais conforto ao usuário.

A decisão pela marcação quinzenal deu-se a partir da avaliação da experiência da marcação mensal. Havia muitas faltas, pois as pessoas esqueciam da sua consulta ou pensavam que podem deixar seu problema bucal para depois.

Não são registradas as faltas. O serviço não fica sabendo com clareza quem faltou à consulta naquele dia.

As emergências são atendidas depois dos agendados, via de regra. Isto porque, algumas pessoas se apresentavam no atendimento odontológico de urgência, só para serem atendidos antes dos agendados.

A ASB é a responsável por preencher as planilhas do SIAB (nome, idade, procedimento, primeira consulta).

Não há produção (e conseqüente análise) sistemática de dados/relatórios sobre a população que busca o serviço, ou que é atendida, nem dos procedimentos realizados.

A funcionária responsável pela Vigilância em Saúde é que indica como os profissionais da odontologia devem preencher as planilhas. Também são orientados caso haja alguma mudança nos códigos ou no modo de preenchimento. Entretanto, muitas vezes, esse canal de comunicação se dá diretamente com as ASB. Isso faz com que os CD se sintam à margem do processo.

Tanto o setor de Vigilância quanto os profissionais têm dúvidas com relação ao preenchimento das planilhas e envio dos dados à Secretaria Estadual. As mudanças de parâmetros são frequentes, o que gera uma certa confusão. Nem sempre a SES responde às dúvidas do município.

Nunca foram coletados dados epidemiológicos sobre as condições de saúde/doença bucal no município.

A população não tem por hábito fazer reclamações do serviço público odontológico prestado. Os profissionais da odontologia também não costumam apresentar suas reclamações e insatisfações. Os gestores também não costumam externar reclamações referentes ao serviço odontológico. É como se o serviço não fornecesse motivos para tal.

A implantação do sistema de atendimento no Odontomóvel possibilitou ampliação do acesso facilitado aos usuários da zona rural.

Os que procuram o serviço gostam do modo como são atendidos.

Considerando as expectativas da população, o serviço prestado mais agrada do que desagrada. Dentro daquilo que a população espera, o serviço está sendo oferecido.

Considerando as condições de trabalho que são oferecidas: o que pode ser exigido a mais do profissional?

Os profissionais consideram que estão fazendo o seu melhor, considerando as condições que lhes são oferecidas.

Comparando com municípios vizinhos, Antônio Carlos oferece melhor serviço de saúde, tem menos filas.

Nas escolas, o CD-PSF avalia cada criança de acordo com o risco a cárie (alto, médio ou baixo) e quantificação de placa (muita, média ou pouca).

Seria mais útil o CD-PSF estar realizando atendimento clínico, ao invés de atividades educativas ou preventivas, que poderiam ser repassadas às professoras das escolas?

Uma avaliação pessoal do CD-PSF: sua participação nos grupos de hipertensos e diabéticos está sendo válida, pois o tamanho do público é menor que o das festividades municipais. Desse modo fica mais próximo da platéia, sendo mais fácil explicar o conteúdo e responder as questões dos idosos. A palestra se transformava numa conversa, na qual os idosos ficavam mais à vontade para tirar suas dúvidas.

Anos atrás houve uma auditoria no município e os profissionais, inclusive o CD-PSF, foram questionados sobre a realização de um curso de capacitação de 40 horas sobre o PSF. Os CD nunca receberam capacitação ou treinamento para tal.

A atuação do CD na ESF é vista com bons olhos pelo fato, principalmente, de haver um deslocamento dos profissionais às comunidades e por incluir, além do atendimento curativo, práticas coletivas de educação em saúde.

O serviço odontológico prestado pode ser considerado suficiente? (Considerando as necessidades da população, considerando as diretrizes do SUS e da ESF, considerando as demandas profissionais ou o interesse dos gestores?)

O dentista da ESF é bem recebido na comunidade.

A marcação de consultas para médico e CD em dias determinados foi considerada ruim, devendo ocorrer livremente a partir de uma necessidade do idoso.

Considera-se uma situação desconfortável e perigosa depender somente do SUS para a assistência a saúde.

Os grupos de convivência para os idosos promovem a oportunidade de socialização, diálogo, lazer, religiosidade, e, ainda, constitui-se em um espaço importante de educação para a saúde, sendo considerado uma ótima iniciativa. Gera algum grau de compromisso, ocupação e responsabilidade. Dá esperança e cria expectativas, levanta a auto-estima.

### **Situação Ideal**

#### **Valores**

O idoso tem preferência. Não pode ficar esperando dois, três meses por um exame ou uma consulta, pois sua condição pode ter piorado ou até mesmo falecido.

Garantir os princípios da universalidade e da equidade para toda a população, inclusive a idosa, do município como fundamentos para a organização da atenção em saúde bucal.

Dar oportunidade para as pessoas administrarem sua própria qualidade de vida em todos os aspectos, acesso à habitação digna, alimentação correta, lazer, educação formal.

Valorizar a cultura local e considerá-la quando do planejamento de ações em saúde e das mudanças no sistema de saúde.

Trabalhar junto com a academia não é perda de tempo, é ganho de tempo.

Valorizar a pessoa, o cidadão, como ser de direitos e deveres.

#### **Objetivos**

Ampliar a participação da Saúde Bucal nas políticas e ações de saúde no município.

Aproximar as ações de saúde bucal de toda a comunidade.

Viabilizar espaços de reflexão e discussão das práticas em saúde bucal adotadas, analisando seus processos, pontos positivos e negativos, vantagens e desvantagens, responsabilidades, limites e possibilidades de atuação profissional, resolutividade e o impacto das ações nos níveis de saúde-doença da população.

Organizar as ações de saúde bucal, pensando em um contexto mais amplo/abrangente, associando diferentes práticas de atenção e assistência.

Desenvolver práticas criativas que atraiam e despertem o interesse da comunidade para a temática da promoção da saúde.

Ampliar o entrosamento entre médicos e dentistas, principalmente solicitando a atenção dos primeiros para eventuais necessidades de encaminhamento do idoso ao serviço odontológico.

Despertar interesse e motivação dos profissionais nas questões de planejamento, vigilância epidemiológica e avaliação do serviço de saúde bucal.

Incluir a saúde bucal nas ações de saúde, na perspectiva da promoção da saúde da comunidade e do envelhecimento saudável.

Ampliar a participação dos profissionais da saúde bucal nas discussões.

### **Preceitos éticos**

Respeito ao cidadão.

Reconhecimento do idoso como ser de direitos.

Garantia do direito à saúde e saúde bucal aos idosos.

Facilitar o acesso dos idosos aos serviços públicos, incluindo os de saúde bucal.

### **Teorias e conceitos**

Interdisciplinaridade: programação de ações conjuntas e desenvolvimento de práticas que conjuguem as áreas da medicina, enfermagem, odontologia, entre outras.

Estratégia Saúde da Família: modelo de Atenção Básica em saúde a ser seguido pelas áreas médicas, de enfermagem e odontologia.

### **Crenças**

É viável prover atenção à saúde a todos os segmentos da população de Antônio Carlos.

É necessária outra visão, outro modo de atuação do serviço odontológico, mas como fazê-lo é que é a dúvida de todos.

As filas para atendimento odontológico só diminuirão/terminarão quando, na prática, o serviço se propuser a atender o usuário na sua integralidade, resolvendo os seus problemas, nos limites da Atenção Básica. Na seqüência, em terminando, dando alta a um usuário, abrir-se-ia vaga para outro.

Desmistificar a figura do CD como profissional desumano, que provoca, por meio de sua atividade laboral, o sofrimento das pessoas.

## **Evidências**

A mudança, ou seja, a melhoria das atividades e processos da atenção à saúde bucal, dependeria do reconhecimento prévio da situação atual, além do conhecimento das evidências científicas e de uma adequada administração dos serviços de saúde.

## **Visão organizacional**

Melhorar o atendimento odontológico - ampliar a oferta, maior número de profissionais, interiorização do atendimento, etc.

Em função da evolução que a atenção a saúde bucal vem passando no município, já chegou a hora do sistema avançar mais, ampliando a atenção ao público idoso.

A Odontologia não é um setor a parte. A atenção à saúde bucal deve estar integrada como prática de saúde, considerando a amplitude/abrangência e profundidade das ações em saúde pública.

## **Visão da saúde**

Que todos os cidadãos de Antônio Carlos atinjam a fase idosa da vida com níveis satisfatórios de saúde bucal, não tendo prejudicado o seu processo de envelhecimento.

Que o paradigma da Promoção da Saúde fundamente as práticas realizadas no âmbito do sistema de saúde de Antônio Carlos.

## **Análise organizacional**

Considerando as características do município (população reduzida, em sua maior parte dedicando-se a atividades agrícolas), realizar a gestão do sistema de saúde, atendendo com eficiência as necessidades de saúde da população.

Considerando a demanda atual ou um possível aumento dela, se não houver mais investimentos em contratações de profissionais (CD) e conseqüente aumento da oferta, a tendência é haver um acúmulo de necessidades não respondidas.

Implantação de mais duas ESB no PSF, contemplando as três áreas do município.

Integração da área da Odontologia com outras áreas Medicina, Enfermagem, Serviço Social.

Integração nos processos de trabalho e sistemas de informação.

A adoção de práticas de planejamento, controle e avaliação como rotina para a gestão do sistema e organização das ações de saúde, de modo contínuo e sistemático, contando com a participação de representantes de toda a comunidade. Estabelecendo momentos/espços

formais de discussão (reuniões) sobre os objetivos, metas, ações, e mecanismo de avaliação de resultados.

Fortalecer o serviço de Tecnologia de Informação com profissionais que, além de alimentar os bancos de dados, emitam relatórios e mantenham atualizado o Sistema de Informações.

Circulação de informações sobre SUS, saúde pública/coletiva, questões legais.

### **Análise da situação de saúde**

Todo idoso deve obter resposta resolutiva do serviço público sempre que for constatado agravo a sua saúde bucal, bem como ser informado das medidas preventivas e de auto-cuidado.

A ação em saúde bucal deve privilegiar a orientação a todas as faixas etárias para assegurar um envelhecimento saudável.

Há a necessidade de se realizar levantamento epidemiológico em saúde bucal.

O idoso deveria ter mais cuidado com a sua saúde bucal e realizar mais e melhor as práticas de auto-cuidado. Além disso, deveria procurar mais o atendimento no serviço odontológico, não somente em casos de emergência, mas para manutenção e acompanhamento. Mesmo aqueles que já são usuários de prótese, ou têm poucos dentes, deveriam procurar conservar a saúde bucal.

Fazer um levantamento dos idosos (ou pessoas) acamados. A partir daí, o dentista da ESF poderia planejar visitas para levantamento das necessidades e, dentro das possibilidades da Atenção Básica e do domicílio, realizar o atendimento.

### **Práticas - Organização**

O ACS é a pessoa-chave para fazer a ponte entre o usuário e o serviço. Ele conhece as pessoas da comunidade e, portanto, tem mais facilidade de estabelecer os contatos, estimular e viabilizar o acesso, fazer agendamentos e conscientizar para a importância do cuidado à saúde.

Estabelecer cotas diárias/semanais de atendimento para o idoso do município.

As ações de promoção de saúde, incluindo aqui a educação em saúde (bucal), devem ser realizadas não de modo pontual, mas seguindo uma programação regular, garantindo sua continuidade.

A área do serviço social tem um papel fundamental em articular, com as demais áreas da saúde, ações de promoção da saúde e envelhecimento saudável e ativo. Além disso, pode

contribuir com a área da saúde no levantamento de dados populacionais (demográficos, sócio-econômico-culturais) que auxiliem o planejamento, implantação e avaliação das práticas.

O momento da marcação das consultas com médicos e dentistas não deveria se limitar a alguns dias no mês deveria ser todo o dia. A marcação não deveria ocupar tempo do usuário e poderia/deveria ser feita por telefone.

Priorizar o atendimento à saúde bucal do idoso em relação a outras faixas etárias.

O serviço odontológico deve se aproximar do idoso.

Programação sistemática de consultas periódicas pré-agendadas com intervalo de tempo definido, para manutenção da saúde bucal (profilaxia, revisão das próteses e restauração, aplicação de flúor).

Idosos atendidos pelo serviço de saúde bucal, considerando suas especificidades, ambiente adequado e escuta permanente das suas demandas. Estabelecimento de espaço de diálogo e conversa promovendo relação de confiança mútua e vínculo.

O idoso quer ser atendido com carinho, atenção e respeito.

Planejamento e implementação de ações na área da saúde bucal que sejam específicas/focadas para a população idosa.

Para atender as demandas de saúde bucal seria necessária a contratação de mais profissionais da área e aquisição de equipamentos.

Mais recursos humanos dedicados ao atendimento do usuário na recepção/no acolhimento (recepcionistas, atendentes), fazendo um filtro, antes das demandas chegarem diretamente aos profissionais.

Expandir as ações em saúde bucal, incluindo assistência odontológica aos idosos que freqüentam os grupos de convivência.

Realização de eventos temáticos que enfocassem aspectos da saúde do idoso, em âmbito coletivo, incluindo questões preventivas.

Acompanhamento continuado da população idosa (vigilância em saúde), realizando busca ativa, deslocando o serviço até a comunidade, aproximando-se da realidade.

Realização de procedimento de profilaxia em larga escala.

Reserva de vagas específicas para idoso (dias, horários).

Implementação de Sistema de Informação em Saúde (prontuário eletrônico) único e integrado de todas as áreas (Medicina, Enfermagem, Odontologia e outras especialidades médicas ou complementares que o município ofereça). Ao abrir o prontuário todos os dados do paciente estariam reunidos num mesmo lugar: a evolução dos procedimentos realizados, histórico de saúde e aspectos sociais também.

Compartilhamento entre todos os profissionais e funcionários de práticas de acolhimento dos usuários, principalmente no momento da sua chegada ao CS.

Tempo de espera máximo para atendimento em consultas médicas/odontológicas, próximo de 15 ou vinte minutos (reduzido).

Articulação entre os próprios profissionais da Odontologia no sentido de fortalecer o grupo, a área da saúde bucal, organizando suas ações, e melhorando o atendimento às demandas da comunidade.

Contrapartida do Estado em ampliar o número de vagas disponibilizadas a Antônio Carlos nos serviços especializados.

### **Práticas - Saúde**

Realização de atividades de educação em saúde com periodicidade e continuamente para grupos populacionais alvo: crianças, gestantes, nos grupos de hipertensos e diabéticos, e nos grupos de idosos.

Avançar/Desenvolver novas práticas de cuidado à saúde bucal orientadas ao grupo populacional idoso.

Atenção à saúde bucal de grupos prioritários como crianças, idosos, gestantes, pacientes especiais.

Atender o idoso em suas demandas de saúde bucal, dentro dos limites da Atenção Básica e proporcionar mecanismos para que eles possam progressivamente ascende aos demais níveis do sistema.

Estabelecer padrões de atendimento ao usuário pautados na Humanização e no Acolhimento.

Criação de um programa específico de reabilitação com próteses dentárias para idosos.

Inclusão do agente comunitário de saúde na detecção de pessoas na comunidade com problemas bucais e encaminhamento ao serviço odontológico.

Visitação aos acamados, incluindo avaliação das condições de saúde bucal, levantamento de necessidades, estabelecimento de plano de tratamento possível de ser realizado em domicílio, e orientações aos cuidadores sobre cuidados de higiene bucal e outros procedimentos.

Investimento maciço nas questões preventivas, mas não só na infância e sim em todos os ciclos de vida.

Não perder o espaço conquistado com a inserção do CD na escola, mas ampliar esta atuação para as demais faixas etárias.



Capacitar os profissionais da saúde bucal no sentido de se readaptarem à realidade epidemiológica da população, tendo como base os princípios de SUS e da ESF e, dessa forma, produzir impactos positivos nos indicadores de saúde bucal da população.

### **Pesquisa e Avaliação**

Avaliação dos dados de produtividade do serviço odontológico prestado.

Avaliação do impacto do serviço prestado nos indicadores epidemiológicos de saúde bucal.

Avaliação da qualidade do serviço odontológico prestado.

Como vai estar a Odontologia daqui a dez anos?

Quantos profissionais estarão trabalhando no serviço odontológico?

As ações coletivas educativo-preventivas terão alguma repercussão nos níveis de doença da população?

Existe algum serviço público de saúde bucal que é capaz de prover atendimento, organizando a assistência a partir da filosofia do "tratamento completado"? Definição de "tratamento completado".

Como organizar a demanda e o atendimento de modo a priorizar os usuários com mais necessidades, possibilitando acesso também aos demais usuários?

Dilema da universalidade *versus* equidade: atender a todos ou priorizar/focalizar?

Quais são as necessidades do município em termos de saúde bucal?

Parar, reunir, discutir, trocar idéias, dialogar para melhorar os processos de trabalho.

Coletar dados, ou trabalhar dados secundários, organizar, fazer tabulações e apresentar ao serviço, de modo que fundamente ações futuras servindo ao planejamento e a avaliação.

### **Objetivos Específicos**

#### **Valores**

Fazer com que os valores da promoção da saúde e do envelhecimento saudável permeiem as práticas de atenção à saúde do município.

À medida que valores semelhantes vão sendo compartilhados por um número maior de pessoas mais facilmente se alcançam os objetivos.

Que a saúde bucal se consolide enquanto valor e que, a partir disso, as pessoas inspirem e condicionem suas práticas cotidianas.

Que o sistema de saúde considere a saúde bucal da população um valor a ser mantido ou alcançado como meta para um envelhecimento saudável e feliz.

### **Preceitos éticos**

Assegurar que os preceitos éticos básicos sejam aplicados na produção dos serviços de saúde e na estrutura do sistema de saúde.

Os profissionais da saúde devem ser co-responsáveis pela melhora dos indicadores de saúde e qualidade de vida das pessoas.

### **Teorias e conceitos**

Assegurar que fundamentos teóricos como o da Promoção da Saúde, SUS e ESF sejam aplicados no cotidiano das práticas de cuidado à saúde.

Garantir que os cidadãos conheçam os seus direitos e deveres, bem como as práticas que levam a uma vida saudável e que traduzam isso para ações cotidianas.

É necessário mudar o modo de trabalhar para poder atender melhor a população.

### **Crenças**

Semear a semente da mudança.

Propor uma injeção de otimismo nos trabalhadores da saúde e serviço social. Incentivo à mudança e à inovação.

Fortalecer as ações bem avaliadas.

Potencializar ações. Apresentar um outro cenário de possibilidades.

Não menosprezar o que está sendo feito, mas tomar em conta como experiência e vivência para a tomada de decisões futuras.

Desconstruir a imagem do CD como profissional desumano, sem sensibilidade, que provoca sofrimento e dor nas pessoas e, da mesma forma, que o tratamento odontológico em si gera dor e desconforto em níveis não suportáveis.

### **Evidências**

Utilizar/Acessar informações, conhecimentos provenientes de evidência científica para fundamentar ações e práticas em saúde.

### **Visão organizacional**

Fortalecer o SUS e a ESF, a partir da consolidação dos seus princípios e diretrizes.

Superação do trabalho isolado, solitário feito individualmente pelo profissional da saúde e conseqüente fortalecimento do espírito/ trabalho em equipe.

Contribuir a partir da articulação regional para o aperfeiçoamento das normas do SUS e da ESF em relação às peculiaridades dos pequenos municípios.

### **Visão da saúde**

Programa de provimento de próteses dentárias para adultos e idosos, segundo critérios sócio-econômicos e técnicos.

### **Análise organizacional**

Fortalecer o espaço dos Conselhos Locais (de Saúde e Assistência Social) como fórum de discussão e deliberação sobre o tema da saúde da população, garantindo a representatividade legítima de todos os setores previstos e lei bem como participação ativa de segmentos na defesa do SUS e da promoção da saúde.

Mapeamento das áreas e micro-áreas do município com dados demográficos.

Adotar a prática do planejamento, controle e avaliação, contínuos e sistemáticos, contando com a participação de representantes de toda a comunidade.

Capacitação dos gestores, profissionais da saúde e assistência social e funcionários, sobre temas referentes a aspectos gerontogerítricos que possam estar presentes durante o seu trabalho na área da saúde.

### **Análise da situação de saúde**

Melhorar os indicadores epidemiológicos de agravos e doenças bucais na população idosa.

Ampliar o acesso aos serviços odontológicos para o grupo populacional idoso.

Disseminar práticas preventivas em relação às doenças bucais.

Realizar busca ativa de casos.

Estimular o idoso para o auto-cuidado à saúde bucal.

Prestar atendimento de qualidade ao idoso na Atenção Básica.

### **Práticas - Organização**

Realizar práticas de educação em saúde que envolvam as áreas da saúde, pelo menos as que compõem a ESF (Medicina, Odontologia e Enfermagem), e outras áreas afins.

Efetivar a participação da Odontologia nas reuniões de área das três equipes da ESF, com vistas a uma efetiva participação nas discussões dos problemas de saúde da população, possibilitando o planejamento e implementação de ações com enfoque interdisciplinar, de

modo a integrar a visão da área da saúde bucal e ampliar o enfoque tradicional do profissional restrito aos limites da cavidade bucal.

Melhorar a contrapartida do Estado, dando mais suporte às ações de saúde nos níveis de maior complexidade.

Buscar reduzir o tempo de espera dos usuários nas consultas agendadas, tanto na área médica como odontológica.

Implementar o monitoramento dos níveis de flúor, tanto das águas de abastecimento público (CASAN), quanto das provenientes de outras fontes (poços, açudes). Em caso de descontinuidade ou inadequação dos teores recomendados, questionar a CASAN.

Promover e estimular a educação continuada dos profissionais do serviço público. Como qualquer outro profissional, é indispensável a capacitação contínua para estar apto a dar as melhores respostas à comunidade. Nesse sentido, o próprio sistema deve prever cursos de capacitação, espaços de ensino-aprendizagem no ambiente do próprio serviço de saúde.

Propiciar, via políticas públicas, espaços e/ou momentos de lazer e atividades esportivas como oportunidades para difundir os valores da Promoção da Saúde.

Criar a segunda equipe de saúde bucal na ESF, 40 horas semanais.

### **Práticas - Saúde**

Reorganizar as práticas de saúde bucal de modo a aproximar num prazo de quatro anos a situação corrente da situação ideal.

Desenvolver um serviço de reabilitação em saúde bucal, que forneça próteses dentárias aos usuários de SUS, visando corrigir a deficiência em termos de ausência de dentes.

### **Pesquisa e Avaliação**

Conhecer a realidade socioeconômica e epidemiológica dos municípios.

Realizar levantamento epidemiológico sobre os agravos que acometem à população, inclusive em saúde bucal, considerando todas as faixas etárias.

Avaliar o impacto das ações de saúde.

Selecionar e aplicar indicadores a serem utilizados no sistema de Vigilância em Saúde.

Definir a noção de “tratamento completado”.

## **Recursos**

### **Valores**

A Igreja Católica tem imensa penetração nas vidas das famílias antoniocarlenses. Pode vir a assumir um papel importante na promoção do envelhecimento ativo e saudável, colaborando na divulgação de práticas.

Potencializar a ação dos grupos de convivência de idosos para o reforço dos valores da promoção da saúde.

Potencializar a ESF na difusão dos valores e princípios da promoção da saúde.

Trabalhar junto aos meios de comunicação para a difusão dos valores da promoção da saúde.

Potencializar a atuação das ACS.

Potencializar a atuação das professoras e escolas do município.

### **Objetivos**

Uso dos canais de comunicação.

Qualificação profissional.

Parcerias intersetoriais.

Aproximação com a UFSC.

Aproximação com parlamentares.

Uso da infra-estrutura existente e a experiência do corpo de funcionários.

Assegurar na aprovação dos orçamentos públicos recursos financeiros suficientes para poder prestar a atenção à saúde da qual a população necessita e faz jus.

### **Preceitos éticos**

A possibilidade de exposição de idéias, discussão com os profissionais, gestores e comunidade, baseada no respeito mútuo e liberdade de expressão.

### **Crenças**

A Igreja Católica, os grupos de convivência de idosos, as ACS, e o professorado têm sido parceiros nas ações de saúde, principalmente estabelecendo um canal de comunicação entre o CS e a comunidade, e servindo de multiplicadores das informações em saúde, capazes de desconstituir crenças que comprometem as boas práticas em saúde.

## **Teorias e conceitos**

Garantia de acesso a documentos, publicações, leis, sites na *internet* para alcance da informação.

Compartilhamento das informações/decisões recém-chegadas do MS e SES, orientando as ações a serem proximamente desenvolvidas.

## **Evidências**

Acesso à internet, periódicos *on line*.

Cursos de atualização.

## **Visão organizacional**

Discussão/Reflexão sobre a visão do sistema de saúde de Antônio Carlos.

## **Visão da saúde**

Discussão/Reflexão sobre a visão da situação de saúde e condições de vida em Antônio Carlos.

## **Análise organizacional**

Uso otimizado do espaço físico inaugurado em outubro para abrigar o novo CS.

Sistematizar reuniões de área e geral dos profissionais da saúde, bem como valorizar as contribuições da Conferência Municipal de Saúde e dos Conselhos para aperfeiçoar a análise da gestão.

## **Análise da situação de saúde**

Desenvolvimento e aplicação de indicadores:

- socioeconômicos;
- de vida e saúde;
- sobre a produção dos serviços;
- satisfação da população com os serviços.

## **Práticas - Organização**

O município já possui a infra-estrutura (espaço físico - novo CS) e necessita recursos para equipar e operar um segundo consultório odontológico.

É necessário aumentar a capacidade geradora de projetos e de oferta de contrapartidas.

## **Práticas - Saúde**

Faltam recursos humanos para dar conta de todas as funções desempenhadas por um sistema municipal de saúde.

## **Pesquisa e Avaliação**

O município coloca-se à disposição para ser campo de estudos, pesquisa, estágios, enfim, se dispõe a receber a academia para trocar experiências, contribuir com o avanço científico e receber, como retorno, os resultados das investigações. A partir desse movimento, as resultantes poderiam ser tomadas como base para planejamento ou mesmo implementação de mudanças no modo de gerenciar a saúde, nos processos de trabalho, na assistência ao usuário, na sistematização das informações/dados do serviço, nas relações intersetoriais, na comunicação com a população, enfim, melhorando as práticas do sistema como um todo.

## **Desafios**

### **Valores**

Transformar a saúde bucal e suas potencialidades em valor com significado para todas as faixas etárias.

### **Objetivos**

Convencer os trabalhadores em saúde e assistência social para a evolução, pois o que vem sendo feito, pode ser ainda melhor.

Estimular a população a incluir saúde bucal nas suas exigências.

Fazer entender o Estado e Governo Federal que o custo operacional é permanente para o município e não basta cobrir o investimento.

Inserir efetivamente a saúde bucal na ESF.

Reforçar a auto-estima dos profissionais da saúde bucal e da sua área de atuação frente às outras áreas (médica, de enfermagem, de assistência social).

### **Preceitos éticos**

Discutir questões éticas sobre o exercício das funções de profissionais da saúde e gestores e demonstrar a relevância dessa discussão para a saúde da população.

### **Teorias e conceitos**

Aplicar os fundamentos da Promoção da Saúde, eminentemente teóricos, na gestão das práticas de saúde.

Fazer com que a produção dos serviços de saúde reflita, na prática, as bases teóricas da Promoção da saúde, do SUS e da ESF.

### **Crenças**

Saber lidar com a questão cultural da população, crenças e mitos arraigados, que conformam o modo de ser e viver das pessoas, e também influenciam o modo como se relacionam com o sistema de saúde.

Superar estigmas referentes à saúde bucal do idoso.

Transpor barreiras culturais e estigmas alimentados pelos próprios idosos sobre os temas relativos à saúde bucal: a despreocupação com saúde bucal, a naturalização da perda dentária, não valorização de aspectos preventivos, o descuido consigo próprio, deficiente higiene bucal e de próteses, supervalorização das próteses, temor ao tratamento odontológico, priorização equivocada de outros problemas de saúde.

### **Evidências**

Dominar os modos de se obter informação do tipo evidência científica *on line*.

### **Visão organizacional**

Aproximar a distância existente entre os processos diferenciados de trabalho (objetivos, atividades, procedimentos) dos dois modelos, tradicional e ESF, de serviços odontológicos presentes no município, estabelecendo referenciais teóricos que subsidiem uma prática mais resolutiva, eficiente e humanizada, afinada às necessidades da população.

### **Visão da saúde**

Conseguir estabelecer uma visão de saúde mais positiva (melhor) da que se tem hoje, visto que o município já possui indicadores de expectativa de vida, mortalidade infantil, e IDH (principalmente longevidade) bastante satisfatórios.

Romper com o ciclo: doença bucal - dor dental - extração dentária - colocação de prótese - uso de próteses mal conservadas - não procura pelo CD - doença bucal.



### **Análise organizacional**

A rotatividade de profissionais nas áreas médica e da enfermagem por vezes compromete a continuidade das ações e o estabelecimento de vínculo com a população.

A contratação de mais profissionais para o serviço odontológico comprometeria, ainda mais, a folha de pagamento e também a Lei de Responsabilidade Fiscal do município. Sendo a atividade agrícola a atividade econômica preponderante, a arrecadação depende desta variável. Um profissional a mais na folha de pagamento onera consideravelmente o município.

Romper o ciclo vicioso da Odontologia de se manter distanciada, à parte das discussões e decisões sobre a saúde (inclusive bucal) da população, saindo das quatro paredes do consultório odontológico.

Reestruturação do serviço de modo a determinar as tarefas responsabilidades de cada funcionário, seus limites de atuação e competências.

Organizar fluxos, atividades e processos.

### **Análise da situação de saúde**

Os traumas sofridos no passado pelos adultos e idosos devem ser superados e não devem constituir um obstáculo ou, até mesmo, impedir o idoso de procurar o serviço de saúde bucal para qualquer procedimento necessário, inclusive os preventivos.

### **Práticas – Organização**

Os profissionais não sabem como resolver o desequilíbrio entre oferta de serviços e a demanda populacional, que é crescente, ante a carência de recursos do pequeno município.

Os profissionais da odontologia não se sentem totalmente preparados para ampliar a sua atuação estendendo à população idosa uma atenção específica.

Conseguir superar a falta de tempo para atividades de planejamento integrado no CS.

Desconstruir a imagem da ação do CD na ESF como profissional dedicado exclusivamente a atividades preventivas.

Fortalecer o papel da ACS na promoção da saúde e do envelhecimento saudável.

Especificamente na área da saúde bucal, reforçar a importância da sua atuação também com os idosos, aproximando a temática da saúde bucal ao cotidiano deste grupo populacional, assim como outras patologias como hipertensão, diabetes etc...

Como superar os obstáculos que a ESF enfrenta ao propor às pessoas novos hábitos, atitudes e estilos de vida há muito arraigados?

Porque o ACS chega na minha casa e diz como e quando eu tenho que escovar os dentes?

### **Práticas - Saúde**

É muito difícil um município de pequeno porte viabilizar a confecção de próteses dentárias.

Em possuindo apenas um profissional CD com atribuições na ESF, trabalhando 40 horas semanais, com o Odontomóvel, como viabilizar a cobertura das três equipes, ou seja, de todo o município?

Não há profissionais ou serviços especializados em atendimento ao idoso fragilizado, principalmente para casos de reabilitação, no município. O idoso tem que se deslocar para a capital.

Ao identificar epidemiologicamente a condição de saúde bucal dos idosos e, a partir da constatação de altos níveis de perda dentária e edentulismo, como fazer para o serviço dar uma resposta reabilitadora a esse grande contingente de necessitados?

O município teve que investir muito na contratação de pessoal na área médica nos últimos anos. Com isso, a contratação de um quarto profissional dentista ficou adiada. Hoje a necessidade mais premente é a contratação de mais um CD.

Viabilização de recursos humanos, materiais e financeiros para produção ou provisão das próteses dentárias.

Como abordar um assunto tão íntimo e pessoal como a saúde bucal e os hábitos de higiene, com idosos que tem isso quase como um tabu?

O movimento que os profissionais de saúde da ESF fazem no sentido de ir até a comunidade, de certo modo é interpretado como uma "invasão" na vida das pessoas. Os idosos não são tão permissivos dependendo do assunto a ser tratado. Um ACS terá dificuldades de abordar esse tema sem caracterizar essa invasão, mas sim uma preocupação legítima e que está sendo levada em conta pelo sistema de saúde.

Como transformar as atividades de palestras nos grupos de Idoso e Hiper/Dia em verdadeiros espaços de processo de ensino-aprendizagem, a partir do diálogo, da troca de experiências, da tomada em conta de aspectos sócio-econômicos-culturais relevantes e que possam influenciar o impacto/efetividade das práticas de educação em saúde?

Atingir os idosos que não estão nos grupos de hiper/dia ou nos grupos de convivência ou porque estão trabalhando, ou porque não saem de casa, não estão na condição de acamados, mas não saem de casa e já recebem a visita da ESF por isso.

## **Pesquisa e Avaliação**

Recursos humanos capacitados (e específicos) para coletar dados, ou trabalhar dados secundários, organizar, fazer tabulações e apresentar ao serviço.

Compilar dados consistentes sobre a saúde da população, por meio de indicadores que traduzam, de modo simplificado, a condição epidemiológica e social em diferentes faixas etárias. Além disso, produção de dados relativos à produção de serviços de saúde propriamente ditos (acesso, consultas, procedimentos), com emissão e análise de relatórios.

Estudar o impacto das ações na saúde da população e o grau de satisfação com o serviço.

## **Plano de Avaliação**

### **Valores**

Avaliar se os valores da Promoção da Saúde conseguem ser traduzidos em práticas de saúde no cotidiano do serviço.

Avaliar se os profissionais da saúde gestores e comunidade compartilham os valores da Promoção da Saúde.

### **Objetivos**

Avaliar, em determinado prazo de tempo, se os objetivos propostos estão sendo colocados em prática.

### **Preceitos éticos**

Avaliar se houve espaço e tempo para problematização de questões éticas nas discussões sobre o modelo de atenção à saúde em Antônio Carlos.

### **Teorias e conceitos**

Avaliar a incorporação de novos conhecimentos teóricos fundamentando as práticas de saúde.

Participação dos profissionais do serviço odontológico em eventos científicos.

Capacitação dos profissionais do serviço odontológico sobre questões relativas ao SUS e à ESF.

Capacitação dos ACS sobre temas relativos à saúde bucal do idoso.

## **Crenças**

Avaliar se houve mudança no padrão de crenças da população sobre o lado ruim da consulta/tratamento odontológico.

Avaliar se houve mudança no padrão de crenças da população, dos profissionais e dos gestores que prejudiquem o exercício do cuidado à saúde bucal.

## **Evidências**

Avaliar a incorporação de novos conhecimentos teóricos fundamentando as práticas de saúde.

Participação dos profissionais do serviço odontológico em eventos científicos.

Capacitação dos profissionais do serviço odontológico sobre questões relativas ao SUS e à ESF.

Capacitação dos ACS sobre temas relativos à saúde bucal do idoso.

## **Visão Organizacional**

Avaliar se, em determinado espaço de tempo, a situação atual aproximou-se da situação vislumbrada no estabelecimento da visão organizacional.

## **Visão da Saúde**

Avaliar se, em determinado espaço de tempo, a situação atual aproximou-se da situação vislumbrada no estabelecimento da visão da saúde da população.

## **Análise organizacional**

Participação dos profissionais do serviço nas reuniões de área e micro-área, em eventos científicos.

Capacitação dos profissionais do serviço sobre questões relativas ao SUS, à ESF e à saúde bucal do idoso.

Participação dos profissionais do serviço nas reuniões do CLS.

Satisfação dos profissionais da saúde, em especial da saúde bucal, com o seu processo de trabalho.

Satisfação do usuário com a prestação do serviço odontológico.

Acesso a serviços odontológico a Atenção Básica e especializados.

Quantidade de CD-ESF por habitante/idoso.

Cobertura de idosos nos grupos de convivência.

Cobertura de hipertensos e diabéticos que participam de atividades de grupo.

Cobertura de orientações individuais sobre cuidado à saúde bucal ao idoso.  
 Cobertura de atividades coletivas sobre cuidado à saúde bucal ao idoso.  
 Acesso a medidas preventivas coletivas (flúor).  
 Visitas domiciliares realizadas pela ESB.  
 Cobertura da ação coletiva escovação supervisionada.  
 Atividades de *screening* para lesões de boca em adultos/idosos.  
 Produção de material educativo-informativo sobre saúde bucal/saúde do idoso/prevenção de doenças/envelhecimento saudável.  
 Atividades coletivas com cunho intersetorial.  
 Distribuição de material de higiene bucal.

### **Análise da situação de saúde**

Prevalência de fumantes.  
 Avaliação da condição bucal do idoso.  
 Avaliação das condições das próteses dentárias.  
 Necessidade de tratamento odontológico imediato.  
 Presença de dor na cavidade bucal nos últimos três meses.  
 Avaliação do impacto dos problemas bucais na qualidade de vida do idoso.  
 % de escovação diária com dentifrício (dentados).  
 Avaliação da capacidade funcional que gere comprometimento para o auto-cuidado em saúde bucal.  
 Número de idosos que possuem dificuldade de deslocamento até o CS.  
 Tempo desde a última consulta odontológica.  
 % idosos que consultaram o CD no último ano/2 anos.  
 Principal razão para não ter consultado o CD no último ano/2 anos.  
 Motivo pelo qual consultou pela última vez o CD.  
 Tempo de espera para realização da consulta, considerando o primeiro contato com o CS.  
 Encaminhamento do idoso proveniente de outro profissional da ESF para o CD.  
 Número de consultas realizadas (reagendadas) para o idoso garantir o término do tratamento.  
 Ida ao CD por motivos de emergência no último ano/2 anos.

### **Práticas – Organização**

Cobertura de primeira consulta odontológica programática.  
 Média de procedimentos odontológicos básicos individuais.

Tratamentos completados (alta).  
 Acesso a serviços odontológico a Atenção Básica.  
 Acesso a serviços odontológicos especializados.  
 Cobertura de idosos nos grupos de convivência.  
 Cobertura de hipertensos e diabéticos que participam de atividades de grupo.  
 Cobertura de orientações individuais sobre cuidado à saúde bucal ao idoso.  
 Cobertura de atividades coletivas sobre cuidado à saúde bucal ao idoso.  
 Acesso a medidas preventivas coletivas (flúor).  
 Acesso à água de abastecimento, fluoretada.  
 Visitas domiciliares realizadas pela ESB.  
 Cobertura da ação coletiva escovação supervisionada.  
 Número de idosos que participaram de *screening* para lesões de boca.  
 Produção de material educativo-informativo sobre saúde bucal/saúde do idoso/prevenção de doenças/envelhecimento saudável.  
 Atividades coletivas com cunho intersetorial.  
 Distribuição de material de higiene bucal.

### **Práticas – Saúde**

Prevalência de fumantes.  
 Avaliação da condição bucal do idoso.  
 Avaliação das condições das próteses dentárias.  
 Necessidade de tratamento odontológico imediato.  
 Presença de dor na cavidade bucal nos últimos três meses.  
 Avaliação do impacto dos problemas bucais na qualidade de vida do idoso.  
 Idosos que realizam escovação diária com dentifrício (dentados).  
 Avaliação da capacidade funcional que gere comprometimento para o auto-cuidado em saúde bucal.  
 Número de idosos que possuem dificuldade de deslocamento até o CS.  
 Tempo desde a última consulta odontológica.  
 % idosos que consultaram o CD no ultimo ano/2 anos.  
 Principal razão para não ter consultado o CD no último ano/2 anos.  
 Motivo pelo qual consultou pela última vez o CD.  
 Tempo de espera para realização da consulta, considerando o primeiro contato com o CS.  
 Encaminhamento do idoso proveniente de outro profissional da ESF para o CD.

Número de consultas realizadas (reagendadas) para o idoso garantir o término do tratamento.  
Ida ao CD por motivos de emergência no último ano/2 anos.

### **Etapa/Momento 3 – Implementando a ação e avaliação, documentando as atividades, processos e resultados**

#### **Atividades e processos**

#### **Valores**

Educação continuada dos profissionais, técnicos e gestores da saúde e de áreas afins.  
Realização de oficinas de capacitação para pessoas da comunidade, inclusive idosos, potenciais multiplicadores de melhores práticas em saúde bucal.

Inserção de conteúdos relacionados à saúde bucal nos programas das escolas básicas.

Inserção de conteúdos relacionados à saúde bucal nas atividades dos grupos de hipertensos e diabéticos nas três áreas de abrangência das equipes.

Tais propostas devem adotar metodologias ativas para que se constituam espaços de ensino-aprendizagem, dialógicos, troca de experiências e vivências entre os participantes. Utilização da infra-estrutura existente (auditório do CS, salões paroquiais e de festas nas comunidades).

<b>Público-alvo</b>	<b>Temas</b>
Profissionais da saúde, educação, assistência social, ACS, coordenadores de grupos de convivência para idosos, membros dos CMS e CMAS e gestores	Os princípios do SUS e da ESF Princípios da Promoção da Saúde Determinantes sociais do PSD Noções básicas de Planejamento Legislação pertinente: Estatuto do Idoso, Política Nacional da AB, Pol. Nac. de Saúde do Idoso, Pol. Nac. de Saúde Bucal, Caderno AB 17 e 19 O processo de envelhecimento e suas repercussões na cavidade bucal Saúde bucal do idoso: aspectos estomatognáticos Cuidado à saúde bucal do idoso
Idosos, cuidadores de idosos e comunidade interessada	Os princípios do SUS, a ESF Princípios da Promoção da Saúde, Determinantes sociais do PSD Legislação pertinente: Estatuto do Idoso, Política Nacional da AB, Pol. Nac. de Saúde do Idoso, Pol. Nac. de Saúde Bucal Processo de envelhecimento e suas repercussões na cavidade bucal Saúde bucal do idoso: aspectos estomatognáticos Cuidado à saúde bucal do idoso O papel do cuidador no cuidado à saúde bucal do idoso

## **Objetivos**

Reserva de espaços formais e sistemáticos na agenda dos profissionais da saúde e gestores para reuniões de planejamento conjunto do serviço de saúde de Antônio Carlos.

Aproximação da comunidade e participação nas decisões a serem tomadas em relação à prestação dos serviços de saúde à população. Potencializar a participação e representatividade dos anseios do grupo dos idosos nos Conselhos de Saúde e de Assistência Social. Realização de levantamento das necessidades subjetivas, opiniões/sugestões e grau de satisfação dos adultos/idosos com o serviço odontológico prestado.

Listagem dos objetivos de melhores práticas de cuidado à saúde bucal das pessoas idosas a serem selecionados e perseguidos e definir suas respectivas metas anuais.

## **Preceitos éticos**

Promoção de reflexão/debate sobre as questões éticas imbricadas no exercício das profissões da área da saúde e afins, considerando as particularidades do setor público enquanto prestador do serviço e responsável pelo sistema local de saúde. Viabilidade: parceria com Universidade Federal de Santa Catarina.

## **Teorias e conceitos**

Educação continuada dos profissionais, técnicos e gestores da saúde e de áreas afins.

Estudo e apreensão dos referenciais teóricos e conceituais associados à PS, ao SUS e à ESF (determinação social do processo saúde-doença, universalidade, integralidade, equidade, participação/controle social, empoderamento, descentralização/municipalização, redes assistenciais, intersetorialidade, longitudinalidade, vínculo, acolhimento, atendimento humanizado, coordenação, co-responsabilização, território, vigilância em saúde, planejamento em saúde, sustentabilidade, autonomia, cidadania, família) e a possibilidade de aplicação destes na organização do sistema e no cotidiano das práticas de saúde.

## **Crenças**

Capacitação dos gestores profissionais da saúde, educação, assistência social, ACS, coordenadores de grupos de convivência para idosos, lideranças dos idosos no sentido de desmistificar especificamente as seguintes crenças:

- “As pessoas adultas/idosas são as únicas responsáveis pela sua saúde bucal. Aqueles que possuem alguma doença bucal não realizaram auto-cuidado (higiene bucal) e não procuraram o CD no momento certo para tratamento”.



- “Sofrimento e dor são sentimentos comuns ao se realizar tratamento odontológico”.
- “Práticas preventivas em saúde bucal na fase adulta/idosa da vida não constituem uma necessidade”.
- “Consultas odontológicas de manutenção na fase adulta/idosa da vida não constituem uma necessidade”.
- “Naturalização da perda dentária no processo de envelhecimento”.
- “Próteses dentárias substituem igualmente os dentes naturais”.

Preparação de material informativo para divulgação nos meios de comunicação em massa (rádios, jornais e *website* do município) ou meios alternativos e de médio alcance (cultos religiosos, mural do CS, panfletos) com conteúdo sistematizado/padrão orientando as pessoas no sentido de desmistificar certas crenças que são passadas de geração em geração.

Alguns atores importantes devem contribuir para a preparação deste material: profissionais da saúde e saúde bucal, ACS, idoso, educadores, entre outros.

### **Evidências**

Estudo das melhores evidências (científicas, fruto de experiências/vivências, de origem quanti ou quali) e a possibilidade de aplicação no cotidiano das práticas de saúde. Formação de um grupo de trabalho cuja função será revisar os conteúdos das temáticas selecionadas na literatura e apresentar aos demais colegas para discussão e incorporação ao processo de trabalho.

### **Visão organizacional**

Promoção de reflexão/debate para definição da visão da organização “Sistema Local de Saúde de Antônio Carlos” e seus múltiplos serviços, considerando as particularidades do setor público, o SUS, a ESF, o contexto social, econômico, político e cultural do município. Utilização dos canais CMS e CMAS como instrumentos para viabilização deste espaço.

### **Visão da saúde**

Promoção de reflexão/debate para definição da visão da situação de saúde dos idosos de Antônio Carlos, considerando todo o sistema de saúde (público e privado) e o contexto social, econômico, político e cultural do município. Utilização dos canais CMS e CMAS como instrumentos para viabilização deste espaço.

### **Análise organizacional**

Descrição, análise e documentação das atividades e processos de trabalho que compõem as práticas de saúde no município em todos os níveis. Discriminação e detalhamento das funções, das estratégias e dos recursos (humanos, materiais, de infra-estrutura e financeiros).

Estudo da atuação dos Conselhos Locais de Saúde e de Assistência Social, assim como da participação dos seus membros, na perspectiva da análise da governança local.

Levantamento das condições de Cidade Amiga do Idoso.

Levantamento das condições de Centro de Saúde Amigo do Idoso no município de Antônio Carlos.

Descrição, análise e documentação da situação do sistema de saúde municipal. Resgate de informações dos Sistemas de Informação CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e SIPOS – Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde.

Análise das relações intergovernamentais que afetam o sistema de saúde.

Análise dos atores estratégicos que atuam no sistema local de saúde.

### **Análise da situação de saúde**

Descrição, análise e documentação da situação sócio-demográfica do município. Pesquisa em Bases de dados demográficos: Censo demográfico, Contagem da população, Registro civil, Estimativas e projeções e Pesquisas do IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Pesquisa sobre Assistência Médico-Sanitária, Pesquisa Nacional de Saneamento Básico.

Descrição, análise e documentação da situação de saúde dos idosos do município. Resgate das informações dos Sistemas de Informação em Saúde já disponíveis: Sistema de informação da Atenção Básica, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização, Sistema de Informação Ambulatorial, Sistema de Informação Hospitalar, Sistema de Agravos Notificáveis, Sistema de Informação de Mortalidade, Cadastro dos Beneficiários de Saúde Suplementar, Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos/Diabéticos (Hiperdia), Sistema de Informação de Câncer na Mulher, entre outros.

Levantamento e análise do padrão de utilização dos serviços odontológicos por idosos em Antônio Carlos.

Levantamento e análise da autopercepção de saúde bucal de idosos e do impacto da saúde bucal na sua qualidade de vida.

Levantamento e análise dos procedimentos realizados nas consultas odontológicas no CS do município em pessoas idosas.

## **Práticas – organização**

Adoção da postura e prática do Acolhimento nas ações de atenção e gestão no CS favorecendo a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e o serviço. Promoção da cultura de solidariedade e legitimação do sistema público de saúde. Espaço permanente de escuta e acolhida às demandas dos usuários. Promoção de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira.

Valorização da dimensão subjetiva inerente a todo o ser humano. Disseminação de práticas condizentes com o atendimento humanizado.

Planejamento integrado das ações de saúde. Constituição de grupo de trabalho para assumir a coordenação dos trabalhos de planejamento estratégico do sistema de saúde do município. Estímulo à participação de todos os segmentos envolvidos. Transformação do espaço da reunião geral da SMSAS em momento de reflexão-decisão-ação-avaliação, com agendamento no calendário da SMSAS e do CS. Disseminar a importância da prática das reuniões de área e geral entre os profissionais da saúde, gestores e, principalmente, entre usuários.

Concretizar o espaço das reuniões de áreas como instância estratégica para a problematização de assuntos referentes à saúde das famílias e formulação de projetos terapêuticos individuais e coletivos construídos no seio da equipe de saúde.

Ações intersetoriais - Área da Assistência Social: levantamento de idosos cujas famílias estão cadastradas no programa Bolsa Família; implantação de um programa de distribuição de próteses dentárias para idosos (sob determinados critérios de inclusão: sociais e técnicos); levantamento e suporte social às famílias que possuem idosos restritos ao domicílio, ou onde haja familiar cuidador de idosos, monitoramento de situações de violência (abuso e negligência) contra idosos. Secretaria Transporte e Obras: avaliação da acessibilidade no município em locais públicos e transporte. Programa de prevenção a quedas/acidentes nas ruas ou domicílios. Esporte e Turismo: programação de atividades turísticas e culturais para os idosos. Programa de atividade física regular para idosos. Programa de fisioterapia/reabilitação fisioterápica. Agricultura e Meio Ambiente: suporte à diminuição do uso de agrotóxicos na lavoura, bem como apoio aos idosos que já sofrem das consequências do seu uso abusivo. Educação e Cultura: programa de alfabetização de adultos. Profissionalização de adultos: cursos que possam reverter em alguma fonte extra de renda. Disponibilização de cursos específicos para adultos e idosos trabalhos manuais e idiomas. Planejamento: planejamento integrado de políticas públicas saudáveis. Pensar a cidade na perspectiva da Promoção da saúde e envelhecimento ativo e saudável.

Utilização estratégica dos grupos de convivência de idosos para atividades coletivas em saúde. Ampliação do programa. Levantamento dos idosos não cadastrados no programa. Captação de um número maior de participantes. Busca de recursos para sua ampliação.

Realização de eventos oficiais no calendário da SMSAS: Festa do Idoso, Semana da Saúde, Semana da Saúde Bucal, Dias Mundiais de combate ao Fumo, ao Diabetes e à Hipertensão.

Organização do serviço odontológico de modo a contemplar os dois modelos de atenção disponibilizados à população. Implantação de pelo menos mais uma ESB para fazer frente ao desequilíbrio oferta de atenção ESB-PSF (uma ESB para três ESF).

Ativação do segundo consultório odontológico.

Facilitação do sistema de agendamento ampliando a possibilidade de marcação de consultas em mais dias da semana. Viabilização de espaço para consultas programáticas, retornos e urgências. Divulgação do mecanismo de agendamento por telefone. Agendamento dos usuários com horário pré-definido, buscando reduzir o tempo de espera dos usuários pelas consultas.

Adoção da lógica da Integralidade, no sentido de garantir ao usuário, uma vez instituído o primeiro contato com o CS, o atendimento das suas necessidades até o seu esgotamento, considerando os limites do nível da atenção ao qual o sistema se dedica, qual seja, a AB com resolutividade. A partir daí, compromisso com o bom encaminhamento a serviços de níveis de maior densidade tecnológica. O idoso terá garantido o retorno, dentro das suas possibilidades e desejos, quantas vezes fizer necessário até que se finalize o tratamento, suprimindo as demandas no nível da AB e receba alta. Garantia da consulta de manutenção periódica a todos os idosos que se encontrarem em situação de risco para doenças bucais (principalmente cárie, doença periodontal e lesões de mucosa).

Colocação em prática do direito, assegurado no Estatuto do Idoso, à priorização dos idosos no agendamento de consultas, inclusive as odontológicas.

Estudo da heterogeneidade da população idosa em termos de condições de saúde e capacidades funcional para o planejamento de sub-grupos prioritários.

Estabelecimento do prontuário de família integrado, inclusive saúde bucal.

Construção de um sistema local integrado de informação em saúde.

Assumir a práticas das visitas domiciliares como ação interdisciplinar de modo a congrega todos os profissionais da equipe na realização do diagnóstico, tratamento e acompanhamento da família do idoso ou dele próprio.

Definição do papel da ESB na equipe de SF. Formular por escrito as tarefas que lhe cabem e os momentos de integração (realização de atividades conjuntas) e os momentos de especificidade (atividade coletiva ou clínica especializada).

Acompanhamento do mecanismo de referência de idosos aos serviços odontológicos especializados e da contra-referência para continuidade e conclusão do tratamento.

Maximizar o uso dos recursos de saúde públicos e privados instalados no município.

Assegurar transporte aos usuários com dificuldade de locomoção ao CS, bem como facilitar a logística para o acesso aos serviços de referência.

### **Práticas – saúde**

Realização de levantamento epidemiológico em saúde bucal.

Definição de critérios e implementação da análise de risco para desenvolvimento de doenças bucais associados à capacidade funcional do idoso (graus de autonomia, dependência fragilidade), presença de co-morbidades e ingestão de medicamentos.

Formulação e implantação de um protocolo de atenção à saúde bucal dos idosos restritos ao domicílio (avaliação da condição de saúde bucal, avaliação de risco, necessidade de cuidados diários, necessidade de tratamento odontológico).

*Screenings* dos agravos mais freqüentes à saúde bucal do idoso (principalmente lesões de mucosa em busca de idosos que apresentem lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas).

Promoção de atividades intergeracionais sobre temas relacionados ao cuidado à saúde.

Formação de grupos de auto-ajuda/ajuda mútua para o compartilhamento de experiências entre pessoas com problemas de saúde em comum (tabagismo/alcoolismo, doenças crônico-degenerativas, Doença de Alzheimer/Parkinson).

Participação contínua do serviço de saúde bucal nas atividades desenvolvidas pela equipe de saúde nos grupos de Hiperdia.

Atividades educativas incorporadas no processo de trabalho da equipe de saúde da família.

Atividades preventivas incorporadas no processo de trabalho da equipe de saúde da família (ex. fluoroterapia).

Inclusão da avaliação da saúde bucal nos procedimentos de *check up* do usuário que atinge 60 anos.

Orientação e escovação supervisionada em grupos de idosos (dentes e próteses).

Distribuição de material de higiene bucal (para dentes e próteses) adequado às necessidades dos idosos.

Capacitação de cuidadores de idosos para a autonomia em relação aos cuidados diários básicos de higiene e conforto, alimentação e administração de medicamentos. Inclusão do cuidado à saúde do cuidador.

Utilização de flúor individual e coletivo para idosos dentados.

Utilização do Odontomóvel para alcance das comunidades da zona rural mais distantes e dos idosos com dificuldade de locomoção.

Inclusão de novos espaços agrupamentos coletivos como locais de trabalho, sindicato, igreja onde podem estar agrupados idosos.

Exames bucais periódicos, levantamento de necessidades e encaminhamento dos idosos cadastrados no Programa Hiperdia.

Reforço às práticas interdisciplinares: processo de trabalho desenvolvido no âmbito da equipe multiprofissional de saúde, referência ao serviço de saúde bucal pelos profissionais de outras áreas da saúde e assistência social.

Preparação de atividades educativas e preventivas em saúde (incluindo saúde bucal) direcionadas aos idosos para serem realizadas concomitantemente ao período da campanha de vacinação contra gripe.

Utilização dos meios de comunicação em massa (jornais, radio e *website*) ou canais alternativos (como Igrejas, em eventos, carro de som) para a divulgação de informações de saúde relevantes à população.

Adoção do uso da caderneta do idoso (do Ministério ou própria, adaptada).

### **Pesquisa e avaliação**

Disponibilização para a população usuária do CS de um mecanismo, facultativamente anônimo, de registro da sua apreciação (sugestão, reclamações) sobre o serviço de saúde.

Estudo sobre o perfil dos idosos que utilizam com frequência o CS (SUS-dependentes) e são usuários de medicamentos fornecidos pelo CS.

Seguimento dos levantamentos epidemiológicos.

Avaliação da participação dos idosos nos grupos de convivência.

Avaliação do desempenho do sistema de saúde pelo monitoramento/acompanhamento dos indicadores sócio-demográficos, de saúde e de qualidade de vida.

Avaliação do desempenho dos serviços de saúde, em termos de produtividade e qualidade.

Avaliação do desempenho dos profissionais da saúde e de sua produtividade e compromisso.

Avaliação da satisfação no trabalho do profissional da saúde do SUS.

Pesquisa/Avaliação da satisfação dos usuários com o serviço de saúde prestado pelo SUS no município.

Estudo sobre o absenteísmo as consultas agendadas na AB e serviços especializados.

Pesquisa/Avaliação dos níveis de aprovação da população com a gestão do sistema de saúde local.

Revisão constante dos processos de trabalho, das práticas em saúde definidas como melhores naquele contexto/momento.

## **Resultados**

### **Valores**

Consolidação de valores presentes (dignidade do ser humano, experiência de vida, saúde, autonomia, democracia, igualdade, solidariedade, respeito ao próximo), incorporação e disseminação de novos valores (responsabilidade, justiça social/equidade, participação social, cidadania) sobre a saúde bucal do idoso e o compromisso da sociedade perante o cuidado à saúde bucal do idoso.

### **Objetivos**

Discussão e tomada de decisão, a partir da análise dos Fundamentos (valores, crenças, objetivos, teorias e conceitos, preceitos éticos e evidências) e da Compreensão do ambiente/contexto (análise da organização e da situação de saúde), de quais objetivos comporão o rol das Melhores Práticas a serem implementadas, assumidas como política pública de saúde bucal das pessoas idosas pelo município de Antônio Carlos.

### **Preceitos éticos**

Consolidação, disseminação e incorporação de preceitos éticos da liberdade, justiça, igualdade, honestidade e responsabilidade na organização e estruturação do sistema e nas práticas dos serviços de saúde.

### **Teorias e conceitos**

Aplicação de fundamentos teóricos e conceituais do SUS, ESF e PS no embasamento das Melhores Práticas a serem implementadas, assumidas como política pública de saúde bucal das pessoas idosas pelo município de Antônio Carlos.

**Crenças**

Toda a comunidade terá acesso a informações de qualidade baseadas em evidências científicas, porém apresentadas/divulgadas do modo mais facilmente compreensível, popular. Paulatinamente se desconstroem mitos e estigmas sobre a saúde bucal do idoso.

**Evidências**

Aproximação dos conhecimentos gerados pela academia às práticas de saúde. Profissionais mais conscientes, seguros e confiantes das suas práticas assistenciais. Maior efetividade e resolutividade nas ações. Aplicação mais eficiente dos recursos do município.

**Visão organizacional**

Adoção de processos de melhoria contínua das práticas gerenciais no sistema local de saúde, de modo a tornar, no prazo de quatro anos, o município de Antônio Carlos referência na gestão da AB no âmbito do SUS, em pequenos municípios predominantemente rurais.

**Visão da saúde**

Todos os idosos residentes no município, num prazo de quatro anos, sejam incorporados ao sistema local de saúde por ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças bucais e de reabilitação, de acordo com suas necessidades, e segundo protocolo a ser definido, sendo sua condição de saúde bucal monitorada anualmente pelos serviços de saúde de Antônio Carlos.

**Análise organizacional**

Registro sistemático das informações, elaboração e divulgação de relatórios. Apresentação ao CMS.

Utilização das informações processadas no planejamento das ações a serem desenvolvidas.  
Monitoramento dos índices e indicadores.

**Análise da situação de saúde**

Registro sistemático das informações, elaboração e divulgação de relatórios. Apresentação ao CMS.

Utilização das informações processadas no planejamento das ações a serem desenvolvidas.  
Monitoramento dos índices e indicadores.



### **Práticas – organização**

Reorganização dos processos de trabalho com vistas à implementação de melhores práticas de cuidado à saúde bucal do idoso.

Desenvolvimento e gestão de um sistema local de saúde não centrado nas doenças e sim, efetivamente, promotor da saúde da população de Antônio Carlos.

### **Práticas – saúde**

Melhora nos níveis de saúde bucal dos idosos.

Incorporação do grupo populacional idoso às práticas coletivas de saúde bucal.

Melhoria no acesso dos idosos aos serviços odontológicos.

Melhoria nos padrões de qualidade de vida dos idosos.

Manutenção e melhora dos indicadores de IDH-longevidade no município.

### **Pesquisa e avaliação**

Produção de relatórios anuais das atividades e processos contendo indicadores de avaliação dos serviços de saúde.

Alteração de atividades e processos considerados melhores práticas, uma vez que detectada sua falta de viabilidade, efetividade, resolutividade, ineficiência e/ou impossibilidade de impacto positivo nos indicadores de saúde e qualidade de vida da população.

Apresentação formal do relatório consolidado para os profissionais da saúde, gestores e usuários. Apresentação no CMS. Discussão sobre os resultados alcançados e comparação com a definição de objetivos e metas.

### **3. *Melhores práticas em Promoção da Saúde no cuidado à saúde bucal de idosos, no sistema local de saúde de Antônio Carlos: algumas intervenções***

Como parte da pesquisa-ação e na perspectiva de desenvolver Melhores Práticas em Promoção da Saúde após os encontros com os grupos focais foram levadas a cabo pela pesquisadora as seguintes intervenções, que adiante serão detalhadas:

1º Avaliação da autopercepção em saúde bucal e utilização de serviços odontológicos por idosos;

- 2° Mapeamento dos idosos do município, segundo sexo, condição crônica de saúde, por micro-área;
- 3° Levantamento e análise das informações sobre a assistência a idosos pelo serviço odontológico no Centro de Saúde do município, entre 2005 a agosto de 2008;
- 4° Estudo da governança em saúde e assistência social em Antônio Carlos;
- 5° Participação em eventos comunitários;
- 6° *Screening* para lesões de mucosa em Antônio Carlos, 2008;
- 7° Capacitação de ACS sobre cuidados à saúde bucal de idosos;
- 8° Capacitação dos profissionais CD e ASB em ESF;
- 9° Aplicação dos instrumentos Cidade Amiga do Idoso e Unidade de Saúde Amiga do Idoso.

### **3.1 Avaliação da autopercepção em saúde bucal e utilização de serviços odontológicos por idosos de Antônio Carlos: uma aproximação<sup>P</sup>**

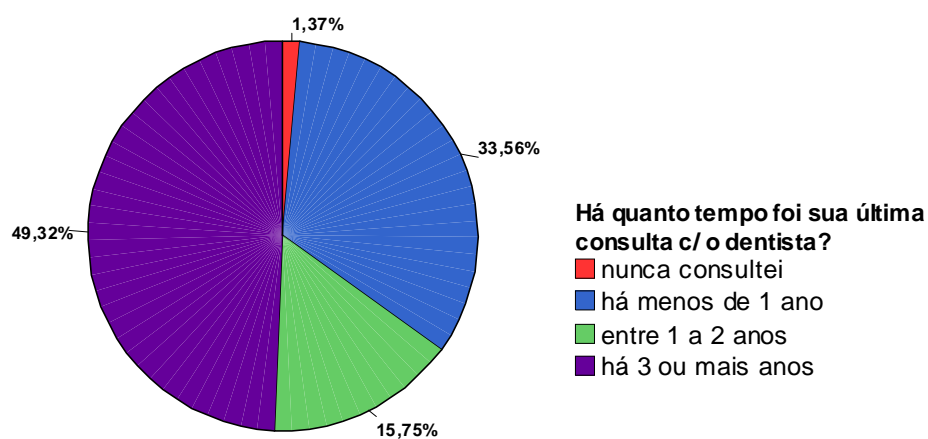
No intuito de uma aproximação à realidade local e melhor conhecimento da população de idosos do município, especialmente em relação ao padrão de utilização de serviços e autopercepção de saúde bucal, realizou-se um estudo por ocasião da campanha de vacinação contra gripe, em 2007. Foi adotada amostra de idosos residentes, definida intencionalmente. Durante o período da campanha a pesquisadora entrevistou idosos que se dirigiram à Unidade de Saúde para vacinação, no centro da cidade, e outros idosos em ocasiões de encontros semanais de grupos da terceira idade promovidos pelo município. Participaram 147 idosos, perfazendo 19,4% da população total. Foi aplicado o questionário utilizado no Levantamento Epidemiológico Nacional em Saúde Bucal com adaptações (Apêndice 5). Também foram registrados gênero e idade dos idosos entrevistados.

---

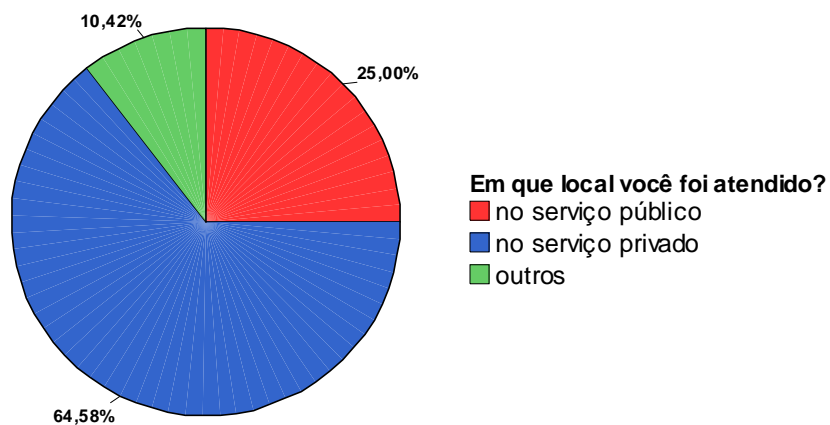
<sup>P</sup> Trabalho apresentado na *86th General Session & Exhibition of the IADR*, Toronto - Canadá, em junho de 2008.

A média etária dos participantes foi de 69 anos ( $dp=7,1$ ), variando de 60 a 89 anos. Quanto ao gênero, 105 idosos (71,4%) eram mulheres. Setenta e dois idosos haviam consultado o dentista, pela última vez, há mais de três anos (Gráfico 1). Naquela ocasião, 93 idosos foram atendidos em serviço privado (Gráfico 2). O motivo da consulta foi a confecção de prótese total para 68 idosos (Gráfico 3).

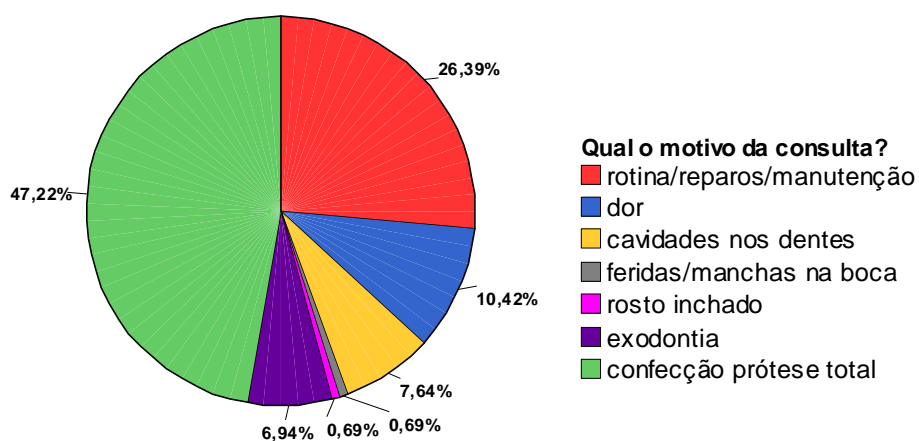
**Gráfico 1 – Tempo desde a última consulta de idosos com CD, Antônio Carlos (SC), 2007.**



**Gráfico 2 – Local onde idosos foram atendidos na última consulta com CD, Antônio Carlos (SC), 2007.**

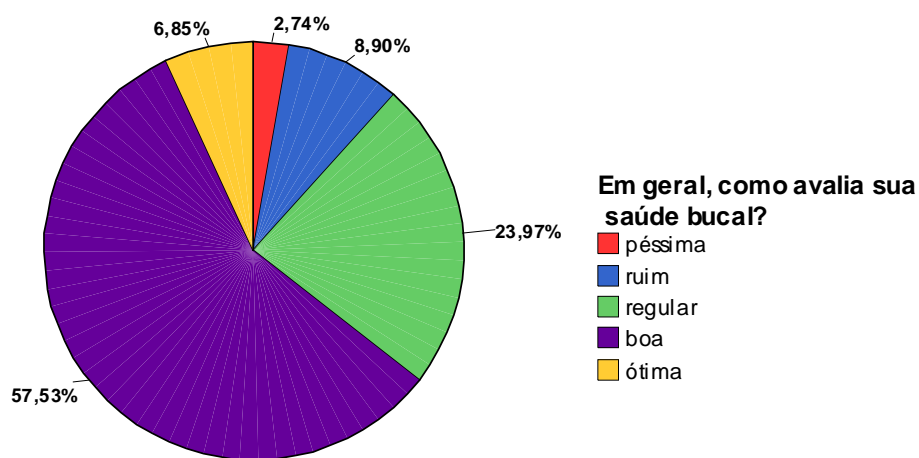


**Gráfico 3 - Motivo da última consulta de idosos com CD, Antônio Carlos (SC), 2007.**



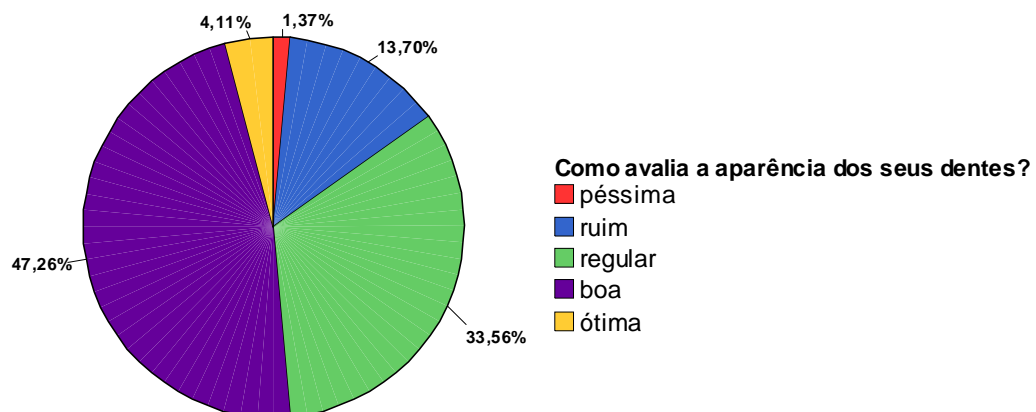
Em relação à autopercepção da condição de saúde bucal, 84 idosos declararam avaliar sua saúde bucal boa<sup>q</sup> (Gráfico 4). A aparência dos seus dentes foi considerada boa por 69 idosos (Gráfico 5). A capacidade de mastigação foi considerada boa por 73 idosos (Gráfico 6). Quando interrogados sobre como a saúde bucal afeta o relacionamento com outras pessoas, 45 idosos responderam não afetar, e 84 afirmaram afetar em algum grau. Alguns idosos não souberam responder esta questão (Gráfico 7). Metade dos idosos acredita não necessitar de tratamento odontológico atualmente (Gráfico 8). Noventa e oito idosos relataram não ter sentido dor na cavidade bucal nos últimos três meses (Gráfico 9).

**Gráfico 4 - Autopercepção da saúde bucal de idosos, Antônio Carlos (SC), 2007.**

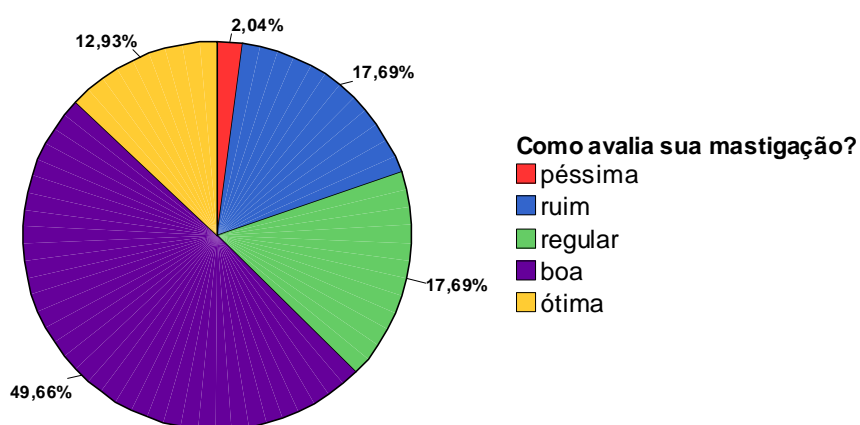


<sup>q</sup> Opções possíveis na escala de resposta: ótima, boa, regular, ruim e péssima.

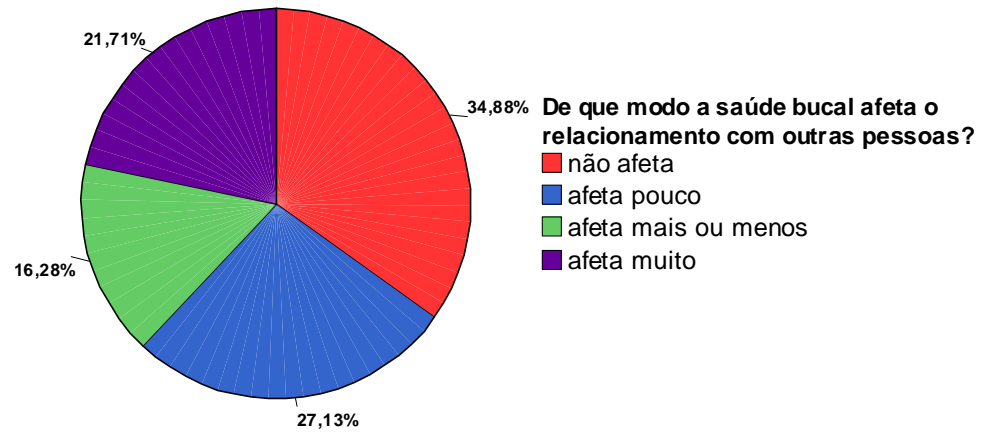
**Gráfico 5- Autopercepção da aparência dos dentes de idosos, Antônio Carlos (SC), 2007.**



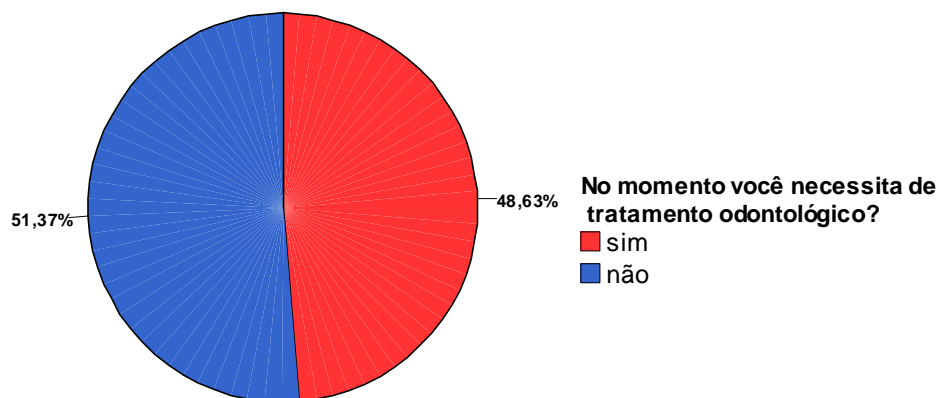
**Gráfico 6 - Autopercepção da capacidade mastigatória de idosos, Antônio Carlos (SC), 2007.**



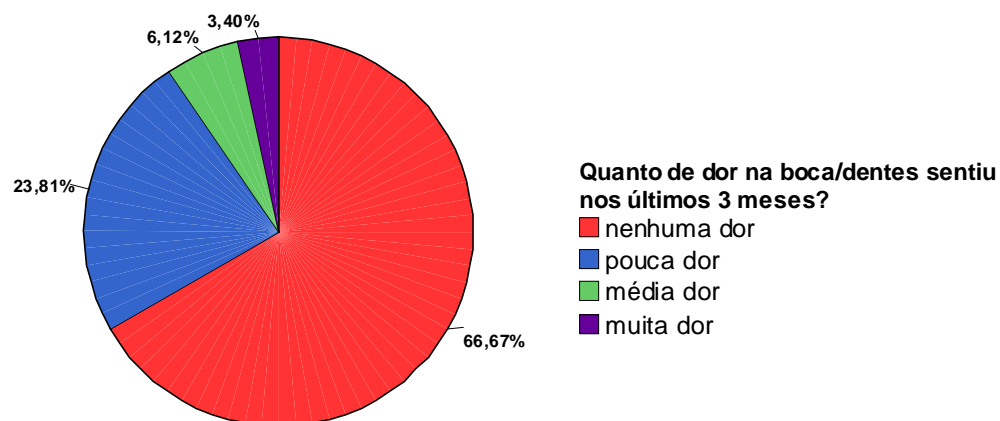
**Gráfico 7 - Autopercepção da relação entre saúde bucal e o relacionamento com outras pessoas, Antônio Carlos (SC), 2007.**



**Gráfico 8 - Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico imediato, Antônio Carlos (SC), 2007.**



**Gráfico 9 - Autopercepção da sensação dolorosa em dentes ou na boca, nos últimos três meses, Antônio Carlos (SC), 2007.**



O teste do Qui-quadrado de Pearson para análise bivariada foi utilizado para verificar associação entre as variáveis categóricas de acordo com **gênero**, possuir **mais ou menos 70 anos** de idade e autopercepção de **necessidade de tratamento odontológico** (sim/não) e **dor nos últimos três meses** (sim/não). As variáveis relativas a autopercepção foram reduzidas a três categorias (boa/regular/ruim) para proceder as análises bi e multivariada. Adotou-se o intervalo de confiança de 95%.

De acordo com a análise bivariada foram observadas associações entre autopercepção de necessidade de tratamento odontológico e avaliação da saúde bucal e aparência dos dentes (Tabela 9); e dor nos últimos três meses e avaliação da saúde bucal, capacidade mastigatória e local onde foi atendido (Tabela 10). Não foram encontradas associações com as variáveis gênero e idade (Tabela 11 e Tabela 12).



**Tabela 9 - Análise bivariada por meio do teste de Qui-quadrado de Pearson, para variável *Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico*.**

<b>Auto-percepção</b>	<b>Necessidade de tratamento odontológico</b>	
	<b>Sim (71)</b>	<b>Não (75)</b>
Avaliação da saúde bucal*		
<i>Muito Ruim/Ruim</i>	11	6
<i>Regular</i>	23	12
<i>Boa Muito Boa</i>	37	56
Aparência dos dentes**		
<i>Muito Ruim/Ruim</i>	14	8
<i>Regular</i>	28	21
<i>Boa/Muito Boa</i>	29	45
Capacidade mastigatória		
<i>Muito Ruim/Ruim</i>	16	12
<i>Regular</i>	15	11
<i>Boa/Muito Boa</i>	40	52
Dor nos últimos 3 meses		
<i>Sim</i>	25	24
<i>Não</i>	46	51
Saúde bucal afeta relacionamento		
<i>Sim</i>	37	46
<i>Não</i>	26	19
<b>Uso de serviços</b>		
Tempo desde a última consulta		
<i>Menos de 1 ano</i>	22	27
<i>Entre 1 e 2 anos</i>	13	9
<i>3 ou mais anos</i>	36	38
Local		
<i>Serviço público</i>	17	19
<i>Serviço privado</i>	41	51
<i>Outros</i>	12	3
Motivos da última consulta		
<i>Rotina/Reparos</i>	16	22
<i>Cárie</i>	9	3
<i>Dor</i>	9	6
<i>Exodontia</i>	5	6
<i>Confecção de Prótese Total</i>	32	35

\*p=0,007

\*\*p=0,017

**Tabela 10 - Análise bivariada por meio do teste de Qui-quadrado de Pearson, para variável *Dor nos últimos três meses*.**

<b>Autopercepção</b>		<b>Dor nos últimos 3 meses</b>	
		<b>Sim (48)</b>	<b>Não (99)</b>
Necessidade de tratamento odontológico	<i>Sim</i>	25	46
	<i>Não</i>	23	52
Avaliação da saúde bucal*	<i>Muito Ruim/Ruim</i>	9	8
	<i>Regular</i>	13	22
	<i>Boa/Muito Boa</i>	25	69
Aparência dos dentes	<i>Muito Ruim/Ruim</i>	11	11
	<i>Regular</i>	19	30
	<i>Boa/Muito Boa</i>	18	57
Capacidade mastigatória**	<i>Muito Ruim/Ruim</i>	17	12
	<i>Regular</i>	6	20
	<i>Boa/Muito Boa</i>	25	67
Saúde bucal afeta relacionamento	<i>Sim</i>	54	29
	<i>Não</i>	32	13
<b>Uso de serviços</b>			
Tempo desde a última consulta	<i>Menos de 1 ano</i>	21	28
	<i>Entre 1 e 2 anos</i>	5	18
	<i>3 ou mais anos</i>	22	52
Local ***	<i>Serviço público</i>	18	18
	<i>Serviço privado</i>	26	67
	<i>Outros</i>	4	11
Motivos da última consulta	<i>Rotina/Reparos</i>	16	22
	<i>Dor</i>	8	30
	<i>Confecção de Prótese Total</i>	23	45

\*p=0,025

\*\*p=0,005

\*\*\*p=0,032

**Tabela 11 - Análise bivariada por meio do teste de Qui-quadrado de Pearson, para variável *Gênero*.**

	<b>Gênero</b>	
	<b>Feminino (105)</b>	<b>Masculino (42)</b>
<b>Autopercepção</b>		
Necessidade de tratamento odontológico		
<i>Sim</i>	51	20
<i>Não</i>	53	22
Avaliação da saúde bucal		
<i>Muito Ruim/Ruim</i>	10	7
<i>Regular</i>	26	9
<i>Boa/Muito Boa</i>	69	25
Aparência dos dentes		
<i>Muito Ruim/Ruim</i>	16	6
<i>Regular</i>	33	16
<i>Boa/Muito Boa</i>	56	19
Capacidade mastigatória		
<i>Muito Ruim/Ruim</i>	17	12
<i>Regular</i>	54	9
<i>Boa/Muito Boa</i>	34	21
Dor nos últimos 3 meses		
<i>Sim</i>	67	31
<i>Não</i>	38	11
Saúde bucal afeta relacionamento		
<i>Sim</i>	66	18
<i>Não</i>	28	17
<b>Uso de serviços</b>		
Tempo desde a última consulta		
<i>Menos de 1 ano</i>	36	13
<i>Entre 1 e 2 anos</i>	14	9
<i>3 ou mais anos</i>	54	20
Local		
<i>Serviço público</i>	30	6
<i>Serviço privado</i>	65	28
<i>Outros</i>	10	5
Motivos da última consulta		
<i>Rotina/Reparos</i>	31	7
<i>Cárie</i>	6	5
<i>Dor</i>	10	5
<i>Exodontia</i>	7	5
<i>Confecção de Prótese Total</i>	50	18

**Tabela 12 - Análise bivariada por meio do teste de Qui-quadrado de Pearson, para variável *Idade*.**

<b>Autopercepção</b>	<b>Idade</b>	
	<b>&lt;=70 anos (94)</b>	<b>&gt;=71 anos (53)</b>
Nec. tratamento odontológico		
<i>Sim</i>	46	25
<i>Não</i>	48	27
Avaliação da saúde bucal		
<i>Muito Ruim/Ruim</i>	8	9
<i>Regular</i>	22	13
<i>Boa/Muito Boa</i>	63	31
Aparência dos dentes		
<i>Muito Ruim/Ruim</i>	12	10
<i>Regular</i>	32	17
<i>Boa/Muito Boa</i>	49	26
Capacidade mastigatória		
<i>Muito Ruim/Ruim</i>	20	9
<i>Regular</i>	14	12
<i>Boa/Muito Boa</i>	60	32
Dor nos últimos 3 meses		
<i>Sim</i>	33	16
<i>Não</i>	61	37
Saúde bucal afeta relacionamento		
<i>Sim</i>	55	29
<i>Não</i>	28	17
<b>Uso de serviços</b>		
Tempo desde a última consulta		
<i>Menos de 1 ano</i>	33	16
<i>Entre 1 e 2 anos</i>	17	6
<i>3 ou mais anos</i>	43	31
Local		
<i>Serviço público</i>	24	12
<i>Serviço privado</i>	56	37
<i>Outros</i>	13	2
Motivos da última consulta		
<i>Rotina/Reparos</i>	27	11
<i>Cárie</i>	7	5
<i>Dor</i>	7	8
<i>Exodontia</i>	6	5
<i>Confecção de Prótese Total</i>	46	22

Em seguida, foi aplicado teste de regressão logística para variáveis independentes, incluindo somente aquelas que apresentaram valor igual ou abaixo de  $p < 0,2$  na análise bivariada, considerando *Dor nos último três meses* e *Necessidade tratamento odontológico* (Tabela 13 e Tabela 14).

A análise estatística multivariada demonstrou que a **autopercepção de necessidade de tratamento** não esteve associada a outras variáveis. Entretanto, o relato de **dor nos últimos três meses** foi a variável mais se aproximou da significância estatística ( $p=0,058$ ) com relação a uma *percepção ruim da capacidade mastigatória*, ou seja, idosos que consideravam a sua capacidade mastigatória ruim têm duas vezes mais chances de terem sentido dor na cavidade bucal nos últimos três meses.

**Tabela 13 – Análise multivariada relativa à variável *Dor nos últimos três meses*.**

Variável	Odds ratio	Intervalo de confiança 95%	Valor de p
Autopercepção da capacidade mastigatória			
Boa	1.0	-	0.117
Regular	0.835	0.278-2.511	0.748
Ruim	2.667	0.968-7.344	0.058
Autopercepção da aparência dos dentes			
Boa	1.0	-	0.267
Regular	2.052	0.820-5.136	0.281
Ruim	1.907	0.589-6.173	0.125
Autopercepção da saúde bucal			
Boa	1.0	-	0.797
Regular	1.014	0.376-2.734	0.977
Ruim	1.562	0.415-5.882	0.510
Local			
Serviço público	2,038	0.874-4.750	0.099
Serviço privado	1.0	-	-

Hosmer and Lemeshow<sup>r</sup> = 7.911 ( $p=0.341$ ).

<sup>r</sup> O teste de Hosmer e Lemeshow utiliza-se da distribuição qui-quadrado para examinar se há bom ajuste entre dados esperados e dados observados, tendo sido desenvolvido especificamente para avaliação de ajustamentos em regressão logística.

**Tabela 14 - Análise multivariada relativa à variável *Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico*.**

Variável	Odds ratio	Intervalo de confiança 95%	Valor de p
Autopercepção da saúde bucal			
Boa	1.850	0.511-6.695	0.348
Regular	0.774	0.187-3.212	0.724
Ruim	1.0	-	0.164
Autopercepção da aparência dos dentes			
Boa	1.769	0.570-5.489	0.324
Regular	1.123	0.350-3.606	0.846
Ruim	1.0	-	0.456
Local			
Serviço público	1.340	0.585-3.069	0.488
Serviço privado	1.0	-	-
Autopercepção da capacidade mastigatória			
Boa	1.291	0.461-3.617	0.627
Regular	1.105	0.316-3.865	0.876
Ruim	1.0	-	0.868

Hosmer and Lemeshow = 2.836 (p=0.829).

Em geral, os idosos avaliam positivamente sua saúde bucal. Observou-se uma discrepância entre a autopercepção de saúde bucal e a presença ou necessidade de próteses nos entrevistados. O modo como esse grupo de idosos percebe sua saúde bucal pode refletir no padrão de utilização de serviços odontológicos. A busca por tratamento reabilitador protético parece conformar esse padrão. A implementação de políticas públicas voltadas à atenção à saúde bucal dos idosos deve tomar em conta contradições como as reveladas para que sejam efetivamente promotoras de um envelhecimento saudável.

### **3.2 Mapeamento dos idosos no município de Antônio Carlos, segundo sexo, condição crônica de saúde, por micro-área**

Foi solicitado a cada uma das ACS que fornecesse os dados da sua micro-área, constantes na ficha A do SIAB, referentes ao total de residentes na micro-área, total de idosos (60 anos ou mais) e destes quantos homens, mulheres, hipertensos, diabéticos e acamados. Os

resultados encontram-se na Tabela 15. A micro-área 10 aparece com a maior percentagem de idosos (17%), seguida da micro-área 8 (16,4%) e da micro-área 12 (15,3%). Observa-se um número maior de habitantes cadastrados quando comparados aos dados populacionais do IBGE. O percentual de idosos hipertensos cadastrados no município é de 26,94%, e o de diabéticos 11,97%. Foram identificados 18 idosos acamados (máximo de três em duas micro-áreas).

**Tabela 15 – Distribuição dos idosos segundo área, micro-área, sexo, hipertensos, diabéticos e acamados em Antônio Carlos (SC), 2008.**

ÁREA	MICRO-ÁREA	TOTAL POP.	n IDOSOS	% MICRO-ÁREA	HOMENS	MULHERES	HIPERTENSOS	DIABÉTICOS	ACAMADOS
1	1	546	73	13,4%	31	42	51	11	2
1	2	493	45	9,1%	21	24	24	6	1
1	3	513	41	8,0%	19	22	32	8	0
1	4	469	56	11,9%	26	30	37	6	1
1	5	479	43	9,0%	21	22	26	4	0
1	16	454	54	11,9%	22	32	34	6	3
1	17	538	43	8,0%	18	25	35	7	3
2	8	452	74	16,4%	34	40	61	13	0
2	9	445	49	11,0%	22	27	34	7	0
2	10	423	72	17,0%	40	32	33	6	1
2	11	454	50	11,0%	22	28	42	1	0
3	6	483	44	9,1%	17	27	37	8	1
3	7	461	41	8,9%	23	18	20	4	0
3	12	347	53	15,3%	28	25	30	3	2
3	13	413	60	14,5%	26	34	36	8	2
3	14	406	48	11,8%	22	26	32	6	1
3	15	385	56	14,5%	28	28	34	4	1
<b>TOTAL</b>	-	<b>7761</b>	<b>902</b>	-	<b>420</b>	<b>482</b>	<b>243</b>	<b>108</b>	<b>18</b>



### 3.3 Caracterização da assistência a idosos realizada pelo serviço odontológico no Centro de Saúde de Antônio Carlos - 2005 a agosto de 2008

Desde o início da utilização do *software* PRODENT<sup>®</sup>, no ano de 2005 até o mês de agosto de 2008, quando se elaborou esta coleta e análise de dados, um total de 176 usuários com 60 anos ou mais haviam sido atendidos pelo serviço odontológico no Centro de Saúde de Antônio Carlos. A faixa etária variava, portanto de 60 a 88 anos, sendo 101 pessoas do sexo feminino (57,4%). A média de idade alcançou 68,27 anos (dp=6,2, Md=67).

A média de procedimentos odontológicos realizados por idoso, neste período, foi de 2,98. Embora as informações de 2008 se limitem ao período janeiro a agosto, a média anual de procedimentos por idoso atendido atingiu 0,85. A Tabela 16 mostra a distribuição do número de consultas realizadas pelos idosos no período.

**Tabela 16 - Distribuição do número de consultas realizadas, segundo o número de usuários idosos, no período de 2005 até agosto de 2008, no serviço odontológico do CS, em Antônio Carlos (SC).**

Quantidade de Consultas	n de idosos	%	% Acumulado
1	74	42,0	42,0
2	37	21,0	63,1
3	30	17,0	80,1
4	12	6,8	86,9
5	8	4,5	91,5
6	5	2,8	94,3
7	4	2,3	96,6
8	3	1,7	98,3
9	3	1,7	100,0
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	

Ao analisar comparativamente as médias do número de consultas segundo faixa etária (maior/menor que 67 anos) não foi encontrada diferença estatisticamente significativa (p=0,543) a um intervalo de confiança de 95%. Da mesma forma, não houve diferença

estatisticamente significativa para a média do número de consultas realizadas segundo sexo do usuário ( $p=0,607$ ).

A Tabela 17 apresenta a distribuição dos procedimentos realizados em usuários idosos no período. Um quinto dos procedimentos corresponde à extração dentária.

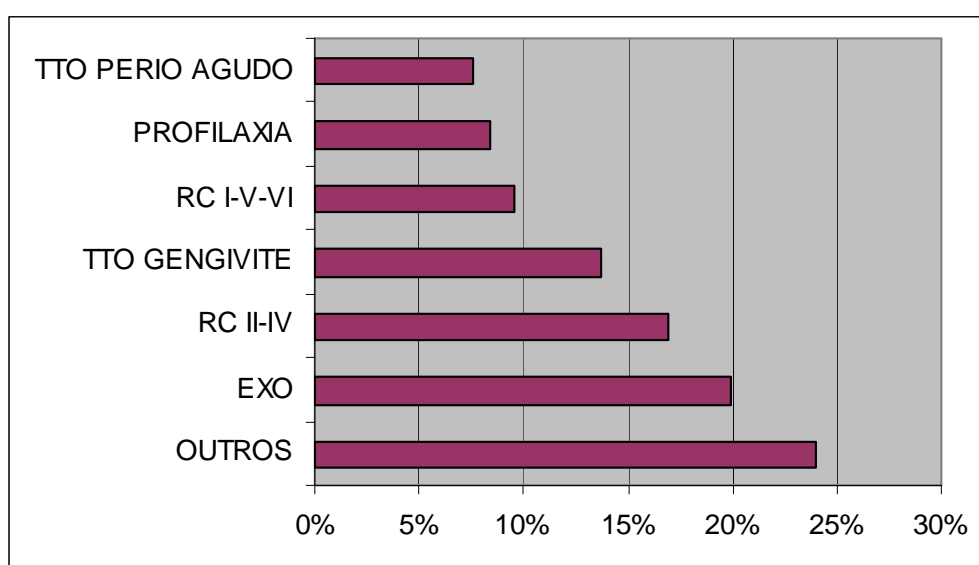
**Tabela 17 - Distribuição dos procedimentos realizados em idosos, segundo tipo, no serviço odontológico do CS de Antônio Carlos (SC), no período de 2005 até agosto de 2008.**

Procedimento*	n	%	% Acumulado
EXODONTIA	105	20,0	20,0
RC II-IV	89	16,9	36,9
TTO GENGVITE	72	13,7	50,6
RC I-V-VI	50	9,5	60,1
PROFILAXIA	44	8,4	68,4
TTO PERIO AGUDO	40	7,6	76,0
RC III	18	3,4	79,5
CAPEAM S/ R FINAL	17	3,2	82,7
R AMALG 1F	13	2,5	85,2
R CIM ION VIDRO	13	2,5	87,6
R AMALG 2F	12	2,3	89,9
APLIC TÓP FLÚOR	11	2,1	92,0
CONSULTA	9	1,7	93,7
CONCERTO PT	9	1,7	95,4
RADIOGRAFIA	6	1,1	96,6
DREN ABCESSO	5	1,0	97,5
MANUT PERIO	2	0,4	97,9
CONCERTO PPR	2	0,4	98,3
CAPEAM C/ R FINAL	2	0,4	98,7
CARIOSTATICO	1	0,2	98,9
REEMB PT	1	0,2	99,0
R IRM (CIM OX Z EUG)	1	0,2	99,2
REM FAT RETENÇÃO	1	0,2	99,4
PROSERV CIRURG	1	0,2	99,6
R AMALG 3F	1	0,2	99,8
FERULIZAÇÃO	1	0,2	100,0
<b>Total</b>	<b>526</b>	<b>100,0</b>	

\* Legenda Apêndice 6.

Já o Gráfico 10 apresenta a distribuição percentual dos seis procedimentos mais realizados em idosos no período: extrações dentárias, restaurações de resina composta e controle de placa bacteriana.

**Gráfico 10 - Distribuição dos seis procedimentos mais realizados em idosos, segundo tipo, no serviço odontológico do CS de Antônio Carlos (SC), no período de 2005 até agosto de 2008.**



Tomando como base o procedimento mais frequentemente realizado e considerado mais extremo, pois representa a perda dentária, a média de exodontias quando observada, segundo sexo, alcançou diferença estatisticamente significativa ( $p=0,025$ ) a um IC=95%. Os homens, em média, sofreram mais procedimentos de extração dentária. Com relação à faixa etária maior/menor que 67 anos não houve diferença estatisticamente significativa (0,088). A diferença da média de procedimentos restauradores e de profilaxia também não foi estatisticamente significativa considerando sexo ( $p=0,904$  e  $p=0,781$ , respectivamente) e idade maior/menor 67 anos ( $p=0,172$  e  $p=0,921$ , respectivamente).

A distribuição dos elementos dentais que sofreram algum tipo de procedimento odontológico no serviço odontológico de Antônio Carlos no período está apresentada na

Tabela 18. Observa-se uma concentração de procedimentos nos dentes inferiores incisivos, caninos e pré-molares.

**Tabela 18 - Distribuição dos elementos dentais alvos de procedimentos no serviço odontológico do CS de Antônio Carlos (SC), no período de 2005 até agosto de 2008.**

<b>Elemento Dental*</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
44	26	6,9	6,9
42	25	6,7	13,6
34	24	6,4	20,0
43	24	6,4	26,4
35	21	5,6	32,0
31	20	5,3	37,3
32	20	5,3	42,7
45	17	4,5	47,2
33	16	4,3	51,5
41	16	4,3	55,7
23	15	4,0	59,7
21	12	3,2	62,9
11	11	2,9	65,9
17	11	2,9	68,8
28	11	2,9	71,7
27	10	2,7	74,4
48	10	2,7	77,1
14	9	2,4	79,5
24	9	2,4	81,9
38	9	2,4	84,3
47	9	2,4	86,7
12	7	1,9	88,5
13	7	1,9	90,4
15	7	1,9	92,3
16	7	1,9	94,1
22	5	1,3	95,5
18	4	1,1	96,5
26	4	1,1	97,6
37	4	1,1	98,7
36	3	0,8	99,5
25	1	0,3	99,7
46	1	0,3	100,0
<b>Total</b>	<b>375</b>	<b>100,0</b>	

\* Legenda Apêndice 7.

### 3.4 Capacitação das ACS sobre a temática Saúde Bucal do Idoso

Durante a realização do grupo focal com as Agentes Comunitárias de Saúde foi sugerida a realização de uma atividade de educação em saúde, seguindo os princípios da educação permanente em serviço, com todas as profissionais sobre a temática dos Cuidados à Saúde Bucal do Idoso e o papel do ACS. Optou-se pelo formato de oficina, realizada no período vespertino, no auditório do recém-inaugurado CS. Todas as ACS compareceram, exceto uma que estava em licença-matrimônio, totalizando 16 pessoas. O roteiro da Oficina foi o seguinte:

1. Apresentação
2. Reflexão

As ACS foram divididas em quatro grupos. Cada grupo recebeu um papel contendo uma expressão-conceito, a saber: saúde, saúde bucal, promoção da saúde, e idoso. Foi solicitado que, após um período de 20 minutos de discussão, o grupo produzisse um texto sobre o significado daquela expressão e selecionasse um componente seu do grupo para apresentar suas considerações aos demais ACS. Foi feita uma discussão sobre a relação das expressões-conceito no cotidiano do trabalho das ACS em Antônio Carlos.

3. Intervalo
4. Apresentação de Slides

Após intervalo para lanche no próprio local, a pesquisadora seguiu a atividade com uma apresentação de slides sobre os seguintes temas: Importância da Saúde Bucal, Processo de Envelhecimentos: aspectos estomatognáticos, Aspectos clínicos da Saúde Bucal do Idoso, Cuidados à Saúde Bucal do Idoso e Saúde Bucal do Idoso na ESF: a contribuição do ACS.

5. Avaliação

Foi confeccionado um instrumento de avaliação da atividade realizada. (Apêndice 8) A seguir um quadro contabilizando as respostas dadas pelas ACS (Quadro 10).

**Quadro 10 - Avaliação das ACS quanto à atividade Oficina “A Saúde Bucal do Idoso”,  
Antônio Carlos, 2008.**

<b>AVALIAÇÃO QUANTO AO LOCAL DA OFICINA</b>
( 0 ) RUIM ( 5 ) BOM ( 11 ) MUITO BOM
<b>AVALIAÇÃO QUANTO À ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DA OFICINA</b>
( 0 ) RUIM ( 8 ) BOM ( 8 ) MUITO BOM
<b>AVALIAÇÃO QUANTO AO CONTEÚDO APRESENTADO</b>
( 0 ) RUIM ( 3 ) BOM ( 13 ) MUITO BOM
<b>AVALIAÇÃO QUANTO AO CONTEÚDO DAS DISCUSSÕES</b>
( 0 ) RUIM ( 7 ) BOM ( 9 ) MUITO BOM
<b>EM QUE MEDIDA A OFICINA CONTRIBUI PARA AS ATIVIDADES DO ACS</b>
( 13 ) MUITO ( 3 ) POUCO ( 0 ) NÃO CONTRIBUI
<b>EM QUE MEDIDA OS ASSUNTOS DISCUTIDOS NA OFICINA PODERÃO SER REPASSADOS PARA A SUA COMUNIDADE</b>
( 10 ) MUITO ( 5 ) POUCO ( 1 ) NÃO ACHO QUE PODEREI REPASSÁ-LOS

Os comentários finais giraram em torno da afirmação da importância da temática da Saúde Bucal do Idoso em um município com as características de Antônio Carlos. Algumas reforçaram a necessidade da realização de atividades de educação continuada para ACS e a potencial repercussão positiva do contato com outras pessoas e informações no seu trabalho. Foi sugerido também mais tempo para discussão, bem como a subsequente abertura de momentos/espços para propor estratégias de ação no sentido de superar as barreiras que se supõem encontrar ao lidar no dia-a-dia com a questão da Saúde Bucal do Idoso.

### **3.5 Participação da Saúde Bucal em eventos comemorativos envolvendo idosos**

#### *15ª. Festa do Idoso*

Por ocasião da comemoração do Dia do Idoso, dia 27 de setembro, a Secretaria de Saúde e Assistência Social, com o apoio da Prefeitura Municipal de Antônio Carlos realizou evento no dia 17 de setembro de 2008. Todos os idosos residentes no município foram

convidados, pertencentes ou não aos grupos de convivência mantidos oficialmente pela Secretaria. O evento reuniu aproximadamente 500 pessoas no Salão Paroquial (de Festas) da Igreja Matriz, na Sede do Município. A programação (Anexo 2) incluiu serviço de saúde, atividades recreativas, dança de salão, alimentação (café da manhã, almoço e lanche da tarde) e distribuição de brindes. Foram deslocados profissionais de Enfermagem do Centro de Saúde para que, durante todo o dia, estivessem disponíveis para a medida da pressão arterial e dos níveis de glicose no sangue.

Por convite da Secretaria de Saúde e Assistência Social a pesquisadora participou da festividade incluindo atividades relativas à saúde bucal do idoso. O intuito desta participação foi a inserção do conteúdo sobre o cuidado à saúde bucal no contexto da promoção da saúde e envelhecimento saudável, de modo a conscientizar a população sobre a temática, estimular a procura pelo serviço de saúde bucal, divulgar o serviço público de saúde bucal do município, estimular o auto-cuidado e fornecer informações/orientações sobre práticas de cuidado. As atividades foram conjuntamente discutidas e planejadas com a Assistente Social e o Secretário. Para viabilização prática desta atividade coletiva a pesquisadora convidou duas Cirurgiãs-dentistas, uma com experiência em Saúde Coletiva e outra em Patologia Bucal e seis alunos de graduação do Curso de Odontologia.

- *Confecção de material educativo-informativo (panfleto e cartaz) e distribuição de material de higiene bucal.*

A pesquisadora confeccionou 500 *kits* de higiene bucal, um modelo de panfleto e um modelo de cartaz para distribuição no evento. Foram impressos três mil panfletos e dois cartazes. Os panfletos também acompanhavam os *kits* de higiene bucal que foram distribuídos aos presentes. Foram elaborados dois tipos de *kits*: um para dentados contendo escova, fio e creme dental, e outro para os que possuíam prótese com escova especial para limpeza de próteses removíveis. Caso a pessoa possuísse ambas as condições recebia dois *kits*.

A mensagem central do material educativo-informativo foi “Conserve bem seus dentes e eles serão seus companheiros por toda a vida”. No verso do panfleto havia uma lista de cuidados à saúde bucal, bem como os telefones de contato do serviço de saúde bucal da SMSAS do município (Apêndice 9). O excedente dos panfletos e os cartazes foram, após o evento, levados à SMSAS, sendo dispostos no CS para visualização e distribuição. Estas iniciativas contaram com o auxílio financeiro da SMSAS de Antônio Carlos.

- *Exposição da Mesa “Saúde Bucal do Idoso”*

Foi montada no salão, ao lado do serviço disponibilizado pelo pessoal de Enfermagem, uma mesa sobre a qual foram expostos diversos materiais e dispositivos: produtos de higiene bucal mais comumente indicados a idosos, próteses totais e parciais removíveis, fotos dos problemas de saúde bucal que mais comumente acometem o idoso, panfletos específicos sobre cuidado à saúde bucal do idoso e auto-exame bucal, e outros folhetos informativos. Nesse local também foram expostos vários cartazes: aquele produzido pela pesquisadora em parceria com o município, fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde sobre auto-exame bucal e fornecidos pelo Conselho Regional de Odontologia, este referente à campanha idealizada pelo Conselho em 2008 sobre a valorização da saúde bucal e da Odontologia.

Em regime de rodízio, uma pessoa da equipe ficou encarregada da Mesa, prestando orientações para os idosos e fazendo a distribuição do material informativo.

### **3.6 Exame bucal tipo *screening* para diagnóstico de lesões de mucosa**

Foi escolhido o local respectivo à cabine de venda de ingressos do salão para a realização do *screening*, de modo que se mantivesse discrição no momento do exame, pela presença de uma mureta e vidro. Os interessados se apresentavam e eram levados à cabine para exame.



No momento precedente ao exame clínico era solicitado ao idoso seu consentimento, feita a leitura do TCLE e, caso concordasse com o seu conteúdo, este firmava sua assinatura. Foram organizadas três equipes de dois alunos para o exame. Um acadêmico fazia o papel de examinador e outro de anotador. Antes do evento a equipe foi apresentada à ficha de exame, e aos critérios a serem seguidos, momento no qual se fez uma calibração.

Imediatamente antes do exame, quando o idoso já se encontrava sentado, era solicitado que o idoso removesse as próteses removíveis e acondicionasse-as em guardanapo de papel, em seguida era fornecido um copo plástico descartável com solução de gluconato de clorexidine a 0,12% para bochecho, por aproximadamente 30 segundos. Os exames foram feitos com espátula de madeira e auxílio de lanterna de mão. Ainda faziam parte da equipe dois circulantes, um que organizava a ordem dos exames e as assinaturas dos TCLE e outro, Mestre em Patologia Bucal que orientava e sanava as possíveis dúvidas dos examinadores.

Os dados coletados foram: nome, idade, sexo, presença de prótese total (superior e inferior), presença de prótese parcial removível (superior e inferior), elementos dentais presentes, e a presença, tipo e localização de lesões na mucosa oral. Somente foram consideradas as suspeitas de situação anormal, ou seja, de constituírem patologias bucais. Não foram incluídas alterações bucais decorrentes do processo de envelhecimento. As lesões foram classificadas em três grandes grupos: alteração de cor (amareladas, azul/púrpura, enegrecidas, brancas e vermelhas), alteração de forma (lesões ulceradas) e alteração de volume (massa proliferativa). Cada folha A4 continha a informação referente a três exames (Apêndice 10).

Foi examinado um total de 172 pessoas, 128 do sexo feminino (74,4%). Quinze pessoas possuíam de 42 a 59 anos. A média de idade geral alcançou 69,8 anos (dp=8,5) e entre os idosos 71,2 anos (dp=7,2, máx=90 anos).

A Tabela 19 apresenta dados referentes à quantidade de elementos dentais (total, arcada superior e inferior) e à quantidade de lesões de mucosa detectada. Sessenta pessoas eram edêntulas totais, 52,9% das pessoas possuíam de 1 a 5 elementos dentais, e 90,7% possuíam até 15 dentes.

**Tabela 19 - Presença de dentes e lesões de mucosa entre as pessoas examinadas, Antônio Carlos (SC), 2008.**

	<b>n de ocorrências</b>	<b>Min./pessoa</b>	<b>Máx./pessoa</b>	<b>Média/pessoa</b>	<b>dp</b>
Pessoas com Lesões	90	1	4	1,39	0,6
Pessoas dentadas e não dentadas	172	0	28	6,24	6,6
Pessoas dentadas	112	1	28	9,59	5,8
Exclusivam.	0	-	-	-	-
Arcada Superior					
Exclusivam.	70	1	14	6,65	2,7
Arcada inferior					
Arcada Sup+Inf	42	2	28	14,5	3,5
Pessoas edêntulas	60	-	-	-	-

A Tabela 20 apresenta os resultados do uso de próteses totais e parciais removíveis.

**Tabela 20 – Uso de próteses totais e parciais removíveis entre as pessoas examinadas, Antônio Carlos (SC), 2008.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Prótese total	Nenhuma	46	26,7
	Superior	85	49,4
	Ambas	41	23,8
Prótese parcial removível	Nenhuma	125	72,7
	Superior	13	7,6
	Inferior	22	12,8
	Ambas	12	7,0
<b>Total</b>		<b>172</b>	<b>100</b>

Foram detectadas 90 pessoas com pelo menos uma lesão de mucosa (52,3%). Ao total foram detectadas 125 lesões, uma média de 1,39 por pessoa. A Tabela 21 mostra a distribuição do número de lesões entre os examinados, e os percentuais simples e acumulado.

**Tabela 21 - Distribuição das lesões de mucosa entre as pessoas examinadas, Antônio Carlos (SC), 2008.**

Número de lesões	Número de pessoas	% sob pessoas examinados	% acumulado sob pessoas com lesão
1	61	35,5	67,8
2	24	14	94,4
3	4	2,3	98,4
4	1	0,6	100
Nenhuma	82	47,7	-
<b>TOTAL</b>	172	100	-

A distribuição das lesões detectadas segundo o tipo, de acordo com a classificação adotada (alteração de cor, volume ou forma) é apresentada na Tabela 22. As lesões tipo massa proliferativa foram maioria (35,2%) e eram compostas principalmente por hiperplasia por câmara de sucção. As lesões vermelhas, em segundo lugar (25,6%), eram compostas em grande parte por estomatite protética.

**Tabela 22 - Distribuição das lesões de mucosa detectadas, segundo tipo, Antônio Carlos (SC), 2008.**

<b>Tipo de lesão de mucosa</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Branca removível à raspagem	1	0,8
Amarelada	4	3,2
Ulcerada	6	4,8
Enegrecida	8	6,4
Púrpura/Azul	10	8
Branca não removível à raspagem	20	16
Vermelha	32	25,6
Massa proliferativa	44	35,2
<b>TOTAL</b>	<b>125</b>	<b>100</b>

Ao final, a pessoa examinada recebia um *kit* com material de higiene bucal. Também eram repassadas, individualmente, informações sobre a sua situação bucal, orientações sobre higiene bucal e recomendações gerais.

No caso de lesões suspeitas de maior gravidade as pessoas receberam uma carta de encaminhamento ao Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário da UFSC (Apêndice 11). Foram entregues 18 encaminhamentos.

### *II Encontro de Diabéticos*

A pesquisadora também foi convidada a participar dos eventos comemorativos ao Dia Internacional do Diabetes. Foi promovida uma série de palestras proferidas pelos profissionais do Centro de Saúde (três médicos e uma enfermeira). Cada qual abordou um tema sobre o diabetes: o que é o diabetes, como cuidar da saúde do diabético, conseqüências do diabetes e a relação entre saúde bucal e o diabetes. A pesquisadora teve espaço para proferir uma pequena palestra sobre a “Saúde Bucal das pessoas portadoras de Diabetes”. Foram apresentados alguns slides contemplando os problemas bucais mais prevalentes, a relação da saúde bucal com a manutenção do quadro glicêmico e vice-versa e os cuidados que o diabético necessita

desenvolver para a manutenção da sua saúde bucal. Foi oferecido almoço com cardápio saudável (sucos, sanduíches e frutas). Também foram distribuídos *kits* de higiene bucal e panfletos.

### **3.7 Estudo da governança em saúde e assistência social em Antônio Carlos**

A estrutura governativa do município de Antônio Carlos conta com dois organismos colegiados, cuja atuação afeta mais de perto a atenção dedicada ao munícipe idoso e nos quais se fazem presentes representações de setores da comunidade e do setor público. Trata-se do Conselho Municipal de Saúde - CMS e do Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS, ambos operando, respectivamente, no SUS – Sistema Único de Saúde e no SUAS – Sistema Único de Assistência Social. Esses dois Conselhos constituem arenas para onde os segmentos representados podem canalizar suas aspirações, demandas e participar das decisões de política social no município. Constituem espaço privilegiado para a interface de forças sociais com o setor público para a condução das questões locais de saúde e assistência social.

#### *Conselho Municipal de Assistência Social*

O Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS reuniu-se pela primeira vez em 15 de julho de 1997. Sua composição é paritária, cabendo ao setor público indicar quatro representantes, sendo três do município e um do Estado. De outra parte, quatro assentos são ocupados por organizações e instituições da sociedade civil local. Assim, a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social - SMSAS possui dois representantes no CMAS, um pelo segmento saúde e outro pelo segmento assistência social. A Secretaria Municipal de Educação indica um e um a Secretaria de Estado da Assistência Social, Trabalho e Habitação. Dos quatro assentos da representação comunitária, dois deles cabem aos setores produtivos, articulados e representados por suas corporações: o Sindicato dos Trabalhadores Rurais e a

Associação Comercial e Industrial. A Igreja Católica Apostólica Romana, por seu Vigário, e um representante do Conselho Tutelar da Infância e da Adolescência completam o colegiado.

A pesquisa documental revelou que a representação da SMSAS tem tomado as principais iniciativas e proposições havidas no CMAS. Tal fato é comum nesse tipo de arranjo organizacional dado o nível de conhecimento, envolvimento e estrutura própria que os órgãos executivos detêm.

Estas representações comunitárias refletem bem a articulação e os laços de identidade social no município. Assim, o Sindicato congrega o contingente amplamente predominante no meio rural, formado por pequenos produtores rurais, eis que a principal atividade econômica do município reside na agricultura do tipo familiar, com produção diversificada para sustento e venda de excedentes. A organização dos pequenos produtores, depois da informalidade dos encontros no entorno da Igreja, convergiu para a constituição e operação de um sindicato de trabalhadores. Todavia, não se trata do sindicato de trabalhadores convencional, lócus da atuação de empregados com vista à defesa de seus direitos perante os empregadores, pois nele os empregados rurais propriamente ditos têm inexpressiva presença. O trabalho na propriedade envolve a família e são residuais as relações de emprego existentes. Nesta configuração, o Sindicato é o canal pelo qual o pequeno agricultor de modo preponderante expressa ao setor público as demandas e carências do segmento que representa.

O crescimento do número de pequenos estabelecimentos comerciais, a instalação e presença destacada de grande indústria de refrigerantes, a implantação de empreendimentos de lazer e turismo no meio rural, e o efeito-demonstração do tipo de organização predominante nos municípios vizinhos conformaram a reunião do comércio e da indústria locais na Associação Comercial e Industrial de Antônio Carlos. A Associação faz a interface do setor produtivo não agrário com o setor público, local e estadual, e participa de diversos conselhos e atividades.

Por sua vez, outra representação, a Igreja Católica, tem forte e hegemônica influência na formação do espírito religioso e comunitário dos antoniocarlenses, desde que as primeiras famílias de colonos alemães foram assentadas às margens do rio do Louro. Anota-se que as preocupações e iniciativas assistenciais, quando ainda ausente ou incipiente a ação do Estado, arregimentavam-se em torno da Igreja, como parte inerente das responsabilidades e deveres decorrentes da opção religiosa.

Fruto do Estatuto da Criança e do Adolescente o Conselho Tutelar da Infância e Juventude, com participação da comunidade na sua composição, por tratar de casos direta e quotidianamente, funciona como termômetro de problemas assistenciais agudos e tem no CMAS ponto de articulação.

A assistência social tem ainda em Antônio Carlos fortes laços com as forças sociais e econômicas locais. Todavia, progressivamente, nota-se que a motivação para assistir inspirada em motivos religiosos e altruístas, fruto da caridade posta em ação, torna-se complementar à atuação do Estado. O Estado laico e democrático, a consciência da cidadania, a busca de equidade como responsabilidade de Estado, bem como o custo, amplitude e especialização da assistência demandada levaram a assistência social e, portanto, a proteção ao idoso à condição de política pública. Ainda assim, a insuficiência da prestação e mesmo a conveniência da atuação coordenada implicam em que as políticas correspondentes contem com a participação da sociedade civil organizada.

A institucionalização do CMAS num modelo de representação paritária público-privado, com o setor privado representado por organizações do terceiro setor, de certo modo, parece simbolizar a compreensão de que isoladamente não será possível dar conta dos velhos e dos novos problemas que a atenção social apresenta.

A criação dos Conselhos Municipais de Assistência Social nos municípios, e em Antônio Carlos não foi diferente, em grande medida também reflete exigências das esferas

federal e estadual, como condição para o aporte de recursos e execução dos programas que concebem.

É neste cenário que Estado de Santa Catarina e o Ministério do Desenvolvimento Social em nome da União pactuaram em 2007 o compromisso de ver materializado o SUAS – Sistema Único de Assistência Social, claramente inspirado no modelo do SUS – Sistema Único de Saúde. O SUAS pretende ser um modelo de gestão descentralizado na oferta de serviços e benefícios sócio-assistenciais de proteção básica e proteção especial, cujo processo de regularização das políticas é estabelecido pela CIB/SC – Comissão Intergestora Bipartite, formada por representantes do governo estadual e das secretarias municipais de assistência social.

Conciliar os objetivos e metas nacionais e estaduais com as prioridades e especificidades locais, neste Brasil tão diversificado, será sempre um desafio aos gestores da assistência social. Um risco constante que ameaça os serviços locais é a perda de iniciativa para criar respostas novas e adaptadas às suas particularidades, pois passam a agir reflexamente segundo os estímulos (e desestímulos também) das instâncias superiores. Quanto menor a autonomia tributária dos municípios, quanto menor for sua capacidade deliberativa sobre a receita pública nacional, mais reflexiva será sua atuação. Este é um dilema inerente aos Estados Federados.

Como afirmado em uma das atas de reunião (p.10), o CMAS “é um espaço de formulação de políticas sociais e por isso é importante ter a visão de uma realidade mais ampla”. Todavia, sua tarefa não esteve só restrita à função planejamento, eis que incumbido foi de tomar decisões caso a caso, por exemplo, ao tratar da concessão de auxílios para construção ou reforma de moradias ou outras prestações assistenciais. Ao assumir algumas funções executivas o CMAS possibilitou que se tornassem colegiadas muitas decisões que habitualmente eram monocráticas. Esse fato, embora pudesse ter significado desviar esforços



dos conselheiros de questões mais amplas para o exame de situações concretas, tem num pequeno município o efeito positivo da transparência e da maior equidade na alocação dos recursos.

Nos seus 11 anos de existência o CMAS reuniu-se 54 vezes e dedicou-se a:

- Appreciar e aprovar os planos anuais e dois planos plurianuais de assistência social, e respectivas alterações, bem como apreciar e aprovar os relatórios periódicos da SMSAS de execução física e financeira dos serviços assistenciais, requisitos para o aporte de recursos estaduais e federais;
- Deliberar sobre pedidos de pessoas carentes de auxílios para aquisição de material para construção ou reforma de habitação e selecionar beneficiários de um programa de habitação popular da Companhia Habitacional do Estado;
- Deliberar sobre a composição de produtos para formar cestas básicas, bem como sobre o rol de pessoas beneficiárias para recebimento dos alimentos;
- Aprovar e acompanhar o programa de ação continuada destinado à população infantil de 0 a 6 anos e ao apoio aos Grupos de Convivência de Idosos;
- Articular eventos especiais como campanhas para coleta e doação de agasalhos e presentes de Natal;
- Manter um cadastro de beneficiários necessitados;
- Fazer a interface com os demais municípios da região em matéria de assistência social e com eles articular as posições da região para exposição ao nível estadual de governo;
- Contribuir para a consolidação do SUAS – Sistema Único de Assistência Social que em Santa Catarina foi objeto de compromisso firmado pelo Estado com o Ministério do Desenvolvimento Social, em setembro de 2007.

Examinando suas pautas e deliberações, verifica-se que o CMAS tem priorizado quatro segmentos: crianças até 6 anos, grupos de mulheres, grupos de idosos e mais

recentemente o grupo de portadores de necessidades especiais. Percebe-se que a reunião dos idosos em grupos organizados lhes deu melhor acesso ao Conselho para expressar suas necessidades.

Especificamente em relação aos idosos, o Conselho deixou registrado em seus documentos haver tratado de:

- Plano para construção de um Centro para Idosos;
- Solicitação de recursos ao Estado para diversas atividades de assistência aos idosos, tendo expressado em diversas ocasiões serem insuficientes os recursos repassados quando tomadas na devida conta as suas necessidades;
- Aprovação de gastos com medicamentos para idosos carentes;
- Aprovação e execução do programa de ação continuada que envolve os idosos do município;
- Apoio às ações dos diversos Grupos de Convivência de Idosos, que contam com recursos da contrapartida municipal e do Fundo Nacional de Assistência Social.

Em maio de 2006, o Conselho ampliou a meta a ser conveniada com o Estado e a União para um atendimento continuado a 250 idosos organizados nos Grupo de Convivência, sob o fundamento de que o município já “vinha realizando atenção a um número maior que o estimado”. Em 2008, o Fundo Nacional de Assistência Social pactuou como piso básico o atendimento a 181 crianças de 0 a 6 anos e 250 idosos. O município, porém vem atendendo 350 crianças e 270 idosos. Estes Grupos de Convivência recebem, portanto, também o apoio municipal e mantém fichas técnicas de atividades e de controle da participação efetiva de seus integrantes.

Da análise das informações coletadas observa-se que o CMAS, em conclusão, se move sobre os seguintes eixos:

- a) reconhecimento dos direitos (a partir da Constituição Federal de 1988, esses direitos tomaram forma mais explícita e foram consignados em diplomas como a Lei Orgânica da Saúde, Estatuto do Idoso, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Orgânica da Assistência Social, por exemplo) e esforços para formular e/ou dar seguimento a políticas sociais correspondentes;
- b) melhoria da organização e gestão para tornar mais efetivo e democrático o acesso das pessoas carentes à assistência social;
- c) busca continuada de recursos em outras esferas de governo e de suporte complementar na comunidade local;
- d) estímulo à participação e mobilização comunitária como supostos para a ação de assistência social;
- e) transparência de atos e prestação de contas, inclusive como condição para viabilizar as transferências intergovernamentais de recursos.

A presença mais ativa do setor público, materializada numa prestação assistencial, fruto de direitos sociais conquistados pela cidadania e não apenas dependente do altruísmo e da caridade religiosa, marca esses novos tempos trazidos pela Constituição de 1988, designada “cidadã”.

#### *Conselho Municipal de Saúde*

O Conselho Municipal de Saúde – CMS de Antônio Carlos foi instalado em 30 de junho de 1998 e é composto por 10 membros. Os mandatos são renovados a cada dois anos, permitida a recondução. Cabe ao setor público indicar quatro representantes, dos quais 3 representam órgãos municipais e um representa um órgão estadual. Os usuários, por meio de organizações da sociedade civil, indicam cinco representantes. E finalmente, a categoria dos profissionais da saúde indica um seu representante.

A representação do setor público é a seguinte:

- Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social – SMSAS
- Secretária Municipal de Educação e Cultura
- Secretaria Municipal de Administração e Finanças
- Secretaria de Estado da Agricultura – Epagri (Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de SC).

Os usuários têm assento no CMS por meio das seguintes organizações:

- Grupos de Convivência de Idosos
- Conselho Comunitário de Antônio Carlos
- Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Antônio Carlos
- Igreja Católica Apostólica Romana – Paróquia de Antônio Carlos
- Associação de Pais e Professores da Pré Escola Municipal Coração de Jesus

Como se observa a Igreja Católica, o Sindicato de Trabalhadores Rurais, os Idosos, a SMSAS e a Secretaria da Educação fazem parte tanto do CMS como do CMAS.

O exame da documentação disponível na secretaria do CMS permitiu identificar igualmente o protagonismo da SMSAS na formulação das pautas e submissão de propostas ao colegiado. Tramitam pelo CMS todos os assuntos associados ao sistema local de saúde, um sub-sistema do SUS – Sistema Único de Saúde. É, portanto, intensa e profunda a relação da SMSAS, como órgão executivo, com o Conselho, o qual funciona como instância deliberativa local e destacado ponto nodal onde ocorre a interface social dos múltiplos interesses e demandas associados à governança local da saúde.

A presença dos usuários dos serviços de saúde, por intermédio de organizações da sociedade civil, em metade dos assentos no Conselho expressa o modo pelo qual são exercidos o controle social e a contribuição comunitária às ações de saúde.

A rigor, os usuários, propriamente ditos, por não constituírem no município um grupo social minimamente estruturado, articulado e com objetivos, têm a sua representação mediada

por outras entidades da sociedade civil com representatividade e poder social capazes de assegurar a respectiva presença e mandato no colegiado. Assim como os idosos alçaram à condição de membros do Conselho, é correto supor que os usuários, se devidamente organizados e legitimados, fariam também valer sua condição e tomariam assento no Conselho. Por seu turno, as organizações representadas, como o Sindicato, o Conselho Comunitário, a Associação de Pais e Professores e a Igreja, exercem esse mister dentro do amplo quadro de poderes de representação que seus associados e fiéis lhes conferem.

Nos seus 10 anos de existência, o CMS reuniu-se 55 vezes e dedicou-se especialmente a:

- Analisar e aprovar, anualmente, o plano municipal de saúde, consubstanciado na Agenda Municipal de Saúde e tratar das eventuais alterações;
- Analisar e aprovar programas e projetos setoriais;
- Examinar e aprovar os relatórios contábeis periódicos do Fundo Municipal de Saúde, particularmente em relação à origem e aplicação dos recursos, detalhados por programas;
- Examinar e aprovar os dispêndios havidos em saúde e nutrição, ainda que não transitados pelo Fundo Municipal de Saúde;
- Analisar e aprovar relatórios de gestão sobre o desempenho dos serviços locais de atenção médica, odontológica e de enfermagem.
- Fazer cumprir as normas operacionais dos diversos programas e projetos em execução no município;
- Debater as dificuldades decorrentes da insuficiência dos recursos transferidos para atividades essenciais como, por exemplo, para a realização de exames-diagnósticos;

- Deliberar sobre a seleção de serviços de terceiros a serem contratados, como por exemplo, exames laboratoriais, bem como sobre a compra de medicamentos e sua distribuição para usuários de baixa renda;
- Deliberar sobre investimentos em equipamentos, instalações, veículos, obras de construção e reformas de prédios para atender a área da saúde;
- Deliberar sobre recrutamento, seleção e remuneração de pessoal, bem como sobre o pagamento de serviços contratados;
- Fazer a interface com os demais municípios da região e com eles articular posições da região para exposição ao nível estadual e federal de governo;
- Contribuir para a consolidação do SUS – Sistema Único de Saúde, tendo aprovado, em março de 2008, o Pacto que formalizou Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão;
- Aprovar e acompanhar o programa de Ação Continuada dirigido à população infantil (0 a 6 anos) e aos Grupos de Convivência de Idosos;
- Manter um cadastro de beneficiários.

A instalação do Conselho Municipal de Saúde teve por objetivo a criação de uma instância deliberativa local, capaz de formular as políticas de saúde, acompanhar e exercer adequado controle social sobre as ações do setor, e nela incorporar a participação e contribuição comunitária. O CMS não foi uma criação espontânea do município. Seu surgimento ocorreu na esteira da arquitetura do SUS que privilegia as decisões colegiadas e como condição de incorporação do município ao sistema. Em 1998, o município de Antônio Carlos integrou-se ao Sistema Único de Saúde habilitando-se à Gestão Plena de Atenção Básica, nos termos da NOB/96, então vigente, o que significava receber uma contribuição mensal unitária fixa por habitante. O município não reunia condições capazes de permitir-lhe

pretender a Gestão Plena do Sistema Municipal. Atualmente, o município incorporou-se ao novo regime, tendo firmado, em 2008, o “Pacto de Gestão”.

Examinando suas pautas e deliberações, verifica-se que o CMS tem priorizado quatro segmentos: crianças até 6 anos, grupos de mulheres, grupos de idosos e mais recentemente o grupo de portadores de necessidades especiais. Percebe-se que a reunião dos idosos em grupos organizados lhes proporcionou as condições objetivas para acesso ao Conselho e nele poder expressar suas necessidades.

A seguir se relatam alguns momentos relevantes na história das ações em saúde no município:

- a) junho/98 – primeira reunião do CMS; aprovação do pedido de habilitação à Gestão Plena da Atenção Básica no SUS; aprovação do Plano Municipal de Saúde.
- b) agosto/98 - solicitação de recursos a SES e MS para ampliação da Unidade Sanitária, aquisição de ambulância e equipamentos de informática; criação da Coordenação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e aprovação do Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais – apoio federal de R\$2.700 por ano.
- c) outubro/99 – insatisfação com a cota insuficiente atribuída ao município para a realização de exames de diagnóstico.
- d) dezembro/99 - conscientização dos profissionais para reduzirem os pedidos de exames; anúncio que em 2000 o município ingressaria no PSF com uma ESF (médico e enfermeira); apresentado o Programa de Agentes Comunitários - PAC, cujo projeto foi aprovado pela Câmara Municipal; reclamação pelo Sindicato de Trabalhadores Rurais de seu descredenciamento pela Prefeitura motivada pelo critério da universalidade determinado pelo SUS; aprovação pelo MS da construção de nova unidade de saúde.
- e) abril/00 – comunicação de que o Estado reduziu ainda mais o teto para a realização de exames de diagnóstico o que tem prejudicado a atenção médica.

- f) apresentada aos conselheiros ficha para registro do grau de satisfação dos usuários em relação ao atendimento, em face de reclamações existentes.
- g) junho/00 – apresentação e aprovação do PSF que contará com 3 ESF e do PAC que contará com 16 Agentes Comunitárias de Saúde; apresentação da planta arquitetônica da nova unidade de saúde, já em construção, e do rol de equipamentos a adquirir; anúncio da campanha anti-polio no município; aprovação da Programação Pactuada Integrada.
- h) setembro/00 – insatisfação com o fato de o Estado pagar diretamente a prestadores de serviços com recursos que deveriam ser repassados e geridos pelo município.
- i) abril/01 – anúncio de implantação de um prontuário único da família no PSF; anúncio da regionalização do PSF em 3 Micro-Regiões e de que o atendimento no Posto será realizado pelo médico da correspondente Micro-Região; anúncio da dificuldade de implantar a vigilância sanitária por falta de profissional; no campo da epidemiologia o Estado disponibilizou um profissional que se encontra licenciado o que inviabiliza a implantação da vigilância epidemiológica local.
- j) junho/01 – anúncio de ampliação do trabalho de dentista para fazer parceria com ESF em um trabalho de prevenção nas escolas.
- k) agosto 2001 – apresentado Programa de Saúde Bucal a ser implantado com atendimento nas escolas; relato de que famílias residentes fora do município, não cadastradas no PSF de Antônio Carlos estão comparecendo aos serviços do município e que devem buscar atendimento em seu local de origem.
- l) setembro/01 – aprovação da Agenda Municipal de Saúde 2001.
- m) julho/02 – anúncio recebimento do Estado de um veículo 0 km a título de premiação por cumprimento de metas.
- n) dezembro/02 – aprovação do Programa Bolsa Alimentação do governo federal.



o) março/03 – insatisfação com a cota de 1 ressonância e 2 tomografias alocadas, por mês, ao município; convite para a Conferência Regionalizada de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

p) setembro/03 – realização, em Antônio Carlos, de Conferência Municipal de Saúde, com o tema “A saúde que temos e o SUS que queremos”. Presentes representantes dos municípios de Antônio Carlos, Major Gercino, São Bonifácio, São Pedro de Alcântara, Angelina, Governador Celso Ramos e Anitápolis e da Secretaria de Estado da Saúde, cuja Secretária Adjunta proferiu palestra sobre o SUS e o financiamento da saúde. A Conferência Municipal, preparatória para a Conferência Estadual, abordou os seguintes 10 eixos temáticos, sobre os quais um grupo de trabalho formado por funcionários do município elencou as principais dificuldades enfrentadas e as respectivas proposições, como segue:

<b>Eixos Temáticos</b>	<b>Dificuldades</b>	<b>Proposições</b>
1) o direito à saúde	Falta de prestadores de serviço Falta de acesso a consultas e exames especializados Falta de exames de alto custo Faltam recursos para custear a municipalização da saúde Dificuldade de marcação de retorno Falta de leitos hospitalares	Aumento de recursos para saúde nas esferas estadual e federal Aquisição de equipamentos e contratação de pessoal Abertura de agendas profissionais e leitos, cujas vagas seriam administradas pela Central de Marcação Liberar todos os leitos hospitalares da rede pública para o SUS
2) seguridade social e saúde	Falta de rede de proteção social para dependentes químicos e portadores de deficiências, assim como redes para aquisição de órteses e próteses	Facilitar o acesso à atenção secundária e terciária a nível estadual
3) financiamento da saúde	Não cumprimento da EC 29 pelo Estado e União	Cumprir a EC 29, desvinculando os 15% da folha do pessoal da saúde Elevação do % da EC 29 a partir de 2005
4) as três esferas de governo e a construção do SUS	Falta de informação sobre as deliberações do CIB e CIT Baixo orçamento	Divulgar amplamente as ações Ajustar os orçamentos da PPI da Vigilância Sanitária e Epidemiológica à realidade e necessidade de cada município
5) gestão participativa	Falta de disponibilidade e desconhecimento do papel do CMS	Ampla divulgação do papel do CMS
6) o trabalho na saúde	Falta de treinamento e de suporte técnico aos municípios Orçamento duplamente contabilizado do PSF	Treinar e oferecer suporte técnico aos municípios Reestruturação das micro-regiões
7) a intersetorialidade das ações em saúde	Déficit habitacional Falta de saneamento básico Falta de segurança no trabalho	Maior disponibilização de recursos Conscientização da comunidade Facilitar recursos para construção da habitação rural
8) a organização da atenção à saúde	Falta de atendimento de referência Falta de educação continuada	Promover cursos de qualificação
9) ciência, tecnologia e saúde	Falta de valorização do ato médico Falta de acesso à tecnologia em saúde	Treinamento Facilitar o acesso
10) a comunicação em saúde	Falta de estrutura para o Conselho Municipal de Saúde Número excessivo de Portarias do Ministério da Saúde	Estruturação com informações, treinamento e divulgação do papel do CMS Estudo e avaliação criteriosa para emissão de portarias

Fonte: Ata da Conferência Municipal de Saúde – Grupo Antônio Carlos – 17/09/2003.

- q) dezembro/03 – aprovação da compra de um veículo para atendimento odontológico móvel e contratação de dentista e THD; referências sobre o bom andamento dos serviços de saúde em 2003.
- r) março/2004 – relatório e prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde e dos recursos recebidos dos programas: PSF, PAC, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, PAB, e Farmácia Básica; relato sobre o rol de pacientes na fila de espera para marcação de consultas especializadas.
- s) maio/04 – avaliação municipal do Pacto de Indicadores de Atenção Básica/2003 e aprovação do Pacto de Indicadores de Atenção Básica/2004; aprovação da Programação Pactuada Integrada/2004 com parâmetros de acompanhamento das ações de vigilância em saúde.
- t) julho/04 - apresentação do Programa de Saúde Bucal já em operação nas escolas com o uso do odontomóvel, merecendo avaliação positiva dos Conselheiros.
- u) setembro/04 - aprovação de um mutirão para eliminar o represamento em ressonância, tomografia e ortopedia; cirurgias de hérnia, vasectomia, laqueadura e fimose serão encaminhadas para o Hospital de São Bonifácio enquanto os casos psiquiátricos para o Instituto São José, segundo convênio da SES. Atendimento em Endodontia será conveniado com a Policlínica de São José.
- v) março/2005 – anúncio de curso de capacitação para ACS com apoio da UFSC; aprovação de projeto de saneamento básico em Canudos com recursos da FUNASA.
- x) maio/05 - aprovação do Pacto de Indicadores de Atenção Básica/2005.
- y) agosto/05 – aprovação da contratação, por R\$5.000 mensais, de pacote com 4 leitos psiquiátricos, 30 consultas médico/psiquiátricas, 20h semanais de atendimento por psicólogo, e 20h atendimento por farmacêutico; aprovação do VigiSUS com aporte estadual de R\$20.000 em 2 anos; aprovação do Projeto SAMU de atendimento móvel de urgência.

z) outubro/2005 – aprovação do plano plurianual em saúde 2005 a 2008; anúncio de disponibilidade para os Conselheiros de curso de capacitação em controle social; aprovação de contratação de serviço de fonoaudiologia; aprovação de uma pesquisa de satisfação do usuário dos serviços de saúde do município.

aa) maio/2006 – referência ao fator longevidade atribuído aos hábitos de vida e alimentação e os perigos trazidos pelo uso de agrotóxicos nas lavouras; aprovação do Pacto de Indicadores de Atenção Básica/2006; anúncio da criação formal da Farmácia Básica Municipal com contratação de Profissional habilitado.

ab) julho/06 - aprovação da Programação Pactuada Integrada/2006 com parâmetros de acompanhamento das ações de vigilância em saúde; aprovação do projeto do novo Centro de Saúde na sede do município.

ac) março/07 – aprovação dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde/ 2007; visita as obras do novo Centro de Saúde e aprovação da aplicação de recursos na compra do mobiliário e equipamentos.

ad) agosto/2007 – anúncio de nova Conferência Municipal em Saúde, a ter lugar em 31 de agosto, com o tema “Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento”; apresentação do relatório de cotas emitido pela CMCS/SES para consultas especializadas, alocadas aos municípios segundo o número de habitantes.

ae) 31 de agosto/2007 – A Conferência Municipal de Saúde desenvolveu-se sobre três eixos:

- Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento: aqui o município buscou avaliar a situação de saúde no país, os problemas prioritários, as possíveis causas e também as formas de enfrentamento, tendo como princípio estruturante a intersetorialidade.

- Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: SUS na seguridade social e o pacto pela vida: neste eixo defendeu-se o SUS como política de Estado e a afirmação da atenção à saúde como um direito de seguridade social.

- Participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde: neste eixo buscou-se refletir sobre modos de integração das diversas instâncias de controle social e a formulação de propostas para reorganizar e aprimorar os Conselhos e referências em saúde.

af) março/2008 – aprovação do pacto de gestão que formaliza as diretrizes operacionais do Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão; aprovação de edital para processo seletivo para suprimimento de vagas.

ag) maio/2008 – relato da falta de profissional médico e melhoria de salário para nova contratação.

ah) junho/2008 – relato de que as compras de medicamentos estão sendo feitas diretamente de distribuidoras para reduzir custos; análise e aprovação do relatório de produção na Unidade referente ao atendimento médico, de enfermagem e odontológico; apresentação do Telesaúde Brasil, programa que proporcionará aos profissionais da saúde atualização à distância; aprovação do projeto do jardim e estacionamento da Secretaria Municipal da Saúde.

ai) agosto/2008 – apresentado trabalho da pesquisadora ALSFM da UFSC sobre saúde bucal de idosos em Antônio Carlos, exposto em Congresso no Canadá; aprovada a mobilização para campanha contra a rubéola.

aj) outubro/2008 – exposição e aprovação do Plano Municipal de Vigilância Sanitária; aprovação da programação do encontro de portadores de necessidades especiais e cuidadores.

*Análise da atuação dos Conselhos sob a ótica da governança*<sup>103</sup>

Nos Conselhos operam atores-mandatários, cuja atuação vai além das histórias pessoais. Como atores sociais cumprem um mandato no qual exteriorizam o conjunto de posições, interesses, preocupações, a visão de mundo, dos grupos e segmentos organizados

que representam. Sua presença na composição dos Conselhos, por vários anos, revela a confiança conquistada no seio de suas organizações. A inexistência de mudanças nas entidades que compõem os Conselhos também revela o relativo poder que tais setores representados exercem e preservam na sociedade local. O exercício do poder político não deriva então, exclusivamente, do mandato popular colhido nas urnas. A inserção das organizações comunitárias no núcleo de decisão municipal traz novos componentes à cena das relações entre governantes e governados, implicando em maior controle social sobre os atos dos gestores públicos e favorece um modo mais cooperativo, mais negociado, mais atento às demandas dos usuários, mais impessoal e eqüitativo, no exercício do poder político.

O CMS e o CMAS, ainda que sejam órgãos da estrutura do executivo, correspondem pelo seu papel e atuação efetiva a instâncias moderadoras do poder discricionário que possui a chefia do executivo municipal e seu secretariado. O CMS surge no bojo da municipalização dos serviços de saúde e é o elemento distintivo da gestão compartilhada e colegiada do sistema local de saúde. De certa forma o SUS reduz, em parte, a autonomia dos municípios brasileiros e, neste cenário, reduz o espaço de decisão dos Prefeitos e dos agentes políticos locais, tanto no executivo como no legislativo. A concepção de um sistema único e universal, num país federado, implica, por definição, na cessão de poderes de cada esfera em prol da decisão coletiva.

Ademais, em Antônio Carlos e na maioria dos municípios brasileiros, dois vetores concorrem para a diminuição do campo de decisão dos agentes detentores de mandatos popular: a inserção da representação da sociedade organizada nos Conselhos e a dependência financeira do município em relação ao Estado e à União.

Assim, de um lado, a inserção de atores no núcleo de decisão da administração municipal, cujas raízes estão na sociedade civil organizada, exerce condicionamentos ao exercício do poder político conquistado democraticamente nas eleições. Tanto o Prefeito

Municipal, como o seu Vice e os Vereadores eleitos para a Câmara Municipal, de certo modo cedem parte de sua esfera de decisão em favor da órbita dos Conselhos, ainda que isto possa significar em alguns momentos um ponto de tensão política.

De outro lado, impossibilitados na capacidade de tributar e arrecadar, os municípios dependem de um sistema de transferências para dar conta dos encargos crescentes que lhes são cometidos. A dependência financeira dos municípios, resultado da concentração da receita pública principalmente na União, provoca o atrelamento das estruturas e ações municipais às demais instâncias federativas. Tal comportamento, se de um lado reduz e constrange a autonomia local, de outro propicia uma ação estadual e nacional mais coerente e ordenada.

O sistema de transferências que orienta o SUS e o SUAS é forte mecanismo indutor das ações locais e do direcionamento dos seus recursos. Assim, de um modo geral, os municípios são instados a guardarem aderência aos programas nacionais e estaduais.

O exame do conjunto de deliberações do CMS e do CMAS revela esta dependência e o esforço continuado para evitar a acomodação e ampliar o atendimento. Municípios como Antônio Carlos enfrentam, muitas vezes, a impossibilidade de aprovarem novos projetos por terem esgotado sua capacidade de prestar contrapartidas. Na medida em que a arrecadação cresce concentrada na União e nos Estados, ampliam-se iniciativas, destas esferas, inacessíveis aos municípios menos dotados financeiramente. Durante largo tempo o CMAS, por exemplo, debateu e adiou a implantação de uma organização comunitária dedicada ao atendimento de grupos especiais ante as dificuldades de a municipalidade poder assumir encargos adicionais.

Deve-se observar que esta limitação resulta não só da iníqua discriminação vertical da receita pública, mas também dos critérios de partilha horizontal, onde são penalizados, por exemplo, os municípios em que predomina a agricultura familiar, como Antônio Carlos.

A descentralização dos serviços de saúde da União para os Estados e Municípios e dos Estados na direção dos Municípios se deu mediante transferência de encargos sem o suficiente suporte financeiro e técnico. O assunto tem sido objeto de permanente debate e de movimentos reivindicatórios. Constatou-se que o financiamento da saúde tem sido um ponto de instabilidade no SUS. Em várias oportunidades os integrantes do CMS expressaram sua inconformidade com o nível de recursos transferidos pelo SUS em face do que seria necessário e poderia ser feito.

O mecanismo de responsabilidade compartilhada de que se reveste o SUS nem sempre é bem percebido ou compreendido por setores da população, de modo que as insuficiências e deficiências são simplesmente imputadas ao gestor local. Outros atores estratégicos não são facilmente percebidos pelo grande público como solidariamente responsáveis pela entrega dos serviços.

Mais próximos da população, pressionados pelas carências, os detentores de mandato no município, se de um lado perdem campo de decisão, por outro encontram nos Conselhos com gestão compartilhada a instância sancionadora e que dá legitimidade aos atos municipais. Por meio dos Conselhos as entidades ali presentes tornam-se avalistas das práticas de gestão. Isto sem prejuízo da contribuição efetiva que podem os Conselhos proporcionar na formulação e implementação das políticas locais de saúde e assistência social.

As forças políticas locais ao ascenderem ao poder democraticamente conquistado necessitam ver legitimada sua atuação e lutam para sua preservação por conta do reconhecimento social do acerto de suas ações. A harmonia, portanto, nas interfaces havidas no interior dos Conselhos e destes com os demais atores estratégicos da municipalidade é fator relevante para a governança em saúde. E não apenas em relação à condução das operações locais. A coesão demonstrada, neste âmbito, é pressuposto para uma adequada relação vertical com as demais esferas de governo e horizontal com os municípios da região e



do Estado. O enfraquecimento da governança local implica perda de substância da capacidade negociadora e reivindicadora do município e torna-se um óbice adicional à obtenção de suportes necessários no Estado e governo federal.

Os elementos de pesquisa recolhidos permitem considerar que é positiva a contribuição dos Conselhos, os quais até aqui tem fortalecido a governança local, na medida em que os atores estratégicos aí posicionados têm feito fluir as normas e decisões coletivas que afetam os sistemas da saúde e da assistência social em Antônio Carlos. Ainda assim, dado o relevo e as repercussões resultantes de sua tarefa, há espaço para aperfeiçoamento na operação dos Conselhos. Em particular, é necessário avançar numa melhor articulação no âmbito regional, aproveitando o modelo de descentralização adotado pelo Estado e incrementar, ainda mais, o envolvimento propositivo das entidades e grupos representados.

Sob o prisma de Antônio Carlos são também atores estratégicos em relação ao sistema local de saúde não só a União e o Estado, mas também seus vizinhos, especialmente, Biguaçu, São José e Florianópolis. Assim, por exemplo, no campo da saúde bucal do idoso, Antônio Carlos oferece a atenção básica, mas depende dos recursos instalados fora de seu território para os procedimentos mais complexos.

E isto ocorre em todos os demais campos, de modo que ao poder atuar apenas na entrega de serviços de atenção básica, a gestão da saúde em Antônio Carlos implica ordenar, ampliar, pactuar e assegurar o acesso de seus munícipes às estruturas e serviços localizados fora de seu território. Ou seja, o cumprimento dos princípios da integralidade e da acessibilidade implica no pequeno município um esforço gerencial bastante complexo e até diferenciado. O financiamento é misto, mas preponderantemente oriundo de outras esferas de governo. A prestação do serviço é executada parte em Antônio Carlos e parte em, pelo menos, três outros municípios, envolvendo organizações públicas e organizações privadas.

Mas, em última análise, recai sobre os gestores municipais a incumbência de fazer chegar ao seu cidadão a cobertura integral pública do SUS. Essa é a percepção da população local.

Pode-se afirmar que a jurisdição político-territorial de Antônio Carlos não coincide com a base territorial do respectivo sistema local de saúde, a rigor mais ampla. Isto é relevante, pois obriga os gestores a desdobrar o seu trabalho aplicando energias adicionais na interface com outros municípios e, também, com prestadores de serviço situados além fronteiras, para fazer valer o princípio da integralidade e da acessibilidade.

Incapaz, devido ao porte, de operar além da Atenção Básica, Antônio Carlos na última década avançou bastante na expansão e qualidade da prestação. Por duas oportunidades já foram efetuadas pesquisas de satisfação dos usuários e os resultados apurados foram bons e permitiram efetuar ajustes e correções. Todavia, há limites financeiros.

A administração municipal conviverá, ainda por muitos anos, com a pequena margem de recursos sobre os quais pode efetivamente decidir alocações alternativas. Boa parte da receita está comprometida com despesas que não podem ser reduzidas sem afronta à disposição de lei e o município já vem cumprindo e até superando os dispêndios mínimos em saúde e educação. Em conseqüência, a dificuldade de oferecimento de contrapartidas, que impliquem desembolsos financeiros para novos programas ou expansão dos atuais, é um desafio a enfrentar em relação ao financiamento do sistema local de saúde.

Para ajudar a compensar tal restrição orçamentária é relevante que a governança da saúde seja capaz de apresentar-se coesa, com suporte comunitário, bem como demonstrar boa qualidade no que faz e no que pretende fazer, enfim, competência técnica e política para formulação de suas políticas sociais.

O SUS converte em atores estratégicos da governança municipal os agentes públicos dos órgãos de saúde estaduais e federais. Mais que os agentes, cuja transitoriedade pode

ocorrer, são os próprios organismos reguladores estaduais e federais, e sua tecno-burocracia, que exercem este papel estratégico capaz de influenciar os rumos da saúde no município. Para serem ouvidos, numa relação menos desfavorável ou inferiorizada, os municípios menores dão encaminhamento aos seus pleitos pelos canais da representação político-parlamentar. Este é um padrão observável nas relações dos pequenos municípios com as esferas federal e estadual. Tal fato amplifica, por seu turno, a dependência em relação a parlamentares cujas bases eleitorais situam-se, via de regra, em municípios maiores, e que, portanto, de algum modo promovem uma arbitragem em relação às reivindicações. Tal papel de facilitador, ou de bloqueador, quem sabe, transforma muitos legisladores em atores estratégicos capazes de exercer forte influência, positiva ou negativa, no sistema local de saúde.

O pequeno município tem dificuldade para influir na formatação das normas e decisões que regem os procedimentos do SUS. No geral as regras a que está sujeito são as mesmas aplicáveis àqueles de maior porte. Como estas normas e decisões se modificam pela atuação de outros atores estratégicos no âmbito federal e estadual, escapa aos pequenos a possibilidade de atuação estratégica, ainda que sejam interessados. Daí que a articulação regional e organizada dos menores municípios dentro do Estado é condição para melhorarem seu poder relativo na governança do sistema estadual. Afinal, no Conselho Estadual de Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite, destacados pontos nodais do SUS no estado, os municípios mais populosos e mais fortes economicamente conseguem exercer maior protagonismo na representação municipal.

Além dos atores estratégicos, há outros grupos que, mesmo não tendo capacidade de modificar o rumo dos acontecimentos, têm interesse e envolvimento direto na operação do sistema municipal de saúde. Dentre estes, por exemplo, estão os fornecedores e prestadores de serviços e, paradoxalmente, os usuários. Adotadas as categorias de Hufty, Bascolo e Bazzani (2006) <sup>103</sup>, não são os usuários, diretamente, atores estratégicos, porém, compõem o mais

relevante “grupo de interesse” (*stakeholder*), na medida em que é o destinatário da provisão e produção dos serviços. A ressalva, aqui justo matizar, é que Antônio Carlos reservou aos idosos, usuários por excelência, assento no CMS e no CMAS. E porque? A resposta encontra-se na organicidade alcançada pelos Grupos de Convivência. Sua ascensão se deve ao trabalho de parceria da municipalidade com a comunidade na constituição e dinamização de grupos de convivência. Ainda que tenha baixo grau de formalidade, legitimou o segmento idoso da população para assumir papel deliberativo nos Conselhos.

### **3.8 Cidade Amiga do Idoso: instrumento para a promoção do envelhecimento saudável**

A existência nas cidades de um ambiente sócio-cultural de respeito à pessoa idosa e de reconhecimento do valor do envelhecimento saudável são pilares para o florescimento e sustentabilidade de ações de saúde dirigidas a este segmento. Sob tal inspiração, a Organização Mundial da Saúde, com o suporte do governo do Canadá lançou, no Rio de Janeiro, em 2005, no XVIII Congresso Internacional de Gerontologia e Geriatria, o projeto Cidade Amiga do Idoso. A partir daí, inicialmente foi construído um protocolo de pesquisa, denominado *Vancouver Protocol*, com o objetivo de orientar e calibrar a pesquisa em grupos focais, em 33 grandes cidades nos cinco continentes, com vista a gerar um guia identificador das características principais de cidades favoráveis aos idosos. O relatório final foi a base para a disponibilização, em 1º de outubro de 2007, Dia Internacional do Idoso, do Guia Global das Cidades Amigas do Idoso.

Segundo o Guia da OMS “uma cidade amiga do idoso adapta suas estruturas e serviços para que sejam acessíveis e incluídas de pessoas idosas, com diferentes necessidades e capacidades”. Na expressão de Kalache (2007) <sup>164</sup>, “uma cidade amiga do idoso estimula o envelhecimento ativo ao otimizar as oportunidades para saúde, participação e segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem”.

Como alerta a OMS, o guia não se destina a criar um *ranking* comparativo entre as cidades. Trata-se de uma contribuição para que as comunidades possam se auto-avaliar em oito categorias. E, sob a perspectiva do idoso, planejem e implementem ações que tornem mais amigáveis os lugares onde eles vivem, beneficiando a todos. O Guia é inspirador de melhores práticas na gestão municipal e segundo a OMS foi construído para auxiliar “grupos e pessoas interessadas em tornar suas cidades mais amigas dos idosos, como órgãos governamentais, organizações acadêmicas e de voluntários, o setor privado e grupos de cidadãos”<sup>164</sup>.

O Governo do Canadá, complementarmente ao projeto da OMS, desenvolveu um guia para caracterização de comunidades amigas dos idosos situadas em lugares remotos e áreas rurais daquele país. A pesquisa trabalhou com grupos focais de idosos, cuidadores e provedores de serviços para idosos, em 10 comunidades, com diversidade etnocultural e contando desde 600 até 5.000 habitantes, distribuídas por 8 províncias. O resultado final contempla um *checklist* que mantém as mesmas categorias de análise do guia da OMS e promove alguns ajustamentos apropriados à realidade canadense. Observa-se que a semente lançada pela OMS tem frutificado rapidamente e deverá se constituir em importante paradigma e peça de resistência na direção de melhores práticas sociais em favor dos idosos.

Em setembro de 2008, Montreal - Canadá, sediou a 9ª Conferência Global sobre o Envelhecimento sob os auspícios da *IFA - International Federation on Ageing*. O evento promoveu a conexão de órgãos governamentais, empresas, organizações não-governamentais e de setores acadêmicos em torno de complexa gama de questões associadas ao aumento da expectativa de vida e ao fenômeno disseminado do envelhecimento das populações. A Conferência refletiu o estado da arte e mostrou os avanços mundiais, nos últimos anos, na pesquisa e difusão de melhores práticas, políticas públicas e direitos que assegurem um envelhecimento saudável ao longo da vida. Três eixos principais orientaram a programação

técnica: saúde, participação e segurança, sustentados pelos três seguintes relevantes documentos oficiais: *United Nations Principles for Older Persons*, *UN Madrid International Plan of Action on Ageing* e *World Health Organization's Active Ageing Policy Framework*. A programação deu ênfase aos impactos que a criação de ambientes, espaços e práticas de *design, latu senso*, exercem sobre esses eixos temáticos, uma vez tratarem-se de um dos principais vetores da qualidade de vida dos idosos. Neste cenário foram expostas e analisadas as experiências para caracterizar as cidades e os equipamentos urbanos amigos dos idosos, iniciativas promissoras da OMS. O primeiro passo para intervenções mais qualificadas depende de uma avaliação das cidades sob as lentes das diversas categorias analíticas sugeridas pela OMS.

Nesse sentido, durante o trabalho da pesquisadora com os grupos focais em Antônio Carlos, foram transmitidas informações sobre o tema e daí emergiu recomendação para a aplicação do instrumento proposto pela OMS para que se dispusesse de uma primeira e pioneira abordagem. Dois aspectos sustentaram a conveniência desta contribuição preliminar: a longevidade de seus habitantes e a atuação dos grupos de convivência de idosos, colocados de forma recorrente como aspectos distintivos do município. A oportunidade e aderência ao escopo da tese contribuíram para a decisão de a pesquisadora aplicar o instrumento de coleta de dados Cidade Amiga do Idoso (Anexo 3) e efetuar uma primeira e geral análise. Esta iniciativa também pretendeu ser uma primeira semente para que Antônio Carlos aprofunde sua auto-análise e adote os paradigmas da OMS na construção do seu futuro.

#### *Aplicação do instrumento de avaliação*

O instrumento de avaliação foi apresentado a 20 informantes-chaves. Contou a pesquisadora com o auxílio logístico de uma aluna de graduação em Odontologia da UFSC. Os questionários foram entregues pessoalmente, oportunidade em que foram dadas as explicações sobre as circunstâncias e objetivo da pesquisa, e sobre o preenchimento do

questionário. Os informantes permaneceram com o formulário e devolveram-no dias depois. Dois informantes, não tendo devolvido o instrumento em 30 dias, foram substituídos por dois outros. As pessoas convidadas possuíam formação eclética e distintas experiências profissionais e de vida. Porém, de alguma forma interagiam com as questões de interesse dos idosos em Antônio Carlos. O conjunto de informantes-chaves selecionado ficou assim constituído (Quadro 11):

**Quadro 11 - Conjunto de informantes-chaves respondente do Instrumento Cidade Amiga do Idoso, Antonio Carlos, 2008.**

<b>Informantes-chaves</b>	<b>n</b>
Agentes comunitários de saúde	2
Comerciante local	1
Coordenador de grupo de convivência de idosos	1
Dirigente de estabelecimento escolar	1
Funcionário da prefeitura ligado á área da cultura e eventos	1
Idosos	2
Professor	1
Profissionais de nível superior do serviço local de saúde (áreas: enfermagem, medicina e odontologia)	3
Profissional assistente social	1
Religioso confessional	1
Secretários municipais	4
Vereadores/ex-Vereadores	2

### *Resultados*

A tabulação e análise das respostas ao instrumento de coleta (Apêndice 12) propiciaram os resultados seguintes, por categoria, quanto à percepção dos informantes sobre as condições que tornam uma cidade amigável aos idosos:

#### Categoria 1 – Espaços Abertos e Prédios

É a categoria em que Antônio Carlos mereceu a pior avaliação, de modo geral, negativa quanto a vias públicas, pavimentação, calçadas, tráfego, inexistência de ciclovias, e

oferta de banheiros públicos como nada favorecedores à locomoção e conforto dos idosos. As avaliações da segurança, limpeza e ruídos nas áreas públicas, se distribuem igualmente entre positivas e negativas. Como exceção registra-se a avaliação positiva sobre a disponibilidade e conservação de bancos públicos. O pequeno número de prédios de mais de um pavimento tornou prejudicada a avaliação das respectivas condições arquitetônicas favoráveis aos idosos. Como os serviços se concentram na sede do município e parte expressiva da população reside na área rural, registra-se que as principais vias de ligação são satisfatórias e na sede os serviços são de fácil acesso.

#### Categoria 2 – Transporte

As manifestações dos informantes-chaves sobre as diversas sub-categorias de análise contempladas no instrumento não permitem, no conjunto, uma avaliação clara sobre a variável “transporte”, se positiva ou negativa. No exame das diversas subcategorias, algumas foram avaliadas positivamente, outras negativamente e noutras os informantes discreparam. Foram bem avaliadas as pessoas que operam o transporte público coletivo e os táxis, bem como o comportamento social sobre a prioridade ao idoso para sentar. O transporte comunitário, inclusive por voluntários, também mereceu avaliação positiva. Negativas foram as avaliações das rotas, conexões e destinos do transporte coletivo, assim como a acessibilidade física (embarque/desembarque) e a lotação dos veículos. Todavia, foi positiva a avaliação das subcategorias limpeza, manutenção e sinalização dos ônibus. O registro é negativo, também, para falta de estacionamento reservado para idosos que utilizam veículos particulares. Sob o aspecto econômico não há óbice financeiro ao acesso ao transporte coletivo pelos idosos. Já as percepções divergem sem predominância de uma delas quando se trata de avaliar a confiabilidade, frequência, proximidade e condições dos pontos de parada, informações sobre o sistema de transporte público e suficiência de serviços de transporte de pessoas com necessidades especiais.



### Categoria 3 – Moradias

A avaliação se as “moradias” são amigáveis às pessoas idosas resultou positiva na percepção da maioria, mas houve divergências minoritárias. As moradias são edificadas com bons materiais, inclusive na área rural, todavia não são adaptadas para o uso especial por idosos residentes, embora espaçosas. Há indicação de desconhecimento sobre as possibilidades desta adaptação. De um modo geral se reconhece o bom ambiente das casas e os idosos costumam prosseguir residindo em seus lares, assim como os idosos dependentes com seus familiares. Envelhecer em casa é o costume e não há no município instituição de longa permanência para idosos. Muitos respondentes registraram a localização de moradias em áreas sujeitas a desastres como inundação, bem como a indisponibilidade de moradias a custo acessível para idosos.

### Categoria 4 – Participação Social

A manifestação das pessoas coincide no sentido de que em Antônio Carlos se promove e há estímulos à participação social do idoso. Assim, avaliam positivamente a acessibilidade, horários, custos, diversidade e os ambientes de realização de eventos comunitários. Esta percepção bastante favorável sobre a participação social dos idosos que vivem no município tem como raiz o funcionamento ativo dos diversos Grupos de Convivência instalados.

### Categoria 5 – Respeito e Inclusão Social

Nesta categoria de análise o grupo de informantes indica a prática da inclusão social, sem discriminação intergeracional, dos idosos na vida social e familiar. Os idosos são parceiros em decisões comunitárias, tanto a seu respeito como em outros assuntos da coletividade. De maneira geral, recebem reconhecimento da comunidade por sua contribuição no passado para a consolidação do município e formação do patrimônio familiar. A avaliação indica que os serviços públicos e privados são respeitosos no atendimento às pessoas idosas, e não discriminam contra os idosos mais pobres. Nesta avaliação, aparece como percepção

negativa o não aproveitamento dos mecanismos de conscientização social sobre o envelhecimento no ambiente das escolas, enquanto dividem-se por igual as opiniões positivas e negativas sobre a existência de oportunidades de o idoso compartilhar sua experiência de vida com outras gerações.

#### Categoria 6 – Participação Cívica e Emprego

As questões e respectivas respostas associadas à variável “emprego” destinadas à avaliação desta categoria ficaram prejudicadas, na medida em que construídas sob a ótica das relações de trabalho formal urbano. Os idosos em Antônio Carlos, majoritariamente tiveram na propriedade rural familiar seu trabalho e renda. Ainda que aposentados, costumam prosseguir trabalhando, segundo suas condições, na pequena propriedade sua ou de seus filhos. É neste contexto que os informantes-chaves indicam inexistir opções de emprego para os idosos. Também indicam, em unanimidade, a inexistência de programa de educação e capacitação continuada para idosos. Por outro lado, é positiva a avaliação sobre a participação cidadã dos idosos em organismos estruturados, sejam públicos ou do terceiro setor, e em grupos informais da comunidade ou ainda em eventos que tratam de questões comunitárias ou de seu interesse.

#### Categoria 7 – Comunicação e Informação

Por uma pequena margem, maior número de informantes-chaves considera positiva, suficiente, a oferta de informações à população idosa. Os residentes são alcançados por sinal de TV e rádio, mas muito pouco por mídia impressa. Já a comunicação verbal é subcategoria apontada por todos como muito praticada nos pontos de encontro, como igreja, clube, armazém/bar, ônibus. No campo do uso das modernas tecnologias (informática/internet, telefonia celular, caixas eletrônicos, interação telefônica em plataformas automáticas) como meio de informação, as pessoas entrevistadas se dividem e não há uma percepção majoritária sobre a adequação amigável ou não desses recursos à população idosa. Porém, observam que

o uso ainda é muito incipiente, o que permitiria lançar a hipótese de que o pouco uso decorre das inadequações.

#### Categoria 8 – Serviços Comunitários e de Saúde

É positiva a avaliação dos serviços comunitários e de saúde prestados aos idosos. Os informantes-chaves avaliam bem a acessibilidade aos serviços de assistência social e de saúde, bem como consideram seguros e acessíveis aos idosos, inclusive portadores de necessidades especiais, os locais de atendimento. Avaliam também positivamente as informações disponibilizadas sobre o sistema local de saúde e o acolhimento dado pelo pessoal administrativo que nele trabalha. É favorável a percepção sobre a oferta de serviços na atenção básica, sobre a respectiva adequação às necessidades dos idosos e a qualificação dos profissionais da saúde. Consideram serem mínimos os obstáculos econômicos pessoais para acesso a serviços de saúde e apoio comunitário. Finalmente, mereceu avaliação positiva da maioria dos informantes os serviços de atenção domiciliar a idosos e o trabalho de voluntários.

Complementando os resultados da avaliação por categorias, a organização e análise dos comentários facultativos, colocados ao final do questionário, permitiram recolher o seguinte:

a) sobre o instrumento de avaliação:

a.1. há reconhecimento de que o instrumento de avaliação é útil, abrangente, e pode ainda ser melhorado com alguns pequenos ajustes para melhor adaptação à condição de pequeno município com muitos idosos residindo na área rural.

a.2. o instrumento contribui para fazer repensar e trazer à tona carências e omissões que, ao passar dos anos, vão sendo incorporadas como padrão de normalidade. Pode ser um roteiro para a discussão em grupos.

b) sobre os idosos:

b.1. de um modo geral os idosos são bem acolhidos no serviço público local.

b.2. há um bom trabalho de parceria entre voluntários e municipalidade para a sustentabilidade dos grupos de convivência de idosos.

b.3. os antoniocarlenses demonstram admiração e respeito pelos seus idosos, em especial no convívio familiar, mas tal postura não se traduz, automaticamente, na adoção de práticas coletivas que tornem amigável o município onde vivem.

c) sobre o crescimento do município e a saúde dos idosos

c.1. são insuficientes os recursos financeiros, humanos e tecnológicos municipais para dar conta, tanto no centro urbano como no meio rural, do crescimento observado no município e das novas possibilidades de convívio social dos idosos.

### **3.9 Centro de Saúde Amigo do Idoso: acessibilidade na estruturação do serviço de saúde**

A Organização Mundial da Saúde tem reconhecido que a atenção prestada à pessoa ao longo do curso da vida nas Unidades Básicas de Saúde tem um papel determinante para um envelhecimento saudável. Indica, ainda, que essas unidades de saúde sejam amigáveis a todas as faixas etárias e aponta enfaticamente para que esses serviços sejam acolhedores e ajustados às necessidades dos idosos. Segundo a OMS a adequação das Unidades Básicas de Saúde <sup>165</sup> à população idosa, guardadas as peculiaridades locais, deve atender a um conjunto de princípios estruturados em três eixos, a saber:

1 - Informação, ensino e formação

Destaca-se: a formação básica de todos os profissionais da saúde em atuação na UBS, nas principais competências da atenção ao idoso e nas práticas sensíveis a problemas culturais, etários e de gênero; a prestação de informações adequadas aos idosos e cuidadores sobre a promoção da saúde, tratamentos e medicação.

## 2 - Sistemas de gestão da atenção primária

Destaca-se: facilitar acesso e informações sobre o funcionamento da UBS e adaptar os procedimentos administrativos às pessoas idosas; apoiar a continuidade da assistência até o nível terciário, assegurando que em todos haja bons registros; assegurar participação dos idosos nas decisões sobre a organização da atenção básica.

## 3 - Ambiente físico das unidades de atenção primária

Destaca-se: aplicar projeto arquitetônico adequado; assegurar transporte até a UBS; adotar projeto de sinalização compreensível aos idosos; identificar os profissionais de saúde; adotar pisos não derrapantes, móveis estáveis, passagens sem obstáculos e boa iluminação; manter instalações limpas e confortáveis.

Conforme mencionado, a Prefeitura Municipal de Antônio Carlos inaugurou o prédio de sua nova Unidade Básica de Saúde no segundo semestre de 2008. Ao final do ano a pesquisadora, ainda como consequência dos trabalhos com os grupos focais, efetuou pesquisa para verificar se a Unidade apresentava os elementos característicos de Unidade Amiga do Idoso <sup>165</sup> (Anexo 4).

### *Resultados*

No que se refere ao primeiro eixo observa-se que, em relação aos idosos que espontaneamente procuram a Unidade, os profissionais da saúde imprimem esforços para prestar bom atendimento clínico e informações adequadas. Adiante no capítulo Discussão tecer-se-ão comentários sobre a gestão dos serviços na atenção básica ao idoso. Constatou-se, também, que nenhuma atividade de qualificação e formação dos profissionais da saúde, dirigida à atenção dos idosos, foi efetuada nos últimos anos.

No que se refere ao segundo eixo observa-se que a participação dos idosos na gestão dos serviços de saúde, embora muito importante por sua posição estratégica, está circunscrita à representação no CMS e no CMAS. As informações sobre o trabalho na Unidade são

difundidas e há esforço para viabilizar o transporte até a Unidade daqueles que necessitam. A articulação e monitoramento nos demais níveis de atenção e respectivos prontuários de atendimento, tem espaço para aperfeiçoamentos.

No que se refere ao terceiro eixo, a pesquisadora seguiu o *check list* da OMS e observou o seguinte, em relação às respectivas categorias de análise:

- transporte público: a UBS é alcançada com ponto de embarque/desembarque em frente;
- entrada: não há obstáculos na entrada principal, nem escada, e o acesso a cadeirantes é adequado; a entrada é bastante larga e dotada de porta de correr automática; as saídas de emergência estão identificadas e são acessíveis.
- estacionamento: ajardinamento e estacionamento estavam em execução e foram previstas vagas exclusivas para veículos de idosos e portadores de necessidades especiais;
- elevador: identificado e com porta larga o bastante;
- telefone público: há;
- organização dos pavimentos: é boa a iluminação e ventilação, o piso não é escorregadio e todas as portas tem largura adequada; o *lay-out* na recepção é bom e não há obstáculos nas áreas de circulação; os funcionários prestam boa acolhida aos idosos;
- sanitários: há no salão de espera, acessíveis a cadeirantes, porém sem barras de apoio; possuem alarme de emergência. Não há chuveiro;
- local para refeições: de fácil acesso, fora do prédio da UBS;
- escada: degraus corretos e possui corrimão;
- corredores: largos e sem obstáculos, porém sem corrimãos;

A avaliação da pesquisadora, sobre a sinalização na UBS indicou o seguinte, por categoria de análise:

a) projeto de sinalização: letras e símbolos são bem visíveis, mas as expressões usadas nem sempre são simples e compreensíveis; não há sinalização em braile, nem orientações são inseridas em estruturas com vidro anti-reflexo.

b) local da sinalização: instalada em altura adequada no salão de espera e nos pontos que orientam a circulação; saídas de emergência estão bem sinalizadas;

c) tamanho das letras: permite boa visibilidade;

d) identificação pessoal: são utilizados jalecos com respectivo nome; em geral os funcionários são pessoas conhecidas dos idosos.

Em conclusão, a UBS de Antônio Carlos preenche com razoável completude os requisitos físicos para vir a ser considerada como Amiga do Idoso, desde que iniciativas adicionais, segundo as recomendações da OMS, sejam adotadas em relação aos eixos primeiro e segundo antes apresentados.

### **3.10 Capacitação para profissionais do serviço de saúde bucal: Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família - caminhos para a interdisciplinaridade**

Foi promovido evento de capacitação dos profissionais do serviço de saúde bucal como momento de fechamento desta etapa da pesquisa, quando a pesquisadora iniciou seu afastamento do campo para produzir o relatório compatível com o formato de Tese.

Optou-se pela modalidade de oficina, combinando momentos de apresentação de conteúdo com espaços destinados à discussão em grupo. Todos os cinco profissionais foram convidados a participar e se fizeram presentes, exceto um CD que estava em licença por motivos de saúde. A oficina foi coordenada pela pesquisadora, entretanto contou com a participação de uma Professora da UFSC, cuja experiência prática e embasamento teórico serviram para sustentar e elevar os níveis das discussões. Além disso, nesse momento considerou importante trazer um membro externo ao ambiente da pesquisa, constituindo uma

novidade, caracterizando um espaço diferenciado e privilegiado para os profissionais e também para a pesquisadora. A oficina ocorreu no auditório do CS, durante o período vespertino, no qual foram suspensas as atividades de atendimento à população.

O tema selecionado, a partir das discussões prévias nos grupos focais, foi “Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: caminhos para a interdisciplinaridade”. O roteiro da Oficina foi o seguinte:

#### 1. Apresentação dos participantes

#### 2. Reflexão

Saúde bucal no SUS: considerações sobre o processo de trabalho da Odontologia.

#### 3. Intervalo

#### 4. Apresentação de Slides

Após intervalo para lanche no próprio local, a palestrante seguiu a atividade com uma apresentação de slides sobre os seguintes temas: Atenção básica e processo de trabalho em saúde: aspectos históricos e conceituais; A estratégia saúde da família como estratégia, preferencial para organização do SUS: aspectos do processo de trabalho; Odontologia e a saúde da família; Odontologia no SUS: da demanda espontânea à ESF; Particularidades do processo de trabalho da odontologia no contexto da ESF: os diferentes espaços de trabalho, os trabalhadores envolvidos, a participação da comunidade, atenção individual, familiar e coletiva. Considerações sobre trabalho em equipe.

#### 5. Retomada da discussão e avaliação

Os profissionais participantes avaliaram a experiência como positiva. Tratou-se de uma oportunidade para repensar suas práticas a partir de referenciais teóricos, troca de informações e de experiências. Em alguns momentos o tom era de frustração, outros de desabafo. O diálogo constituiu a base da oficina. Tanto a palestrante como a pesquisadora procuraram fazer a mediação entre a descrição da situação corrente em Antônio Carlos e as



possibilidades de, em adotando novos horizontes para a ação, efetivar mudanças nas práticas. Algumas situações vivenciadas no presente momento pelo CD-ESF foram bem avaliadas, demonstrando-se a intenção de aprimorá-las no sentido de não se descartar totalmente o que vem sendo feito, mas de readaptar frente aos parâmetros apresentados pelo aparato jurídico-normativo do SUS e da ESF.

O momento político de renovação na gestão da Secretaria da Saúde foi citado como oportunidade estratégica para impulsionar um novo modelo de atenção que possa agregar as práticas tradicionais de atendimento à demanda espontânea com o a ESB na ESF. O estímulo à concretização dos princípios do SUS e a visão de um serviço de saúde bucal que redirecione o foco do tratamento da doença para a promoção da saúde (bucal) das pessoas, inclusive de grupos tradicionalmente colocados à margem do processo como o dos idosos, pautou as discussões. Foi unânime a solicitação dos profissionais para que sejam programados outros eventos semelhantes a este. Constatou-se que houve uma ‘injeção de ânimo’ nos profissionais.

## V. DISCUSSÃO

---

A incorporação de melhores práticas de cuidado à saúde bucal do idoso, no município de Antônio Carlos, passa necessariamente pela gestão do sistema local de saúde, pela articulação deste sub-sistema com o regional, o estadual e o nacional, todos sub-sistemas da trama que configura o Sistema Único de Saúde brasileiro; logo, passa pelo modo de produzir saúde por meio da ação dos serviços ofertados à população. Portanto, a discussão sobre a melhoria contínua do processo de trabalho em saúde bucal está involucrada na discussão sobre os modelos adotados de atenção e assistência à saúde. Recursivamente, parte-se do ponto ao qual se almeja chegar.

A partir da análise do próprio SUS, deseja-se aperfeiçoar o sistema local de saúde: aquele ao qual se impõe a responsabilidade e compromisso por tantas questões de saúde (ou de doença) que afetam a vida dos munícipes e nelas incluídas as questões relativas à saúde bucal de todos e, em especial, a do grupo dos idosos. O descuido em saúde bucal e a negligência com idosos, além de apontarem para a incompletude da atenção integral à saúde com os custos daí derivados significam uma disfunção do SUS e uma agressão a seus princípios. Portanto, a visão colocada neste trabalho é a daqueles que, por motivações pessoais ou coletivas, ao procederem a investigação sobre o campo da saúde do seu particular interesse, o fazem na perspectiva de um sistema maior, no caso brasileiro, o SUS.

A diversidade de campos especializados, dos agentes intervenientes, do mapa epidemiológico brasileiro, enfim, a diversidade sócio-cultural-econômica do Brasil, caracterizam um ambiente complexo e sugerem o apoio à construção de um sistema nacional de saúde. Neste sentido, o SUS deve ser encarado como obra nacional em permanente construção, um vir-a-ser, capaz de adaptar-se e de incorporar inovações. Os múltiplos motes e campos da saúde podem ter significados de máxima relevância para seus pesquisadores,

porém sob a ótica da coletividade, do compromisso com melhores dias para a população, do financiamento público das oportunidades de pesquisa é ético e também pragmático que seus trabalhos sejam construídos na perspectiva da melhoria contínua do sistema nacional, o SUS.

A sociedade brasileira insculpiu-o na Constituição cidadã de 1988 e tem sido uma das principais experiências institucionais da vida pública nacional, daí que a melhoria da saúde da população, a melhoria da saúde bucal da população idosa, são hoje no Brasil uma função do aperfeiçoamento do SUS. A discussão então emerge no cerne da complexidade, entre o particular (representado aqui pelo cuidado à saúde bucal do idoso) e o geral (o próprio SUS), que dialeticamente se relacionam e originam, a partir daí, novas formas de viver a vida e exercer o direito à saúde.

Ao pensar melhores práticas de cuidado à saúde bucal direcionada aos idosos, exercitou-se o exame crítico de um conjunto de fundamentos teóricos que constituem a base de sustentação dos novos (e velhos) paradigmas na área da saúde. A revisão bibliográfica mostrou as principais veredas. Num contexto de pesquisa construtivista, isso exigiu a imersão em áreas de menor domínio ou vivência, todavia necessária para a melhor compreensão das condições objetivas em que se dá a produção da saúde e nela a saúde bucal, num pequeno município. Compuseram reflexões acionadas, neste estudo, no espaço superposto da academia e do cotidiano dos serviços públicos de saúde. Buscou-se, por meio desta sinergia, operar os saberes acadêmicos necessários à produção do conhecimento novo que contribua para, recursivamente, melhorar a prática de hoje.

A produção de conhecimento científico, a partir de ensaios nos campos da prática social, procura a aproximação entre planos que, em Odontologia, ainda se mantêm distantes: o plano da teoria, o plano da retórica, o plano das práticas sociais. Neste aspecto, o SUS é um emblema. Esse distanciamento entre o que a evidência científica recomenda, o que se promete fazer e o que efetivamente se faz, é observável em diversas áreas e, também, na saúde bucal.

A tecnologia disponível e o corpo de princípios, propósitos e promessas do Sistema situam-se bem acima das práticas encontradas. Teoria e prática ao se visitarem, simultânea e continuamente, costumam produzir um espaço de intersecção extremamente produtivo, tanto no que diz respeito ao reforço e potencialização dos embasamentos teóricos-explicativos, quanto à concretização do ideal da produção social da saúde. As melhores práticas resultam, essencialmente, da experimentação teórico-prática no cotidiano da gestão e execução dos serviços de saúde. Os referenciais teóricos e métodos utilizados neste estudo suportam essa afirmação.

Geralmente, na formulação e implementação de políticas públicas de saúde no Brasil fica implícita uma sobrevalorização dos aspectos teóricos e retóricos em detrimento das vivências e experiências locais. Desconhecer estas variáveis como alertam Unger, Macq e Bredo et al (2000) <sup>125</sup>, traz subseqüentes problemas que constroem a implementação de políticas de saúde, especialmente em países menos desenvolvidos. Especificamente, apontam para as dificuldades na descentralização operacional e administrativa por defrontar-se com inadequadas estruturas organizacionais. As prescrições tornam-se pouco resolutivas, quando geradas centralmente e de modo homogêneo para o país. E menos ainda no Brasil dos pequenos, frágeis e desprovidos municípios.

Dependendo do contexto no qual essas prescrições são apresentadas, o sistema que se considera 'local' de saúde tem dificuldades para adaptar suas práticas, mobilizar recursos para implementá-las, tornar mais flexíveis suas estruturas e ser mais permeável à incorporação de novos conhecimentos. Numa dimensão mais focal do estudo, observou-se que a saúde bucal dos idosos de Antônio Carlos não é beneficiária do profícuo arsenal de conhecimentos e tecnologias existentes, capazes de converter essa carga teórica em produção e provisão de serviços de saúde. Nesse campo, é muito limitado o acesso de Antônio Carlos aos frutos do

progresso técnico e as novas tecnologias de gestão. Os gestores locais não têm ao seu dispor os meios indispensáveis para tanto.

Vive-se a era da informação e da geração de conhecimento. Todavia, a administração pública brasileira ainda apresenta uma configuração estrutural do tipo “máquina burocrática”<sup>124</sup>. Ainda que uns poucos programas de saúde pudessem se ajustar a essa configuração, por exemplo, uma campanha de vacinação de idosos, a descentralização, diversidade e logística da prestação de cuidados que é devida nos serviços de atenção básica em saúde não se amoldam a esse tipo de estrutura. Esta incompatibilidade do modelo de estrutura organizacional e de gestão presente nas três esferas de governo, suportada por forte aparato jurídico-normativo, de rigidez incompatível com a natureza das ações e serviços necessários, provoca distorções, ineficiências e frustrações. O que se encontra no sistema é um vasto receituário jurídico-normativo a ser seguido e sobre o qual são exercidos controles formais por diversas outras instâncias da máquina burocrática. Não há, contudo, a observação e valorização de como isto está sendo traduzido na prática dos sistemas locais de saúde, tão diversos, tão singulares e sem uma aproximação analítica sobre quais os resultados alcançados na saúde da população. Para superar incompatibilidade de tal natureza, Unger, Macq e Bredo (2000)<sup>125</sup> propõem, fundados na tipologia de Mintzberg, a adoção de um tipo organizacional que combina “forma divizionalizada” com “adhocracia”, a que denominam “adhocracia divizionalizada”. Em uma estrutura deste tipo, menos sujeita à rigidez hoje prevalente, haveria um ambiente organizacional mais propício à geração de melhores práticas em saúde, bem como a sua adoção. Dar conta da incompatibilidade aqui apontada e aparar as tensões daí derivadas constitui mais um desafio aos gestores e profissionais de saúde locais.

Após 20 anos de experiência do SUS, permanecem as tensões e ineficiências (também) causadas pela inadequação da estrutura organizacional das três esferas de governo, a qual deveria suportar a adequada operação do Sistema. A padronização do modelo estrutural

na administração pública brasileira para dar conta do diversificado mosaico de atividades assumidas pelo Estado é um complicador para o campo da saúde, pois o SUS, por suas características, exige melhor configuração. Esse é um dilema cuja superação ainda depende de muito estudo, vontade política e coragem para enfrentar resistências às mudanças.

Ao término desta pesquisa-ação na comunidade de Antônio Carlos, onde se pôde testemunhar os esforços de gestores, profissionais e comunidade para o bem fazer no campo da saúde coletiva, não há como fugir da constatação quanto à inadequação da estrutura organizacional vigente e, de outro, de que a comunidade opera modelos assistenciais exógenamente desenhados,

com pouca ou nenhuma interlocução com a realidade concreta. Racionalmente pensados, têm-se demonstrado pouco eficientes no cumprimento de seus objetivos, o que reforça a idéia de que as práticas podem ser mais eficazes quando postas como potentes ferramentas de construção do SUS [...] <sup>166</sup>.

Milhões de lares brasileiros parecem condenados à contemporaneidade sem compartilhamento, sem benefício, quando se examina a distância entre o que disponibiliza a evidência científica em saúde e as práticas e informações que conseguem alcançá-los. Para muitos essa combinação maravilhosa de ciência e informação, sem precedente na história da humanidade prosseguirá uma quimera. Ainda assim, dar conta das iniquidades, de superar os obstáculos ao acesso e à integralidade, é desafio a ser enfrentado por gestores e profissionais da saúde, pois diariamente são contrastados com as tensões e também frustrações daí derivadas.

Nestas circunstâncias, a fragilidade das estruturas locais pode ser compensada com a busca de um suporte comunitário. Por aí se encaminhou a governança antoniocarlense em saúde. Ainda assim, a adaptação e a concretização no município das políticas de saúde formuladas nas esferas superiores de governo dependem de uma série de fatores contextuais que parecem fugir do alcance dos próprios atores envolvidos: gestores, profissionais da saúde, usuários, enfim da população local. A percepção da pequenez perante o tamanho e

complexidade das questões implica o risco de acomodação e submissão. Aí pode se localizar outro problema-raiz. Há uma tendência reducionista dos processos, de rotinização dos procedimentos. Quando desmotivados ou desesperançados os trabalhadores da saúde alienam-se das responsabilidades últimas do serviço, daquelas que ultrapassam os estreitos limites da sua obrigação técnica formal. Deixam de exercer o comprometimento ativo com a causa da saúde e de atuar com visão resolutiva em relação à população-alvo.

Assim, a gestão local necessita potencializar os mecanismos que preveem e garantem a participação social nas deliberações sobre a saúde para que a população, usuária ou não, aproprie-se do SUS e também se sinta, por ele apropriada, assim como também devem sê-lo gestores e profissionais. Estes são confrontados com um sistema de regras operacionais cuja complexidade tende a afastá-los desse emaranhado, distanciá-los da gestão, aí consideradas as funções de planejamento, organização, controle e avaliação das ações. O refúgio, adstrito à relação com o paciente no procedimento clínico por si parece ser menos complicado, mais ágil, menos desgastante e sob seu direto controle profissional.

Adicionar questões relativas à governança dos sistemas locais de saúde que impliquem maior poder à representação social, mudanças estruturais e na gestão de pessoas, monitoramento de prioridades, maior transparência, revisão de procedimentos e compromissos, atualização das relações inter-governamentais, busca de maior resolutividade, entre outras, costuma gerar certo desconforto e insegurança e até resistência nos atores envolvidos. As mudanças organizacionais costumam gerar tensões e, se não forem bem conduzidas, podem produzir estereótipos equivocados que confundem, por exemplo, planejamento com perda de liberdade, organização com exposição, controle com falta de confiança, e avaliação com intromissão. Por isso, uma vez mais se pontua o efeito positivo das práticas de explicitação coletiva dos fundamentos e subjetividades que animam as atividades e processos que compõem o arcabouço das práticas em saúde, tais como teorias,

conceitos, crenças, valores, objetivos, evidências. Ao conferir relevo a essas dimensões e confrontá-las constantemente com a prática, novos padrões de atuação são (re)elaborados, viabilizando assim a construção de melhores práticas num sistema de saúde comprometido com a promoção da saúde e da vida.

A situação do município de Antônio Carlos não é discrepante da situação de muitos municípios brasileiros de pequeno porte, com poucos e frágeis mecanismos próprios para fazer frente às demandas de saúde-doença da sua população. Ainda assim, apresenta situações-contextos a partir das quais é possível acreditar e trabalhar a melhoria dos seus processos de gestão e operação do sistema local de saúde. A localização relativamente próxima à capital, o acesso pavimentado, a recepção dos meios de comunicação de massa, disponibilidade de infra-estrutura energética e de rodovias no interior do município, disponibilidade de água, o exercício de atividade econômica sustentável, o padrão de serviços locais e o grau de escolaridade, enfim são alguns dos elementos que contribuem para esta expectativa. Sua origem e de seus habitantes imprime características culturais como valorização do trabalho e da espiritualidade, integração comunitária, respeito à velhice, gosto por eventos sociais, cuidado com o padrão de residência, estímulo e valorização do estudo dos filhos, espírito empreendedor que moldam o estilo de vida da sua população. Suas características socioeconômicas de município agrícola, com predominância da pequena propriedade rural, estão longe de aprofundar desigualdades sociais ou de renda. Como reflexo disso, Antônio Carlos apresenta bons indicadores epidemiológicos e de qualidade de vida, destacando-se a longevidade.

Claramente a gestão pública de Antônio Carlos tem se esforçado, nos últimos anos, para seguir as orientações e diretrizes estaduais e federais no âmbito da saúde. A gestão da saúde e assistência social está atenta às mudanças e reformulações e, de certo modo, admite que ainda há muito a construir e lapidar, apesar dos avanços. As restrições orçamentárias e de



peçoal, e as relações inter-governamentais para alavancar recursos povoam as preocupações dos gestores. As insuficiências crônicas de recursos, agravadas pela elevação dos custos de prestação dos serviços de saúde, desencadeiam um processo de conquista de recursos adicionais e a ele, subjacente, se instaura um mecanismo de dependência financeira acompanhado de dependência política. Em última análise, significa também redução do campo de decisão dos agentes públicos locais.

É nesse contexto que se provoca um movimento de saída de uma aparente zona de conforto dos serviços de saúde bucal, para a reflexão e conseqüente desestabilização (no sentido positivo, de quebra de inércias e rotinas) das práticas consideradas tranqüilas e dominadas pelos seus agentes produtores e, até mesmo, pela população. A falta de avaliações coletivas periódicas, multiprofissionais, a falta de busca ativa de usuários, não faz emergir os óbices, identificar as eventuais carências e necessidades, constatar as defasagens. A verificação da necessidade de ajustes nos serviços e práticas gerenciais em saúde bucal não se revela quando há obstrução nos canais de comunicação dos profissionais entre si e destes com as demais áreas. Também os problemas não emergem quando se deixa à margem os procedimentos de planejamento e avaliação, oportunidade em que as pessoas podem colocar suas posições construtivas e orientadas para o agir qualificado. Tais procedimentos valorizam e qualificam a governança e criam canais legítimos, pelos quais deve fluir naturalmente o salutar controle cruzado dos papéis que incumbe a cada agente no processo de produção da saúde. Gerar um ambiente propício para a formação de uma equipe integrada e coesa que dê “respostas novas e efetivas para velhos e/ou emergentes problemas” é mais um desafio para os gestores locais. Superar o padrão de pressão-resposta por outro de programação-resposta contribui para melhorar a relação entre gestores, colegas da área e usuários.

Os dilemas enfrentados no cotidiano do SUS, bem descritos por Mendes (2001)<sup>167</sup>, como “competição versus cooperação”, “segmentação versus universalização”, “fragmentação

versus integração” e “municipalização autárquica versus microrregionalização cooperativa”, Antônio Carlos os vive na organização dos serviços de saúde, no desenho e construção do seu sistema local. Quanto à “municipalização autárquica” em contraposição à “microrregionalização cooperativa” à medida que se aperfeiçoa a gestão dos sistemas locais de saúde no âmbito da região que constitui o aglomerado urbano da Grande Florianópolis, a tendência é superar o isolamento autárquico e participar de uma ação regional mais cooperativa e integrada que venha efetivamente a constituir uma rede de serviços de saúde.

Recorde-se que a cobertura de assistência de média a alta complexidade para população de Antônio Carlos, implica em multiplicidade de pontos de atendimento, diversidade de prestadores, diferentes pactos a promover e controlar, maior dificuldade no acompanhamento do histórico de saúde dos pacientes. Isto exige dos gestores locais de saúde, em pequenos municípios, a habilidade de bons regentes para a condução de relações tão complexas e diversificadas. Assim, melhorias na capacidade de pactuar, coordenar, articular, controlar, tanto dos agentes do executivo municipal como dos Conselhos, são ingredientes indispensáveis nos avanços na integração regional e melhor resultado nas relações com os órgãos estaduais. A maior mobilização e atuação externa dos diversos atores representados nos Conselhos é uma força ainda a ser explorada.

Ainda que isto implique em maior sofisticação dos mecanismos de financiamento, a visão de estrutura em rede dos serviços supera as fronteiras políticas dos municípios e traz maior racionalidade no uso dos recursos instalados e na programação dos futuros investimentos. Assim, acima de uma visão dicotômica que põe tais conceitos em pólos opostos, melhor trabalhar uma visão de rede integrada de serviços onde estarão aqueles cuja provisão e produção incumbe à municipalidade de Antônio Carlos e aqueles outros que o município provê, mas são produzidos fora de seu território, sob a responsabilidade de outras municipalidades ou organizações como a SES-SC ou a UFSC. Ademais, se colocam na rede a

provisão por Antônio Carlos de outros serviços que contrata com prestadores privados dentro e fora de suas fronteiras.

Relatório produzido pelo Banco Mundial, por encomenda do Ministério da Saúde, sobre a governança no SUS, elencou uma série de situações que prejudicariam a qualidade dos serviços de saúde prestados, entendida ali, como a eficiência das ações. Para o Banco eficiência está diretamente relacionada ao retorno dos investimentos financeiros na área e aos impactos desejados na saúde da população. Os critérios e a visão prescritiva de boa governança, aplicada pelo Banco Mundial, subsidiariamente aos aportes financeiros, tem merecido críticas, especialmente porque se identifica nele visões de mundo com forte matiz ideológico, econômico-centrado. O relatório afirma que “a governança tem um impacto sobre a qualidade dos gastos públicos, a efetividade da gestão de recursos e a eficiência e qualidade da prestação de serviços”<sup>168</sup>. A assertiva como posta permite compreender a governança como uma variável intermediária, segundo as formulações de Hufty, Báscolo e Bazzani (2006)<sup>103</sup>.

Contudo é preciso entender a governança como capaz de estimular novos comportamentos dos agentes públicos e assim propiciar a oferta de serviços continuamente melhorados, não na perspectiva reducionista de “gastos”, mas de “investimento” público. No campo da gestão de pessoas isto é determinante no espaço da saúde onde a relação cuidador e ser-cuidado constitui o núcleo do processo de produção social da saúde. O estudo da governança não se limita a organizações de grande porte. Na área pública, os municípios, incluídos os pequenos, contém todos os elementos de complexidade que apresentam os de grande porte. As estruturas municipais são recriações miniaturizadas da estrutura do governo federal, excetuadas algumas funções. Assim, o exame da governança em saúde em um município como Antônio Carlos é potente ferramental analítico das políticas e das intervenções em saúde.

A partir das falas nos grupos focais e das inúmeras oportunidades de escuta e troca de idéias durante esta pesquisa-ação, ou seja, do que foi vivenciado durante a aplicação do MDI de Melhores Práticas observou-se que não é corrente a utilização de dados e análises para identificar problemas prioritários ou para servir de base para o planejamento em saúde no município. O sistema atual não consegue desenvolver planos fundamentados em evidências para nortear suas políticas e intervenções em saúde. Observou-se, também, a ausência de um planejamento integrado de longo prazo, tarefa que requer o compartilhamento com outras esferas governamentais, dada a dependência evidenciada. Mesmo considerando a exigência formal da elaboração de um Plano Municipal de Saúde, sua construção é fundada na experiência e intuição dos responsáveis por sua elaboração. De um modo geral está dirigido a explicitar objetivos e metas, mas carece de enunciado sobre as estratégias e sobre as ações para atingi-los.

Como visto na análise da atuação dos CMAS e CMS, a participação social ainda é tímida, por vezes insuficiente, deixando a cargo do executivo municipal a iniciativa e protagonismo. A pesquisa em Antônio Carlos, ao examinar as relações intergovernamentais, mostra que os gestores locais possuem autonomia bastante limitada para planejar a prestação de serviços, decidir sobre a alocação e remanejamento de recursos e enfrentam dificuldades na articulação da atenção primária com os níveis de maior complexidade, cuja atuação está fora de seus domínios territoriais e gerenciais. E, finalmente, convivem com a crônica insuficiência de recursos para um nível melhor de atenção.

Embora “o engajamento da sociedade civil em arenas de formulação e deliberação das políticas ainda está longe de alcançar a plenitude da democracia” <sup>169</sup>, os Conselhos corresponderam a uma nova prática gerencial nas questões de saúde. É evidente que cada Conselho vive a sua circunstância, mas o mecanismo implantado veio para ficar e

corresponde aos gestores o seu aperfeiçoamento com vista a assegurar a participação dos usuários e o efetivo controle social.

Por sua configuração e destinação, os Conselhos cumprem o papel de mediar politicamente as expressões das necessidades e demandas gerais da população e específicas de seus grupamentos constitutivos, assim como as respostas proporcionadas pelo setor público. Esta mediação, todavia, é exercida nos limites impostos pelo arcabouço de normas exógenas a que está submetido o sistema local de saúde e por aquelas fixadas pela Câmara Municipal, pelo Executivo e pelos próprios Conselhos. Segundo Assis e Villa (2003) <sup>170</sup>, os Conselhos

devem ter como eixos orientadores a representatividade de seus membros, a visibilidade de suas proposições, a transparência das relações e articulação com a sociedade para garantir o processo democrático e a qualidade das ações.

O diálogo, o debate franco e a transparência dos atos pautaram o comportamento no seio dos Conselhos como se apurou da documentação compulsada e dos relatos colhidos.

Observou-se que Antônio Carlos efetua regularmente a prestação de contas dos recursos que lhe são transferidos e mantém registros e controles orçamentários. As contas, antes de serem encaminhadas aos órgãos de controle, são apresentadas e submetidas à aprovação do CMS. O município vem cumprindo o percentual mínimo estabelecido na Constituição Federal, artigo 198, referente aos recursos a serem gastos com saúde (11,4% em 2000, 14,7% em 2001, 16,7% em 2002, 18,7% em 2003, 15,4% em 2004 e 15,4% em 2005, segundo o Tribunal de Contas do Estado de SC). Tais procedimentos, como praxe na administração pública brasileira, estão focalizados na obediência formal a um vasto conjunto de regras procedimentais, sujeita ao controle de organismos de auditoria, todavia não há avaliação de resultados. No nível dos serviços de saúde, não se constata práticas de monitoramento ou supervisão, para além das aprovações dos Pactos de Indicadores da Atenção Básica, aprovados pelo CMS.

As atividades de suporte têm suas decisões centralizadas na pessoa do gestor municipal a quem se atribui papel de regente das operações do sistema local. A rigidez e a estandarização das regras do processo licitatório, associadas à falta de programação dificultam o gerenciamento dos estoques, implicando em problemas recorrentes na especificação de produtos, baixa qualidade do produto fornecido em contrapartida do critério menor preço, alentados prazos de reposição de alguns produtos e convivência com níveis críticos de insumos. A manutenção de equipamentos e conservação/ampliação da infraestrutura depende da disponibilidade de fundos estaduais e federais. Verifica-se a carência de mais profissionais qualificados em determinadas áreas e, também, no setor técnico-administrativo. Não há um sistema de incentivos e de avaliação de desempenho e relatou-se o baixo nível de remuneração do pessoal qualificado, causa principal da elevada rotatividade de médicos e em segundo lugar de enfermeiros, o que compromete a continuidade da ação. Embora tenha havido melhoria na capacidade instalada para atender a demanda com a inauguração do novo CS, há carência de serviços de saúde especializados na rede de regionalizada e falta suporte para exames diagnósticos <sup>168</sup>.

Na análise de Trevisan e Junqueira (2007) <sup>171</sup>, “a implantação do SUS enfrenta descompassos gerenciais”, pois a pressão pela diminuição dos custos compromete o princípio da universalidade e, embora tenha havido pretensamente descentralização de decisões para o nível local, as transferências de recursos não acompanharam este movimento. Agravando as dificuldades do financiamento há outro dilema muito próximo: a compatibilização entre o princípio da descentralização e o conceito de redes de atenção à saúde. Os autores defendem o Pacto de Gestão como instrumento mediador, cuja potência seria dada pela consideração simultânea de um “*mix* do planejamento em saúde com as possibilidades políticas e com os limites da ‘vontade’ da população-alvo, aceitando as diferenças na ‘visão de mundo’ de cada um dos atores envolvidos”. Este instrumento aplicado no bojo do “planejamento

participativo” possibilitaria um melhor aproveitamento das oportunidades de promoção de saúde, e prioridade para os investimentos nas áreas de menor densidade tecnológica, a partir de critérios específicos de identificação de necessidades <sup>171</sup>.

O Pacto de Gestão, firmado há um ano pelo município, constituiu importante passo na adoção de novos compromissos com a reformulação do sistema local de saúde e se aproxima da noção de governança, ao reforçar o princípio da responsabilização dos gestores em relação às ações de saúde desenvolvidas no município. Estimula-se a composição solidária com outros municípios vizinhos, o que no caso de Antônio Carlos, constitui uma interlocução necessária e viável.

Os primeiros passos em direção à mudança estão sendo dados. Entretanto, a adoção de tecnologias associadas à melhora da qualidade em serviços de saúde pode enfrentar obstáculos, entre os quais se mencionam: a) a resistência de profissionais aos processos de avaliação; b) a variedade de profissões (e conseqüentemente interesses) envolvidas; c) a ausência de simetria de informação entre usuários e profissionais/gestores, em relação ao conhecimento inerente à prestação do serviço; d) a variabilidade da assistência demandada e o comportamento único de cada usuário. Mintzberg (1995) ressalta que nas burocracias profissionais o exercício do trabalho sofre controle e padronização conduzidos por organismos externos (conselhos, universidades), fato que enfraquece a vinculação dos profissionais com a organização e potencializa a resistência às mudanças <sup>172</sup>. Daí que Mintzberg, como relata Ham (2003) <sup>173</sup>, recomenda promover o engajamento dos profissionais nos processos de reforma ante o grande poder de influência que movimentos corporativos podem exercer sobre os gestores nas chamadas “burocracias profissionais”. Nos grupos focais e durante as atividades de capacitação promovidas pela pesquisadora, verificou-se que há campo para angariar esse engajamento necessário dos profissionais em processos de melhoria contínua. Claro, porém, que seu maior envolvimento nos processos de decisão, se de

um lado aponta para melhores resultados na prestação de serviços, de outro coloca na agenda as pretensões corporativas de adoção de mecanismos de reconhecimento, recompensa e, às vezes, privilegiamento na política de pessoal e salarial.

Simard e Rice (2005) <sup>174</sup> identificam três principais categorias para a análise das dificuldades potenciais na transferência, difusão e implementação de melhores práticas. A primeira diz respeito ao contexto organizacional (ambiente, cultura, identidade, tamanho e capacidade de aprendizagem); a segunda categoria está relacionada ao próprio processo de difusão (estágios, atributos da inovação, elemento receptor, conhecimento a ser transferido); e, finalmente, a terceira refere-se à gestão (em especial, grau de comprometimento, capacitação, sistema de recompensas).

Os esforços sustentados de melhoria de práticas requerem amplo comprometimento de todos os níveis da organização, fato efetivamente complexo no âmbito do serviço público. Segundo os formuladores do MDI, as Melhores Práticas em Promoção da Saúde/Saúde Pública são construídas quando os processos e atividades associados ao estudo da situação organizacional e de saúde e a condução de pesquisas/avaliação refletem os princípios da PS em cada um dos sub-domínios propostos pelo modelo: a) Valores, objetivos e preceitos éticos; b) Fundamentos teóricos/conceitos e crenças; evidência; e c) Visão e análise da organização e da situação de saúde. Nesta perspectiva, cada identificação de ação/procedimento de melhor prática, construída nos grupos focais e ajustada ao contexto estudado, está em conformidade com os princípios da PS em cada sub-domínio, nos níveis individual, grupal e organizacional. Em Antônio Carlos, foram também identificadas zonas de conflito, concordâncias e diferenças, em cada sub-domínio, ao mesmo tempo em que foram constantemente revisitados os princípios da PS para assegurar que permanecessem apropriados e relevantes e que se encontravam potencialmente integráveis às práticas propostas. Em geral, conseguiu-se garantir a consistência entre todos os domínios e sub-domínios do modelo <sup>175</sup>.



Nesse sentido, os princípios da PS estiveram constantemente balizando os trabalhos. Interessante ressaltar que, grosso modo, os participantes possuíam uma visão bastante abrangente dos referenciais da Promoção de Saúde, reforçada por um entendimento ampliado do conceito de saúde e pelo reconhecimento dos determinantes sociais no processo saúde-doença. Todavia, esta visão não alcançava as práticas realizadas pelos serviços, tanto nos níveis individuais como coletivos, e entre gestores, profissionais e usuários idosos. Importante desafio à governança é fazer com que os princípios explicitados individualmente sejam incorporados nos papéis que cada um desempenha no sistema local, reduzindo assim a distância tão comum entre a retórica e a prática. O uso do instrumental MDI facilita a constatação destas dessintonias, estimula a identificação das causas e promove os esforços para corrigi-las.

O arcabouço teórico que sustenta o ideário da Promoção da Saúde vem sendo apresentado e discutido na literatura há mais de 20 anos. Nesse período de tempo foi agregando conceitos e referenciais que o fizeram ser validado e que o fez ganhar corpo e adeptos, principalmente no que diz respeito à sua viabilidade e aplicabilidade enquanto filosofia orientadora de políticas, decisões e, no plano concreto, na implementação de ações/práticas/procedimentos.

Atualmente, o referencial da Promoção da Saúde inclui elementos-chaves indispensáveis a uma análise abrangente das potencialidades da PS como processo, cujo fim último é a melhoria das condições de vida e saúde das pessoas<sup>176</sup>. A teoria da determinação social do processo saúde-doença constitui um desses elementos ao considerar, de forma bastante ampla, que as condições sociais e de vida das pessoas estão diretamente relacionadas à possibilidade de virem a manter-se saudáveis ou adoecerem. Outro elemento que ganhou corpo, e fala de perto a Antônio Carlos, é o foco no desenvolvimento ou reforço na capacidade individual e coletiva de tomar controle dos condicionantes da saúde por meio da

participação, da inclusão, do respeito ao próximo, do compartilhamento de poder, do envolvimento comunitário, do empoderamento e da garantia de princípios como justiça social e equidade. Antônio Carlos apresenta potencialidades estimuladoras que se reportam à origem e formação do município. Esses traços marcantes e relevantes estão na base da formação social de Antônio Carlos e devem ser valorizados e trabalhados sob pena de se perderem engolfados num processo de crescimento descuidado, induzido de fora para dentro, geralmente demolidor. Numa perspectiva de PS, essa análise do contexto/ambiente de Antônio Carlos é fundamental, visto que fatores políticos, econômicos, geográficos, demográficos, sociais e culturais criam condições diferenciadas à mudança.

Nesta análise, deve-se evitar o viés de só buscar e ponderar o que está ausente, escasso ou ruim. Mais que isso, ao trabalhar a PS em campo, como é o caso presente, é imperioso reconhecer os elementos positivos de uma comunidade, suas forças e diferenciais ativos, suas vantagens contextuais, envidando esforços no sentido de fortalecer e aumentar esse patrimônio. Assim, as estratégias das quais a PS lança mão para alcançar seus objetivos são múltiplas e pertencem ao mundo da complexidade.

As estratégias associadas à PS envolvem, pelo menos, questões relativas à comunicação, educação, mudança organizacional, desenvolvimento comunitário, *advocacy*, governança, e formulação e implementação de políticas públicas<sup>176</sup>. Ainda que esta última tenha sido considerada na literatura a intervenção mais efetiva e de maior impacto na área da saúde<sup>176</sup>, a complexidade das organizações e da vida social, tem emprestado relevo e importância à governança como variável capaz de viabilizar a formulação e implementação das políticas ou então de frustrá-las.

O referencial da PS, ao ser operacionalizado, carrega consigo semelhanças a outros referenciais no qual planejamento, avaliação, pesquisa, evidência científica, foco em boas práticas e determinação da população-alvo são também considerados. Entretanto, o diferencial

é a efetiva participação dos envolvidos, tanto na avaliação quanto na pesquisa, o engajamento dos tomadores de decisão e gestores, o levantamento não só das necessidades, mas de todo o contexto situacional, a determinação de objetivos positivos, a seleção de indicadores que vão além da expressão da morbi-mortalidade e que incluam os determinantes do processo saúde-doença.

A PS, enquanto arcabouço teórico, extrapola os limites teóricos das ciências da saúde, haja vista a variedade de teorias, conceitos e modelos que ela agrega e se faz usuária. A associação de abordagens quantitativas e qualitativas torna-se, também, ingrediente contemplado nos métodos de formulação, implementação e avaliação das práticas de Promoção da Saúde.

Investigações cuja arquitetura metodológica pressupõem uma intervenção, como a presente pesquisa-ação, constituem novas fronteiras de possibilidades de aproximação de referenciais teóricos como o da PS às práticas do cotidiano dos sistemas de saúde. Por meio da aplicação da plataforma de trabalho MDI de Melhores Práticas, que adota os referentes da PS, foi possível revelar práticas específicas (atividades e processos) de cuidado à saúde bucal do idoso que representam clara evolução e melhoria em relação ao padrão encontrado no nível assistencial: procedimental, baseado em queixa-conduta, medicalizante e tecnicista.

Alinhados às recomendações de Jackson; Perkins e Khandor (2006)<sup>176</sup>, após revisão sobre a efetividade de estratégias de PS, os participantes demonstraram capacidade de visualização dos efeitos da formulação e implementação de políticas públicas saudáveis na melhoria dos indicadores de saúde, inclusive na saúde bucal dos idosos. Isto poderia ser efetivado por meio de reforço ao cumprimento dos princípios do SUS e ESF e realização de parcerias intersetoriais. A necessidade de serem criados ambientes suportivos nos níveis estrutural-político (ex. reorientação do modelo assistencial), social (ex. grupos), individual (ex. autocuidado) também foi reconhecida.

Já o enunciado de estratégias para potencializar a ação comunitária em saúde bucal do idoso foi bastante restrito, provavelmente porque ainda os velhos estigmas formam barreiras de constrangimentos para uma ação coletiva dos idosos em sua defesa. Também foi limitada a compreensão de que o desenvolvimento de habilidades/capacidades pessoais para o autocuidado deva ser combinado a outras estratégias para ser efetivo. Isto porque, atribuem ao idoso à responsabilidade pessoal pela manutenção de sua saúde (inclusive bucal), bem como pela ida aos serviços de saúde e pela resolutividade dos seus problemas bucais. Apesar disso, foram contempladas intervenções que empregam um conjunto de estratégias e ações em múltiplos níveis e setores, revelando a aderência da construção de Melhores Práticas aos princípios da Promoção da Saúde.

O ambiente familiar é valorizado, pois a transmissão da experiência e o exemplo pessoal com vista à boa saúde bucal dos mais novos é também indutor de um melhor autocuidado do próprio idoso. Deve haver estímulo e suporte social efetivo para que os idosos permaneçam em seus lares convivendo com seus familiares e amigos em harmonia e compartilhando seu tempo e suas experiências, participando de grupos, entidades ou associações que estimulem não só o lazer e o ócio, mas também a integração destas pessoas em torno de objetivos comuns. Os grupos de convivência de idosos são frutíferos espaços de transformação e exercício da cidadania do idoso. Neles, há um maior engajamento dos idosos em defesa de seus interesses, um despertar coletivo de consciência para a transformação, estímulo à participação cidadã e realce do poder do voto quando atuam em coletividade.

Os coordenadores de grupos devem estar conscientes da relevância do seu papel e serem capacitados para trabalhar da melhor forma todos os aspectos da vida e da saúde de um grupo de idosos. Os grupos de idosos de Antônio Carlos promovem, principalmente, encontros com fins religiosos, sociais e de lazer (missa, jogos, bailes e lanches) e, assim, se tornam potente mecanismo de socialização. A oportunidade destes encontros tem servido para

a difusão de conhecimentos e informações pontuais de saúde. Porém, podem facilitar um trabalho mais estruturado e de longo prazo. O aprimoramento e profissionalização das ações desenvolvidas, bem como a inclusão de outros profissionais da saúde e áreas afins num calendário um pouco mais ampliado de atividades pode impulsioná-los a um salto qualitativo consolidando estes grupos como agentes de produção de práticas de saúde, de educação, de promoção de estilos de vida mais saudáveis, de conscientização de direitos. Esta estratégia de ação contribuirá para o empoderamento dos idosos e das comunidades a que pertencem.

A efetividade do empoderamento na melhoria da saúde das pessoas foi constatada em estudo de metanálise <sup>71</sup>, sendo considerada uma estratégia viável e promissora na capacidade de produzir impacto nos indicadores de saúde, desde que integrada às estratégias mais amplas de PS como: a) aumento das habilidades das pessoas, acesso a informação e recursos; b) canalização dos esforços de grupos para desenvolver consciência crítica, construir ambiente suportivos bem como uma noção mais aprofundada de comunidade; c) promoção da ação comunitária por meio do envolvimento da coletividade nos processos de decisão-ação; d) reforço das políticas públicas saudáveis por meio de ações intersetoriais, compartilhamento da autoridade com a comunidade, transparência e *accountability*, e) envolvimento da comunidade nas definições e ações sobre o que é necessário para a mesma, inclusive nas questões de saúde.

O município brasileiro possui competência para realizar, dentro da sua esfera de autonomia e compartilhando essa competência com as demais esferas de governo, os preceitos constitucionais de formulação e implementação de políticas públicas intersetoriais que propiciem maior bem estar e saúde à sua população <sup>177</sup>. O conjunto dos municípios é rico em diversidade e como instituição política local é o resultado da formação histórica, econômica e cultural do país. Este padrão se reproduz em Santa Catarina, onde as diversas formas de ocupação do território, as diversas etnias e culturas e as diferentes regiões geográficas

moldaram um ambiente propício ao desenvolvimento econômico e social. Se de uma parte, a diversidade pode indicar dificuldades na implementação das ações de saúde, de outro a multiplicidade de experiências oferece mais amplitude de possibilidades. A experiência em Antônio Carlos corrobora que semelhanças e diferenças merecem ser alvo de estudos e comparações, de modo a apreender-se como cada um lida com os seus problemas <sup>177</sup>. Há um vasto campo de aprendizado, ainda inexplorado, a partir do compartilhamento de experiências municipais. A melhoria continuada dos sistemas locais que integram o SUS será facilitada com a ampliação das trocas de experiência, suportadas por um novo marco de gestão com estruturas mais flexíveis, menos formalismo e foco em resultados.

Na visão de Andrade (2006) <sup>177</sup> “a proposta da PS e o discurso da intersetorialidade confrontam-se com a organização dos aparatos fundados numa lógica setorial e verticalmente hierarquizada”. Mesmo num pequeno município como Antônio Carlos isto é realidade, que reproduz o nível nacional e o estadual. Constatou-se que “sobre a intersetorialidade há um consenso discursivo e um dissenso prático” <sup>177</sup>. Ao mesmo tempo em que se reconhece a determinação social do processo saúde-doença, elencando condicionantes externos ao setor saúde, se

atribui a uma política setorial o papel de divulgar esses condicionantes e determinantes e de formular políticas públicas de saúde destinadas a promover nos campos econômico e social a observância de que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado <sup>177</sup>.

Ainda assim, esse “dissenso prático” pode encontrar nos pequenos municípios um campo fértil para sua superação, simplesmente porque nesse nível será mais fácil que nas esferas estadual a nacional. No campo da saúde bucal, uma relevante disfunção, por exemplo, ocorre nos pontos de contato entre a rede de serviços de saúde e a rede escolar. Moysés e Kusma (2008) <sup>178</sup> ponderam que a aproximação entre a área da saúde e da educação, via práticas educativas e preventivas tendo como público-alvo a população escolar, é recorrente, principalmente quando vistas pelo prisma das atribuições da ESB na ESF. Geralmente, essas

práticas correspondem a iniciativas informais, dependentes de ações isoladas, resultando em pouco impacto na melhoria da condição de saúde bucal dos destinatários, além de caracterizar um tipo atenção excludente de outras faixas etárias.

Em Antônio Carlos, embora haja uma supervalorização do trabalho do CD-ESF com escolares, essas atividades não são fruto de um planejamento intersetorial integrado e de longo prazo entre as áreas da educação e da saúde. É, no caso, muito tênue a prática da intersetorialidade, ainda que se faça atendimento clínico odontológico móvel junto às escolas. Moysés e Kusma (2008) <sup>178</sup> afirmam que “ações verdadeiramente interssetoriais referem-se a ações com evidências de vínculos de co-responsabilidade entre os setores envolvidos”. Este é o caso em Antônio Carlos, por exemplo, quando se observam as ações desenvolvidas com idosos entre os setores da saúde e assistência social. A interação de certo modo é facilitada porque ambas as áreas estão sob a estrutura de uma mesma secretaria e há representantes comuns ao CMAS e ao CMS, inclusive representação dos grupos de idosos. As ações destinadas aos idosos resultam mais integradas e consistentes quando considerados estes dois setores, assistência social e saúde.

Relatos apontam um maior volume de ações interssetoriais nas unidades de saúde que trabalham sob a ótica da ESF, quando comparadas às unidades tradicionais de atenção básica <sup>178</sup>. Em Natal, Araújo e Dimenstein (2006) <sup>179</sup> identificaram as práticas preventivas e educativas em saúde bucal realizadas pelos CD na ESF.

A burocracia pública configura uma estrutura que oferece reais dificuldades às práticas interssetoriais. Os óbices passam pela execução orçamentária, resistências corporativas, conjunto rígido de regras, comunicações verticalizadas e hierarquizadas. Assim, o desenvolvimento de ações interssetoriais na saúde bucal vai depender de avanços em governabilidade capazes de ajustar estruturas, convencer e motivar o pessoal administrativo e de saúde. Sem abandonar o equipo, o CD comprometido com a saúde bucal do idoso, ainda

tem vasta tarefa a cumprir fora do consultório. Antônio Carlos orgulha-se de prestar um serviço de AB à saúde que oferece uma gama de procedimentos na área médica, de enfermagem e odontológica em padrões comparáveis, senão superiores, a municípios da região. Cumpre as imposições normativas do SUS e promove com boa qualidade clínica o atendimento que os repasses de recursos lhes permite oferecer, além de proporcionar acolhida aos que procuram os serviços. Por conta de alguns diferenciais positivos, já promoveu a discussão sobre o uso de seus serviços por pessoas não residentes no município. É proporcionada cobertura de 100% da extensão territorial do município por meio da atuação de três ESF, as quais procuram exercer suas atividades sob os princípios da territorialização, adscrição da clientela, trabalho em equipe, vínculo profissional-usuário, busca ativa, atividades educativo-preventivas, foco na família e deslocamento do serviço à comunidade (grupos e visitas domiciliares). O modelo convive com outros mecanismos de acesso da população aos serviços como a atuação de profissional médico somente para atender casos de emergência e profissionais especialistas para encaminhamento.

Na área da saúde bucal, há a convivência ainda pacífica de dois modelos de atenção e assistência: o tradicional, focado no atendimento da demanda espontânea (via agendamento dos usuários que buscam o serviço ou pronto-atendimento dos casos de urgência) e o da ESB na ESF, contudo com atenção ainda muito focalizada em escolares. Numa apreciação mais rigorosa a área da saúde bucal ainda não foi incorporada plenamente na ESF, muito embora venham sendo realizadas práticas compatíveis com as atribuições dos CD e ASB na ESF. Observa-se que a área de saúde bucal não pratica o mesmo processo de trabalho da ESF, embora realize atividades educativas pontuais e em conjunto, como palestras em grupos de idosos e aos cadastrados no Hiperdia. No mais, apesar das diferenças de logística e de faixa etária atendida (escolares), em seu âmago o trabalho com o Odontomóvel tem a mesma característica do modelo tradicional, fato este apontado pelos próprios profissionais. A prática



configura um movimento paralelo à ESF realizada por médicos e pessoal de enfermagem, com poucas possibilidades de contato e integração.

Anota-se, contudo, que aos escolares o atendimento é orientado pelo princípio do “tratamento completado” assegurando a integralidade da assistência odontológica na AB àqueles que acessam ao Odontomóvel. O ajuste, entretanto, não parece ser difícil, havendo já atuação permanente de CD fora dos limites do CS, impulsionada pela disponibilidade do Odontomóvel que permitiu fazer chegar às comunidades mais distantes a assistência odontológica, incorporando maior densidade tecnológica. Os idosos, desde 2008, também estão sendo alvo das ações do CD-ESF mediante palestras nos grupos de convivência e nos grupos de hipertensos e diabéticos. Também passaram a ser atendidos no Odontomóvel, quando a unidade chega na sua localidade e disponibiliza atendimento por um período determinado de tempo. Caso, o idoso tenha interesse, vai em busca de assistência odontológica, ali ou no CS.

A literatura tem recebido aportes relatando experiências com baixo grau de integração dos serviços prestados pela área da saúde bucal com a ESF<sup>180,181,182,183</sup>. São raros, em contrapartida, os relatos de sucesso na adoção de práticas que possam ser compartilhadas, por possuírem os atributos essenciais dos serviços de atenção primária em saúde, independentemente do modelo adotado: “primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar, abordagem comunitária, e competência cultural”<sup>29</sup>. De todo modo, na perspectiva da aproximação teórico-prática, “a troca de experiências de boas práticas, evidenciadas por estudos avaliativos consistentes, é essencial para a disseminação de estratégias de promoção de saúde na atenção coletiva”<sup>178</sup>.

Souza e Roncalli (2007)<sup>181</sup> estudaram em 19 municípios do Rio Grande do Norte a incorporação da saúde bucal à ESF. Em grande parte dos municípios essa novidade não provocou avanços no modelo assistencial em saúde bucal. Nós críticos foram constatados:

a) nas relações de trabalho; b) no referenciamento dos pacientes para ações de média e alta complexidade; c) no desenvolvimento de ações intersetoriais, d) nas estratégias de programação (diagnóstico epidemiológico e avaliação das ações); e) na ausência de protocolos de atendimentos e de relatórios de ações desenvolvidas; f) na infra-estrutura observada.

Ressalvada a infra-estrutura que é boa, em Antônio Carlos observam-se também problemas nos demais aspectos, respectivamente, a saber: a) há diferença de vínculo empregatício e regime de remuneração entre os CDs e destes em relação a outros profissionais da saúde. O regime de trabalho e remuneração dos profissionais que atuam no serviço público de saúde no Brasil apresenta muitas distorções e parece não se ter encontrado um formato adequado e à altura da concepção do SUS; b) a oferta de serviços nos níveis de média e alta complexidade ocorre num ritmo aquém do desejável e o município fica na dependência de outras instâncias, geralmente sem condições de seguimento dos casos. Ademais, é bastante dispersa a atenção nesses níveis, demanda muito tempo e energias das pessoas, além de relevantes recursos em logística; c) a intersetorialidade é ainda uma aspiração, um conceito cuja desejável aplicação não consegue ser materializada, tantos os constrangimentos normativos a desestimulá-la; d) a programação fundada em dados epidemiológicos não é praticada, até porque os serviços atuam no modo atendimento à demanda espontânea e a experiência e intuição atuam como parâmetros de decisão. Os gestores têm promovido avaliações e têm diagnosticado os pontos fracos e fortes, as ameaças e potencialidades do sistema local de saúde, porém com pouca ênfase na saúde bucal; e) os únicos registros de informações, além daqueles que compõem as planilhas do SIAB, são aqueles armazenados por meio de *software* odontológico. As informações básicas dos procedimentos são armazenadas por atendimento realizado e, desde sua implantação, não haviam sido processadas e avaliadas as informações. O destaque dado nos grupos focais no sentido de se

conhecer melhor o perfil do atendimento e a pronta disponibilização da mencionada base de dados levou a pesquisadora à intervenção já descrita anteriormente. Os resultados, como se descreveu, mostram com fidedignidade dados sobre o perfil do atendimento havido no CS e, portanto, são úteis para análise e avaliação. As informações coletadas e processadas pelo DATASUS sobre a atenção à saúde bucal são incipientes para o fim de acompanhar e avaliar a atuação e os resultados do município. Assim, por exemplo, mesmo sendo realizadas atividades coletivas em saúde bucal, elas não são abrigadas na memória do sistema, não são objeto de registro no Sistema de Informações DATASUS. Finalmente, assim como nos municípios potiguares, também em Antônio Carlos não há protocolos de atendimento.

Em Pernambuco, foi analisado o modelo de atenção à saúde bucal de 9 municípios, a partir do relato dos seus coordenadores de saúde bucal. A maioria dos municípios apresentou dificuldades para dar organicidade ao setor, principalmente nas questões relacionadas à incorporação de novas práticas assistenciais e à qualificação profissional dos cirurgiões-dentistas e dos coordenadores de saúde bucal. O perfil profissional voltado para a clínica e a expectativa da comunidade, habituada ao à oferta somente de atendimento clínico sobre sinais e sintomas, contribuem para concretizar um atendimento exclusivamente clínico e pontual <sup>182</sup>. Esta situação também foi observada em Antônio Carlos, reproduzindo a relação dialética da demanda e da oferta de serviços odontológicos aos idosos. Essa combinação de oferta insuficiente de serviços clínicos e de clientela habituada à atenção curativa realimenta o pleito popular por expansão da assistência clínica que a sua vez encontra respaldo nos atuais profissionais, sobrecarregados e desejosos de uma ampliação dos serviços. Este mecanismo de certo modo explica porque em Antônio Carlos os serviços de saúde bucal não se integraram plenamente à ESF e porque, em parte, o serviço móvel reproduz a clínica do CS.

Nascimento (2007) <sup>183</sup> estudou as experiências dos municípios de Curitiba (PR) e Campinas (SP), cidades reconhecidas nacionalmente por seus modelos de atenção. Os

resultados demonstraram que houve avanços no acesso dos usuários aos serviços, na humanização do cuidado, no acolhimento e no vínculo profissional-paciente. Já as práticas promocionais em saúde, territorialização, atuação interdisciplinar e qualificação das equipes indicaram necessidade de aprimoramento teórico e operacional em ambas as cidades.

Sobre a questão do acesso, estudo de Rocha e Góes (2008)<sup>184</sup>, apontou fatores associados ao acesso aos serviços de saúde bucal em Campina Grande (PB), comparando as áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Diferentemente do apreciado em Curitiba e Campinas, não foi evidenciada a associação entre residir em uma área coberta pela ESF ou não coberta com o acesso aos serviços de saúde bucal. É provável que em Antônio Carlos o acesso das pessoas ao serviço odontológico tenha aumentado quantitativamente, mais como resultado da elevação da oferta de vagas decorrente da contratação de um novo profissional 40 horas, do que propriamente pela incorporação deste profissional à ESF. No caso de Campina Grande, aqueles que residiam em áreas não cobertas pela ESF obtiveram 1,5 vez mais chance de ter acesso aos serviços de saúde bucal quando comparados aos que residiam em áreas cobertas pela ESF. No entanto, essa probabilidade diminuiu, perdendo a sua significância estatística após o resultado ser ajustado para sexo, idade, renda individual, escolaridade e autopercepção de saúde.

Paradoxo semelhante foi relatado por Leal e Tomita (2006)<sup>185</sup> a partir das análises das expressões de gestores, responsáveis pela elaboração de políticas de saúde bucal, carregadas de conhecimento sobre princípios que norteiam o SUS, mas que em verdade não orientam o planejamento das ações programáticas em saúde bucal. O acesso da população se dá de maneira desigual, sem qualquer adequação aos princípios da equidade e integralidade. Os indicadores empíricos que demonstram a baixa efetividade deste sistema são as filas de usuários à espera de atendimento. Não é o caso de Antônio Carlos, onde a ausência de filas serve de qualificador do serviço odontológico: como “não há filas” e “todos são atendidos”

não são aparentes as carências do modelo. As autoras concluem que “as inquietações geradas pelo desenvolver da equação demanda-acesso à atenção odontológica remetem à reflexão sobre a necessidade de reordenação da prática odontológica”.

Especificamente a questão do acolhimento na atenção à saúde bucal tem sido alvo de discussão em outras publicações<sup>186,187,188</sup>. Na experiência do município baiano de Alagoinha, “o acolhimento é manifestado através de uma relação tensa e conflitante, porém com potencialidade para construir alternativas de mudança”<sup>187</sup>. O resgate da relação trabalhador-usuário é mediado pelo vínculo e pela autonomia dos sujeitos que ao entrecruzarem-se, possibilitam horizontalizar saberes, estreitar laços e consolidar afetos. Na prática, os achados são coincidentes com o relatado em Antônio Carlos.

Em Antônio Carlos, o processo terapêutico na atenção básica em saúde bucal assume circunstâncias distintas, tanto no CS como no serviço móvel: consulta clínica, atendimento de urgência, retornos programados e encaminhamentos a outros serviços da rede. As equipes de saúde bucal, no caso de Antônio Carlos, os profissionais CD e o respectivo pessoal auxiliar, imprimem diferentes formas de acolhimento, ficando na dependência do compromisso e da singularidade dos sujeitos. Especificamente em relação ao usuário idoso, não estão superadas as dificuldades para garantir o acesso aos serviços de saúde bucal. Outra questão central em relação às necessidades apresentadas pelos idosos é a baixa resolutividade, à medida que necessitam de atendimento de maior complexidade.

Os profissionais do serviço de saúde bucal não possuíam esta mesma percepção, pois limitavam sua análise aos serviços sob sua responsabilidade e, como tal, consideravam-no resolutivos e de fácil acesso. Esta é uma questão crucial para a população idosa: não se cumpre o compromisso da resolutividade em relação a todos quantos necessitam e não se lhes possibilita a oferta de serviços de prótese no sistema. Em todo o estado de Santa Catarina, apenas cinco municípios adotaram a instalação de Laboratórios de Prótese Dentária do

Programa Brasil Sorridente (Chapecó, São Lourenço do Oeste, Lages, São Joaquim e Rio do Sul)<sup>160</sup>.

A expectativa colocada nos CEO, neste particular, não se concretizou. O CEO localizado no município vizinho de Biguaçu não possui serviços de prótese. Segundo sua capacidade, pactuou assistência para pessoas referenciadas pela atenção básica de Antônio Carlos. Recentemente, a fila de espera para referenciados em Endodontia correspondia a 60 usuários, o que dá a dimensão dos problemas da garantia da atenção integral à saúde bucal. Quando se trata de resolutividade e de integralidade, qual a linha demarcatória das responsabilidades do município que possui apenas serviços de atenção básica? Se lhe cabe o seguimento e controle necessita ser remunerado por estes custos adicionais, inclusive de logística, e isto requer mais do que os limitados esforços para agendar consultas. Se não lhe cabe responsabilidade é de se indagar de que valerão todos os esforços na atenção básica se não houver correspondência nos outros níveis?

Do ponto de vista do usuário-município, é frustrante saber que seu município oferece bom acolhimento e resolutividade em atenção básica, mas não consegue resolver a tempo seus agravos mais complexos, pois dependente de outras instâncias.

Melhores práticas de acolhimento foram identificadas/citadas para Antônio Carlos, na perspectiva de evoluir na forma como o idoso é recebido no CS, para todo e qualquer serviço que demande, bem como para melhorar o percurso do usuário e dos profissionais na produção do cuidado à saúde bucal. Essas práticas de acolhimento se dão em diversos momentos: na recepção, no atendimento clínico e na conclusão do processo terapêutico (tratamento, retorno e encaminhamentos externos), a partir do diálogo e dos encontros, por meio do trabalho em equipe. Resgatando o texto da Política Nacional de Humanização (2006)<sup>189</sup>, almeja-se melhores práticas no cuidado à saúde bucal dos idosos que valorizem a abertura e o encontro entre profissionais da saúde e usuários, a escuta qualificada de toda a equipe multiprofissional

encarregada, a elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência, a ampliação e adequação dos espaços democráticos de discussão e decisão, assim como o compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo idoso na perspectiva da co-responsabilização pela sua saúde bucal.

O financiamento das ações em saúde bucal, tradicional óbice a ser enfrentado, foi objeto de estudo para Moimaz, Garbin e Garbin (2008) <sup>190</sup>. Os depoentes, gestores e técnicos da saúde bucal, revelaram dificuldades como escassez de recursos para procedimentos de maior complexidade, falta de recursos para troca de equipamento, prioridade para compra de materiais odontológicos e desconhecimento sobre o quanto se pode gastar. Os autores constataram dificuldades na realização completa dos planos plurianuais, no estabelecimento de verba específica para saúde bucal, na demora do repasse e, ainda, no comprometimento e acompanhamento de gestores e técnicos em todas as etapas do processo de repasse e aplicação do recurso financeiro. Neste estudo em Antônio Carlos, ficou evidente a limitação da ampliação dos serviços de saúde bucal pela escassez de recursos financeiros para instalação do segundo consultório odontológico no CS e a contratação de mais uma dupla de profissionais CD e ASB. Ao município a execução do investimento implica elevação permanente das despesas de custeio. Daí constituir panacéia a oferta de recursos para ampliação da capacidade instalada sem a correspondente fonte de custeio. Isto é particularmente verdadeiro no caso dos serviços odontológicos, cujo custo com salários de CD e ASB, gastos com materiais e medicamentos, e outros custos operacionais, durante um único ano supera em muito o custo do investimento inicial nos equipamentos e instrumentais clínicos.

A questão do financiamento da saúde bucal está associada à fração orçamentária que é alocada à área da saúde nas três esferas de governo e de como, em cada esfera, no âmbito da saúde é decidida a aplicação setorial. Na falta de perspectiva de uma intervenção em larga

escala, e a última correspondeu à implantação dos CEO, resta ao município obter recursos adicionais por conta da ampliação de ESB na ESF ou trabalhar projetos inovadores capazes de atrair fundos especiais. Em última análise, trata-se do dilema econômico: definir a alocação de recursos escassos. Apesar do conjunto de regras que define, para o conjunto dos municípios, a partilha e transferência dos recursos para financiar os diversos programas, ainda assim se observa um continuado movimento das municipalidades em busca de reforços. A margem de recursos sujeita a decisões discricionárias, seja no âmbito do poder legislativo ou no âmbito do poder executivo, provoca vôos à Brasília e viagens à capital do Estado. Como a lógica da partilha, no caso brasileiro, não costuma residir na avaliação social do custo-benefício de múltiplas opções alocativas, tratam as municipalidades de arregimentar forças políticas com capacidade de mobilização de recursos para seus projetos.

A defesa da alocação de recursos em saúde bucal do idoso ainda enfrenta o preconceito associado ao tempo remanescente de vida, bem como de sua utilidade ante a velhice instalada. Assim, é importante reforçar que o idoso também se beneficia de aspectos preventivos da saúde bucal e que as intervenções favorecem sua inserção social, evitam a deflagração de outras doenças mais onerosas ao sistema e tornam o cidadão produtivo. Noutra linha de argumentação está o poder político emergente da população idosa, pois o contingente cresce aceleradamente em números absolutos, amplia a participação relativa no conjunto da população e está mais consciente de seus direitos.

São tensas e até conturbadas as relações entre a oferta, a demanda e as necessidades de serviços odontológicos. Uma governança comprometida com os valores da PS busca compreender como se constituem as necessidades de saúde (e saúde bucal) dos idosos, para viabilizar melhores práticas pautadas pela integralidade e a equidade da atenção à saúde. Não resta dúvida que o grupo de idosos é heterogêneo e apresenta-se com diferentes graus de independência e autonomia para os atos do cotidiano e diferentes condições de saúde bucal.



Essa heterogeneidade também revela histórias de vida e o caráter desigual da sociedade brasileira. O quadro atual mostra um estoque de problemas que se acumularam por conta de deficiências de educação, informação, renda e, também, por insuficiência acentuada de oferta de serviços odontológicos na rede pública para o contingente idoso. Pinheiro (2001) <sup>191</sup> afirma que “muitas das dificuldades identificadas na relação entre demanda e oferta relacionam-se à organização das práticas em saúde”. Tais dificuldades não se restringem somente à área da saúde, mas são influenciadas por vetores políticos, econômicos, culturais e sociais, na perspectiva que a relação demanda-oferta é um ente socialmente construído <sup>192</sup>. A demanda é o pedido explícito, último, do usuário; é a tradução das suas necessidades mais complexas expressados no âmbito do sistema de saúde <sup>193</sup>. Já as necessidades vão além, haja vista que “um problema de saúde pode vir a ser ou não objeto de ação do serviço de saúde” <sup>194</sup>.

Stotz (2008) <sup>194</sup> apresenta um esquema bastante interessante, formulado por San Martin (1989), de como essa tríade, demanda, oferta de serviços e necessidades, está dialeticamente interrelacionada. A chamada “dialética da satisfação das necessidades” se constitui por quatro intersecções: 1ª. correspondente às necessidades expressas e definidas pela população, mas não atendidas; 2ª. necessidades definidas tecnicamente, para as quais se organizam os serviços sem ter havido manifestação da demanda; 3ª. demandas expressas, atendidas pelo serviço, sem que se tenha constituído em necessidades de saúde; e 4ª. superposição dos três fatores, ou seja, situação ideal, em que há coincidência entre serviços ofertados, demandas expressas e necessidades existentes. Na avaliação do autor, os serviços de saúde brasileiros vivenciam cotidianamente o conflito e a exclusão caracterizada pela “sobrevvalorização de demandas e minimização de necessidades” de saúde da população. Este referencial explicita categorias que auxiliam a discussão e a análise sobre a atenção integral nos sistemas locais de saúde.

Em Antônio Carlos, a oferta de atenção básica em saúde bucal é determinada pela capacidade de atenção no serviço móvel e no CS, dado os equipamentos instalados e o número de horas/CD semanais contratadas, bem como pela organização dos serviços e ação-resposta dos profissionais CD. A oferta dos serviços de média e alta complexidade depende de negociações com outras instâncias e das possibilidades circunstanciais de aporte de recursos próprios pela municipalidade. A oferta no CS não mantém sistema de cotas, de tal modo que todas as faixas etárias têm igual condição de acesso. Por sua vez, o serviço móvel apresenta-se às escolas até ensino fundamental e mais recentemente reserva algumas horas semanais para atender demanda espontânea no interior do município.

A demanda dos idosos ao CS se constitui espontaneamente, geralmente encaminhada pela dor causada por um problema agudo e menos por um comportamento de rotina de cuidado. No serviço móvel, a demanda é induzida pelo rastreamento do conjunto de alunos e pela apresentação de casos agudos. A análise dos dados referentes aos procedimentos realizados pelos serviços odontológicos no CS do município mostra que alguns poucos idosos buscam o serviço e, quando o fazem, têm o intuito principal de resolução de suas necessidades imediatas. O serviço corresponde, garantindo a vaga e a realização dos procedimentos da atenção básica, para aqueles que o procuram. Por sua vez, as necessidades em saúde bucal dos idosos merecem um olhar para seus elementos constituintes. O conjunto potencial de necessidades em saúde bucal dos idosos foi continuamente abafado, normativamente e socialmente, pelos estigmas e crenças produzidos no seio da sociedade e reproduzidos no interior dos serviços de saúde.

Cecílio (2001) <sup>193</sup> facilita a análise ao apresentar uma taxonomia das necessidades em quatro conjuntos como segue: o primeiro conjunto de necessidades diz respeito a “ter boas condições de vida, ambiente, fatores externos que determinam o processo saúde-doença”; o segundo “ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e

prolongar a vida”; o terceiro refere-se a “criação de vínculos afetivos entre usuário e equipe/profissional”; revelando o desejo de “encontro de subjetividades”; e o quarto conjunto a “ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”.

O conceito de necessidade para Stotz (2008) <sup>194</sup> é um conceito de junção, que deve ser compreendido no interior das práticas sociais, no contexto das suas mediações fundamentais, pertinentes às “relações entre sujeitos de necessidades e sistema institucional-administrativo responsável por sua satisfação.” A aplicação do MDI procurou resgatar esta relação, caracterizando as necessidades em saúde bucal dos idosos pela expressão dos diferentes grupos gestores, profissionais, idosos e o modo como o sistema se apresenta disposto a lidar com elas. A percepção das necessidades sejam elas reais ou potenciais ainda são muito superficiais e, por isso, a resposta também assim é estruturada. Não se percebe uma compreensão mais clara de que “as dificuldades sentidas pela população na busca pelo serviço de que necessita fazem-na desenvolver modos próprios de utilização dos serviços” <sup>194</sup>. O fato de que o cuidado preventivo é esquecido e inexistente busca ativa, gera um conjunto de necessidades de atenção de mais alta complexidade cuja produção dá-se com muita dificuldade (tempo demandado, locomoção, distâncias) fora do território ainda que dentro do sistema local de saúde ou simplesmente não é ofertado, como no caso dos serviços de prótese dentária. Essa circunstância é colocada como hipótese para explicar a reduzida manifestação de demanda por idosos nas portas das unidades de saúde, não só de Antônio Carlos, mas demais municípios.

Na medida em que os casos de prótese, comum em idosos, demanda serviços privados, ainda que isto signifique sacrifícios financeiros o tratamento de outros agravos tende a permanecer nessa órbita. Não é raro, segundo se revelou nos grupos focais, que idosos formem poupança para tratamento odontológico. Assim, é bastante plausível, que em Antônio Carlos, o conjunto de necessidades da população idosa, atendidas e não atendidas, supere em

muito as demandas que espontaneamente são expressas no sistema local de saúde, o público, mas não único. A constatação de que o “nexo recíproco entre oferta e demanda: por um lado desnuda a situação e o contexto em que vivem e por outro põe em relevo problemas estruturais que envolvem as organizações”, faz com que o interesse manifesto dos profissionais e gestores municipais de Antônio Carlos na geração de melhores práticas no cuidado à saúde bucal dos idosos supere a relação dicotômica e os torne capazes de elevar a um patamar diferenciado os seus serviços, pela identificação de

possibilidades de se construir um agir em saúde, capaz de renovar e recriar novas políticas de saúde a partir da inclusão de diferentes conhecimentos frutos de uma mesma integração, que é construída na relação entre usuário, profissional de saúde e gestor <sup>195</sup>.

Nesse contexto, o paradigma da Promoção da Saúde, identificado nas letras do SUS e da ESF, inspira a alteração da lógica presente da oferta e da demanda pela força concreta dos seus preceitos na desejável reordenação do sistema de saúde e, em consequência, na evolução para modelos assistenciais que sejam mais resolutivos, integrais e equânimes.

A imbricada relação das necessidades em saúde com a possibilidade da respectiva atenção integral a elas é demonstrada por Cecílio (2001) <sup>193</sup> ao reportar-se à integralidade como “o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual” no âmbito singular, nas especificidades de cada serviço de saúde.

O significado do termo integralidade vem sendo discutido amplamente na literatura, mas têm em Mattos (2001) <sup>195</sup> reflexão atual e apropriada. O autor refere a “conjuntos de sentidos”: ora integralidade “se refere a atributos das práticas dos profissionais da saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS”; outro a “atributos da organização dos serviços” e um terceiro como “respostas governamentais aos problemas de saúde”. Independente do enfoque, tal ícone é sempre almejado. Isso porque, segundo o autor assumir a integralidade significa “uma recusa

ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo”.

As melhores práticas no cuidado à saúde bucal das pessoas idosas aqui formuladas prevêm a concretização do princípio da integralidade a partir de mudanças baseadas numa percepção ampliada das necessidades desse grupo e na predisposição para as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. Toma a integralidade como um referencial a ser seguido no modo de organização do processo de trabalho dos CD, e demais profissionais da saúde, e no sentido de ver o impacto epidemiológico das suas ações. Segundo Cecílio (2001) <sup>193</sup> o acesso é fundamental para a garantia da integralidade, pois sem ele

não haveria integralidade possível: finalização do cuidado, resolutividade máxima, dentro dos conhecimentos atuais disponíveis, para o problema de saúde que a pessoa está vivendo. A garantia dessa integralidade do cuidado tem que ser uma responsabilidade do sistema de saúde e não fruto da batalha individual, muitas vezes desesperada, de cada usuário individual.

Mesmo com o apoio logístico dos gestores locais pode-se imaginar quão pouco gloriosa é a batalha reportada por Cecílio (2001) <sup>193</sup> quando um problema se instala no idoso residente no interior do município e o sistema de saúde lhe oferta uma longínqua possibilidade de atenção. No modo atual, os gestores não conseguem ir além de demonstrações de apoio, sem contudo, do ponto de vista epidemiológico e dos princípios do próprio sistema, poderem assegurar acesso e integralidade.

Sob a ótica da população idosa de Antônio Carlos o seu acesso aos serviços de saúde bucal nos três níveis de atenção resulta limitado e quando conseguido, ainda é prejudicado pela falta de previsão do serviço em manter o espaço de retornos programáticos para o término do tratamento, dificultando sua continuidade. O sistema de marcação adotado, se de um lado acelera a entrada no sistema, primeira consulta, de outro compromete a saída na medida em que o retorno não é assegurado em prazo tecnicamente satisfatório, salvo situações pontuais. Assim, a responsabilização pelo princípio da integralidade, de fato, acaba sendo

transferida do sistema de saúde para o indivíduo idoso. E em cascata perde-se a possibilidade de atenção integral, bem como de seus dispositivos: acolhimento, vínculo, autonomia, resolutividade, responsabilização <sup>188</sup>. À reboque desta situação vem a auto-percepção dos idosos sobre a sua condição de saúde bucal e o conseqüente padrão de utilização dos serviços. Vários estudos, assim como o presente, mostram que os idosos percebem como boa a sua saúde bucal <sup>196,197,198</sup>, embora os levantamentos epidemiológicos demonstrem o contrário daquilo que é percebido. A avaliação parece ser influenciada por fatores como renda, necessidade de tratamento odontológico, utilização de serviços odontológicos, dor e condições de saúde bucal <sup>198</sup>; condições subjetivas estão mais fortemente associadas do que objetivas <sup>196</sup>. Embora se possa imaginar que a situação de perda dentária, que constitui achado prevalente em idosos, fosse determinante para uma má avaliação da sua condição de saúde bucal, este fenômeno não é observado nos estudos. A perda dentária é justificada pelos idosos pela falta de acesso, pelo desconhecimento sobre as causas e o controle das doenças bucais e, por conseqüência do modelo de atenção em saúde bucal ao qual foram (estão?) submetidos <sup>199</sup>. Ainda são citados o elevado custo do tratamento odontológico e a influência do CD na decisão pela extração dentária <sup>200</sup>. Situação semelhante foi relatada pelos idosos e todos aqueles que conviveram com essa realidade no passado na cidade de Antônio Carlos.

A implantação da ESF em Antônio Carlos constituiu uma importante decisão política e, por que não dizer social, no sentido de superar a lógica tradicional de fornecimentos de serviços de saúde. É inegável que, apesar de não serem analisados mais a fundo dados, quanti ou qualitativos, que demonstrem os efeitos dessa mudança no acesso à população aos serviços e no impacto decorrente das múltiplas estratégias adotadas sobre os indicadores de saúde da população, cogita-se que tal mudança ocorra. Isto com base nas informações proporcionadas pelos grupos focais e noutras observações de campo e documentos compulsados, que revelam, de algum modo, terem as decisões político-administrativas do município na área da saúde

contribuído complementarmente para o alcance do segundo lugar nacional no indicador IDH-longevidade. Nesse sentido, cabe ressaltar que a longevidade alcançada em Antônio Carlos resulta da convergência de múltiplos fatores, com destaque para um estilo de vida saudável, e dentre os quais os serviços de saúde local e da região também têm seu papel como contribuintes na amenização/diminuição dos problemas de saúde da população, inclusive bucais.

Estudos têm demonstrado a ineficiência dos modelos tradicionais de assistência ao idoso<sup>201,202</sup> e na concretização do ideal do envelhecimento bem sucedido. A partir dessa constatação e em consonância com os fundamentos da Promoção da Saúde, é que se entende o fortalecimento do SUS e da ESF na consolidação de práticas de envelhecimento saudável e ativo. Embora ainda distante do desejado, as unidades que operam na lógica da SF se revelam mais adequadas para atenderem a população idosa do que as unidades tradicionais. As variáveis que contribuem para a perda da efetividade do cuidado para este grupo populacional são a desproporção entre a população a ser cuidada e o número de trabalhadores disponíveis, as barreiras arquitetônicas, a ausência de capacitação para as equipes, a pequena proporção de unidades com protocolos específicos e a baixa oferta de cuidados domiciliares<sup>201</sup>. Em especial os idosos restritos ao domicílio se beneficiam das práticas de saúde realizadas no âmbito da ESF. Tradicionalmente são pessoas que possuem condição de saúde bucal precária e dificuldades recorrentes de acesso a procedimentos odontológicos, tanto preventivos como curativos. A atenção qualificada da equipe multiprofissional, os *checkups* bucais periódicos, a capacitação do cuidador para higiene bucal do idoso restrito ao domicílio são boas práticas de inclusão na atenção básica<sup>203</sup>.

Hoje, no campo da saúde bucal do idoso são necessários ajustes para melhorar o acesso, atenção integral e resolutividade. Tanto gestores, profissionais da saúde e lideranças locais, comunitárias e políticas, têm dado mostra da permeabilidade às propostas de interesse

do grupo idoso. Todavia, desse esforço os gestores locais necessitam contar com a participação do nível estadual, além de maior envolvimento dos próprios idosos. A melhoria da governança propiciará meios gerenciais compatíveis com um novo patamar de prestação de serviços alinhado aos princípios da PS. Para esta nova etapa, o sistema local de saúde de Antônio Carlos apresenta boas credenciais, dada a sua operacionalização até aqui, e, portanto, pode consolidar suas conquistas, adotar uma postura de melhorias contínuas de suas práticas, inclusive melhor integração com o seu entorno.

A área da saúde bucal e os idosos de Antônio Carlos não podem perder esta oportunidade. Oportunidade, como discorrem Moysés, Nascimento e Gabardo (2008)<sup>37</sup>, de

[mostrar que a saúde bucal tem papel] mais relevante do que historicamente temos dedicado à mesma nos sistemas municipais de saúde caracterizados por serviços pouco resolutivos, com estrutura e aporte de recursos financeiros humanos e insumos inadequados e/ou insuficientes, com equipes desmotivadas e consideradas de menor importância, [...], definir o 'que-fazer' em saúde bucal na modalidade de atenção ESF, [...], resignificar o que vem a ser o primeiro nível da atenção dos serviços de saúde bucal.

Mencionam-se por oportunas as recomendações trazidas pela 2ª Conferência Internacional de Lideranças de Mulheres em Saúde Bucal, realizada na Suécia em 2003, e citadas por Moysés e Kusma (2008)<sup>178</sup>, firmando fundamentos para uma prática política que consolide a integração saúde da família e saúde bucal no interior do SUS:

- um novo entendimento sobre a importância da saúde bucal na qualidade de vida;
- mudanças nas políticas governamentais para promover integração de ações de saúde geral e saúde bucal e reforço à educação;
- mudanças na atuação profissional integrando ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de indivíduos, não separando a boca do corpo;
- acesso universal a medidas preventivas específicas, diagnóstico precoce e que ações sejam baseadas em evidências científicas;
- que todos os profissionais de saúde sejam capacitados a compreender o contexto de diferentes ciclos de vida individual e familiar;
- novas intervenções que vão além de práticas educativas individuais;
- maior colaboração na troca de experiências e de reforço de boas práticas.



O desenvolvimento de Melhores Práticas por meio da ferramenta MDI constituiu aqui um movimento de aprendizagem no interior de uma organização de saúde. A aprendizagem organizacional ocorre quando seus membros experimentam uma situação problema e a partir disso questionam, investigam e refletem em favor da organização. É um processo de pensamento e ação subsequente que leva à construção de novas imagens da organização, de suas compreensões sobre os fenômenos organizacionais e, finalmente, à reestruturação de suas atividades<sup>204</sup>. Atualmente as discussões sobre aprendizagem organizacional superam as barreiras puramente teóricas e alcançam questionamentos sobre a real capacidade de interferência em níveis práticos de mudanças estruturais nas organizações<sup>128</sup>. Mais do que criar e adquirir conhecimento, o desafio é aplicar esses conhecimentos nas suas atividades e, mais ainda, transformar esse investimento, que é pessoal e coletivo, em melhorias reais<sup>10</sup>. Assim, a incorporação de novas práticas estão comprometidas especialmente com questões relativas à gestão de pessoal<sup>110,111</sup>. A motivação dos profissionais e técnicos deve ser uma prioridade. O investimento e estímulo à educação continuada e o monitoramento e avaliação das ações por eles desenvolvidas apontam um redirecionamento do modelo assistencial em saúde bucal<sup>182</sup>.

Na visão de Campos (2006)<sup>83</sup>, a viabilização do SUS não pode se basear na subordinação dos trabalhadores de saúde a métodos administrativos. Há que considerar os trabalhadores da saúde os verdadeiros sujeitos no processo de mudança, incluí-los como protagonistas dos processos de decisão-ação-avaliação, assim como gestores e usuários. O ACS por meio do seu trabalho, exercido no seio da comunidade, pode ser peça-chave na interação das famílias e seus idosos, com o serviço de saúde, via ESF. Ao conhecer mais proximamente a realidade da comunidade e entrar nas residências das pessoas, os agentes comunitários encontram os idosos e identificam suas necessidades de saúde.

Segundo Paim e Almeida Filho (2000) <sup>22</sup> o profissional de saúde, em particular o que se dedica à prestação de serviço público, necessita de algumas características. Os autores enumeram a capacidade de análise do contexto em relação às práticas que realiza, a compreensão da organização e gestão do processo de trabalho em saúde, o exercício de um agir comunicativo e do pensamento estratégico, *advocacy* (habilidade para proceder denúncia de situações e convencimento de interlocutores), a postura de tolerância e a prática do diálogo em situações de conflitos, a atenção a problemas e necessidades de saúde, o senso crítico quanto à efetividade e ética das intervenções propostas ou realizadas e o permanente questionamento sobre o significado e o sentido do trabalho e dos projetos de vida. Esse é um rol ideal de qualidades esperadas, entretanto, é preciso considerar as condições objetivas vivenciadas pelos profissionais da saúde no serviço público brasileiro. Verificou-se em Antônio Carlos que havia muita disposição e potencial a ser desvelado no sentido de retomar a discussão sobre o seu processo de trabalho, bem como sobre a interface deste com as outras áreas e com os usuários.

As Melhores Práticas indicadas prevêm o reforço e ampliação do “espaço do auto-governo do trabalhador”, como “dimensão ético-política do processo de trabalho”, já que em última instância são eles que decidem sobre o futuro do usuário no fluxo do serviço <sup>22</sup>. É a plasticidade que Campos (2006) <sup>83</sup> defende para os serviços de saúde, no qual a gestão exerça a democracia e a descentralização, assim como os profissionais tenham sua autonomia e liberdade de iniciativas também valorizadas no interior das equipes de saúde. De todo modo, o referido espaço deve estar situado no âmbito de padrões que serão adaptados, de acordo com a realidade local, pelos profissionais da saúde assumindo, assim, o caráter da prática da governança clínica como possibilidade de melhoria contínua dos serviços prestados. As melhores práticas no cuidado à saúde bucal do idoso não prescindem desta abordagem, embora não seja rotineira nos serviços de saúde brasileiros. O foco no usuário e o

monitoramento da qualidade dos serviços, mediante estudos de indicadores de desempenho dos serviços de saúde, bem como indicadores de saúde, passam a fazer parte da cultura organizacional pela qualidade, estímulo ao fazer melhor e aumento da confiança da população no sistema público de saúde.

O modelo já mencionado de governança clínica de Holden e Moore (2004)<sup>104</sup> para atenção primária em saúde bucal tem traços coincidentes com as melhores práticas estudadas. Particularmente, no que tange à descrição do sistema e definição de responsabilidades, acompanhamento das obrigações profissionais, envolvimento do usuário, definição dos mecanismos de consulta, controle de documentos e informações, controle dos registros e dos processos clínicos, desenvolvimento e treinamento de pessoas, ações preventivas e corretivas e elaboração de relatórios. Especificamente na esfera da assistência clínica odontológica individual são necessárias em Antônio Carlos adaptações nos processos e tecnologias, na preparação de recursos humanos e nos materiais utilizados para atenção ao idoso. Todos esses aspectos devem ser adequados e disponibilizados pelos serviços em consonância com as características e necessidades de saúde bucal dos idosos.

A abordagem dos problemas de saúde envolve, também, a formulação de políticas econômicas, previdenciárias, de educação, de saneamento básico, de segurança e habitação, enfim, de desenvolvimento sustentável e inclusivo da comunidade. Documento publicado, neste ano, pelo Comitê de Saúde da OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico<sup>205</sup>, aborda as políticas públicas orientadas ao envelhecimento ativo nos seus 30 países membros. Trata-se de uma revisão que aponta iniciativas de sucesso no que diz respeito ao envelhecimento ativo, analisando políticas/programas que obtiveram efeitos positivos na saúde dos idosos, considerando o seu custo-efetividade. O relatório defende iniciativas que promovem: a) a integração do idoso na economia e na sociedade; b) o estímulo a estilos de vida saudáveis; c) adaptação dos sistemas de saúde; e d) não ignorem o

impacto de fatores sociais e ambientais que afetam o envelhecimento ativo. O estudo sugere que melhorias nos níveis de saúde e bem-estar dos idosos são possíveis pela combinação de estratégias, em especial: permanência em atividade laboral, potencialização das atividades comunitárias, melhoria nos estilos de vida, adaptação do sistema de saúde às necessidades dos idosos, especialmente em ações preventivas com relação custo-benefício positiva e embasadas em evidência.

Como se vê, a proposta de estratégia encontra em Antônio Carlos condições propícias para ações de saúde favoráveis aos idosos. Assim, verifica-se a oportunidade de facilitar o exercício de atividades laborais leves e compatíveis à idade, uma vez que o espírito do trabalho é um valor encontrado na formação cultural da comunidade.

Igualmente, o favorecimento e facilitação da integração do idoso nas atividades comunitárias fazem parte de uma estratégia a ser continuada e potencializada no âmbito das relações sociais do município. Entretanto, o conjunto de atividades sociais de que participam os idosos antoniocarlenses pode potencialmente contribuir para elevação do capital social do município mediante: maior participação nos processos de decisão social, melhora na auto-estima, fortalecimento dos laços de solidariedade e de redes informais, prevenção do isolamento social, incremento de oportunidades para o exercício do voluntariado.

O estilo de vida em Antônio Carlos favoreceu a longevidade de seus habitantes. Por isso, as indicações da OCDE para melhorar padrões nutricionais, atividade física e controle do uso de fumo/álcool merecem o prosseguimento de ações específicas, continuadas e devidamente articuladas a outras iniciativas mais amplas nos campos da habitação, educação, assistência social, planejamento urbano e transporte, meio ambiente e emprego e renda. Finalmente a estratégia indicada de adaptação dos serviços de saúde às necessidades dos idosos encontra ao longo deste estudo apontamentos que se julgam essenciais.

Eis que o desenvolvimento de Melhores Práticas de cuidado à saúde bucal das pessoas idosas em Antônio Carlos proporcionou a oportunidade de identificar um curso alternativo de ação válido para promover as adaptações que o sistema local de saúde necessita para atendê-los.

Importante destacar que na perspectiva da produção de melhores práticas em saúde da família, o estabelecimento de ações de promoção do cuidado à saúde bucal dos idosos extrapola o argumento cronológico e proporciona benefícios não somente aos idosos de hoje, mas, principalmente, aos idosos do futuro. Além disso, a abordagem multigeracional e intergeracional traz novos construtos sobre a possibilidade de ser o núcleo familiar, em Antônio Carlos, a base forte das relações sociais, de modo que o idoso é agente também de saúde de cada membro da família <sup>206</sup>.

A autora encerra esta etapa assumindo pessoalmente o dilema apontado por Narvai, em 2006 <sup>207</sup>. Ao fazer referência à área da Saúde Bucal Coletiva disse ele: “[a área] de um lado, quer desodontologizar a saúde bucal; de outro, quer assegurar a todos o acesso a todos os recursos necessários para que cuidados odontológicos sejam, efetivamente, um direito humano.” Pois então, que as Melhores Práticas em Promoção da Saúde referentes ao cuidado à saúde bucal das pessoas idosas, em sistemas locais de saúde, aqui apontadas, amenizem o dilema no cumprimento este desafio!

## VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Este estudo desenvolveu melhores práticas no cuidado à saúde bucal de pessoas idosas, por meio da aplicação do Modelo de Domínios Interativos de Melhores Práticas, no sistema local de saúde de Antônio Carlos.

As Melhores Práticas identificadas não são exógenas ao sistema local e foram construídas a partir da reflexão sistemática e crítica dos atores envolvidos com a governança local. Portanto, não dizem respeito à transposição de práticas idealizadas que desconsideram a variedade de situações da realidade local e podem não ser adequadas/adaptadas em outras circunstâncias singulares. Todavia, estão articuladas aos critérios e princípios da Promoção da Saúde, o que lhes confere atributos para inspirar sua difusão e experimentação, ajustadas a outros contextos. O MDI, enquanto ferramenta de gestão explorada, configurou-se como plataforma aberta que estimulou a ampla participação e a reflexão sobre as práticas vigentes com o intuito de promover seu aperfeiçoamento em favor dos idosos.

Partindo do pressuposto de que a participação e o envolvimento das pessoas nas discussões, decisões e ações constitui o fundamento metodológico do MDI na construção de Melhores Práticas de Promoção da Saúde, o trabalho com os grupos focais possibilitou um espaço de reflexão/ação e permitiu a produção de informações ricas e aprofundadas sobre a prática profissional e experiências dos participantes, todos envolvidos no contexto do sistema de saúde local. Foi possível captar suas visões, percepções, descrições, análises, críticas, tanto em consenso como em dissenso. Também foram observadas contradições nos discursos: nada mais aderente à complexidade do real.

De modo geral, a separação dos participantes em grupos menores foi considerada ação acertada. A relativa homogeneidade dos participantes, considerando sua inserção na sociedade e relação com a temática, possibilitou uma maior liberdade de expressão. Apresentar suas

idéias e experiências, discuti-las e analisá-las frente à temática da saúde bucal do idoso, ao lado do seu semelhante, parece ter diminuído a sensação de ameaça, cobrança, críticas, retaliações e, até mesmo, desentendimentos que poderiam ser gerados a partir dos encontros. As reuniões mantiveram o espírito do encontro e da confraternização, associado ao rigor imposto pela pesquisa. Todos demonstraram ativa participação nos diálogos e valorizaram a iniciativa da pesquisa.

Vale ressaltar que certas questões foram tomadas em conta pela pesquisadora, ao longo do processo de aplicação do MDI, especialmente na análise dos dados: a alta subjetividade dos conteúdos, as influências mutuamente sofridas nos/pelos discursos dos participantes, o viés representado pela presença da figura do coordenador e a dificuldade (ainda que propositalmente superada em alguns momentos) dos dados serem extrapolados para a população, no sentido de traduzir a percepção, a opinião e as visões de uma gama mais representativa de cidadãos antoniocarlenses.

A qualidade dos resultados apontados pelos MDI depende em grande parte da forma como o processo de pesquisa é conduzido. Após esta experiência, é possível apresentar algumas recomendações quanto à implementação do método, considerados importantes para o andamento e aproveitamento dos trabalhos.

A validade dos achados e do próprio modelo está diretamente relacionada à garantia do anonimato nos relatórios e produtos de natureza acadêmica e de que as interações serão pautadas pelo respeito mútuo, pela ética e a conscientização sobre o processo de decisão-ação proposto. A todo o momento o pesquisador deve procurar elucidar os objetivos e os pontos a serem discutidos, tomando cuidado para que não ocorram desvios em relação ao foco da discussão, bem como atentar para a efetiva contribuição de todos os presentes de modo que as diferenças sejam minimizadas e não venham a comprometer a participação de algumas pessoas. Deve-se ficar atento às mensagens verbais, mas também as não verbais e propiciar

um ambiente agradável/confortável, propício ao diálogo. Além disso, é importante também valorizar as experiências, conhecimentos, habilidades e sabedoria dos participantes especialmente para aquilo que demonstra ter significado para eles.

Operacionalmente é importante planejar detidamente a composição dos grupos e o mecanismo de seleção dos participantes. Sugere-se definir previamente um calendário para as discussões, incluindo um roteiro mínimo que contemple o número de sessões e a programação do que será abordado em cada encontro. Considera-se que este roteiro deva possuir flexibilidade, pois há grandes chances de alterações de rota durante o processo de aplicação do MDI. Atentar, também, para o tempo destinado a cada encontro, o local/ambiente, a segurança e qualidade da gravação dos áudios, bem como a realização das transcrições das falas e sua leitura e correção logo após a realização dos grupos focais.

Como ferramenta para a gestão de sistemas ou serviços de saúde, o MDI cumpre suas promessas ao permitir organizar as idéias e racionalizar o pensamento em meio a um contexto no qual a emoção transita. Aponta, portanto, como nova possibilidade tecnológica de desencadear processos de mudanças desde que haja uma predisposição dos indivíduos, dos coletivos e das organizações. Esta predisposição a pesquisadora encontrou entre gestores, profissionais da saúde e idosos de tal modo que pôde desenvolver intervenções que consubstanciam Melhores Práticas no cuidado à saúde bucal do idoso. A seleção dessas intervenções atendeu indicações dos grupos focais, disponibilidade de tempo e oportunidade, e concentraram-se nas áreas de organização dos serviços, ambientes suportivos e análise da situação de saúde dos idosos, sempre buscando realçar a questão da saúde bucal. Tais intervenções resultaram do mecanismo decisão-ação descrito pelo MDI de Melhores Práticas, e constituem um bom exemplo de como a ferramenta, se adotada como tecnologia de gestão, pode alavancar novos cenários e contribuições.



As atividades e processos de Melhores Práticas no cuidado à saúde bucal do idoso desenvolvidas nos grupos focais, constituem um vasto e rico rol de propostas. Elas estão aglutinadas, segundo o MDI, em três domínios: Fundamentos, Compreensão do Ambiente e Práticas. A partir da análise das falas, a pesquisadora procurou categorizar as múltiplas contribuições havidas, obedecendo à estrutura do MDI. Tal procedimento envolveu um processo de compilação, seleção, síntese e ordenação dos conteúdos.

O rol consubstanciado e apresentado na Etapa 3 do MDI – Atividades, Processos e Resultados, no estágio em que se encontra, pode ser considerado um ‘mapa’ de orientação ou ‘cardápio’ de possibilidades a ser refinado para uso operacional em contextos determinados. É o que será feito em Antônio Carlos.

Eis que durante a execução deste trabalho, foi apresentado pela pesquisadora e aprovado pela *Pan American Health and Education Foundation* (PAHEF) com sede em Washington, D.C., um projeto que prevê um conjunto de ações a serem executadas pelo município com o suporte da UFSC e financiado por esta fundação, o qual dará continuidade as ações de Melhores Práticas propostas nesta pesquisa-ação.

Mesmo num pequeno município, com carência de recursos e de pessoal, foi possível construir um corpo indicativo de práticas e gerar conhecimento útil que aproxima os planos da teoria com os da prática cotidiana, com vista a sua transformação. Adiante, se resume em tópicos as intervenções possíveis, decorrentes do exercício de reflexão/ação, que mostram quanto frutífero é o trabalho metodologicamente híbrido, de cunho qualitativo-construtivista e quantitativo, apoiado em sujeitos qualificados e motivados, refletindo e decidindo em favor das organizações e grupos aos quais pertencem e defendem.

- Em relação aos Fundamentos para a ação: Educação continuada; Capacitação de RH e pessoas da comunidade; Participação comunitária e de idosos nas instâncias de decisão;

Ações de desconstituição de crenças infundadas; Difusão de conteúdos de saúde bucal e de referenciais de PS, SUS, ESF e de evidências; Preparação de material educativo-informativo; Ética e prática profissional.

- Em relação à Compreensão do ambiente: Definição da visão da organização e da saúde; Descrição e análise dos processos de trabalho; Estudo e aperfeiçoamento das práticas de governança local; Análise e criação de ambientes suportivos; Análise das relações intergovernamentais e atores estratégicos; Implantação de sistema de informações e documentação sobre condição sócio-demográfica-epidemiológica, serviços prestados, *follow up* de usuários e gestão de insumos; Planejamento integrado das ações de saúde; Exercício da prática do acolhimento e atenção humanizada; Articulação em defesa do sistema local de saúde no âmbito do SUS entre usuários, trabalhadores e gestores; Participação dos profissionais em processos de análise e avaliação dos serviços; Viabilização de ações intersetoriais; Ampliação e valorização estratégica dos grupos de convivência de idosos; Realização de eventos com enfoque na PS; Reorganização do serviço odontológico e definição dos modelos de atenção; Organização de sistema de agendamento - consultas programáticas, retornos e urgências; Adoção da lógica da integralidade no atendimento das necessidades do usuário; Garantia e suporte de referência e contra-referência; Priorização dos idosos no agendamento de consultas, inclusive as odontológicas; Estudo de sub-grupos idosos prioritários; Prontuário de família integrado; Visitas domiciliares como ação interdisciplinar; Definição do papel da ESB na equipe de SF; Transporte dos usuários com dificuldade de locomoção ao CS; Maximização no uso dos recursos de saúde, públicos e privados, instalados no município; Pensar a cidade na perspectiva da Promoção da saúde e do envelhecimento ativo.

- Em relação às Práticas: Realização de levantamento epidemiológico em saúde bucal; Definição de critérios de risco para desenvolvimento de doenças bucais associados à capacidade funcional do idoso; Levantamento da saúde bucal do usuário que atinge 60 anos; Protocolo de atenção à saúde bucal aos idosos restritos ao domicílio; *Screenings* dos agravos mais freqüentes; Atividades intergeracionais; Grupos de auto-ajuda/ajuda mútua - problemas de saúde em comum; Participação do serviço de saúde bucal nos grupos Hiperdia e de convivência, exames bucais periódicos e educação em saúde; Distribuição de material de higiene bucal; Capacitação de cuidadores de idosos para a autonomia em relação aos cuidados de saúde; Utilização do serviço móvel odontológico em comunidades distantes e idosos restritos ao domicílio; Reforço às práticas interdisciplinares na ESF; Atividades educativas e preventivas em saúde direcionadas aos idosos no período da campanha de vacinação contra gripe; Utilização dos meios de comunicação em massa para divulgação de informações de saúde; Adoção do uso da caderneta do idoso; Mecanismo de registro para apreciação do usuário sobre o serviço de saúde; Avaliação: da participação dos idosos nos grupos de convivência, do desempenho do sistema de saúde em termos de impacto, produtividade e qualidade, do desempenho dos profissionais da saúde e sua satisfação no trabalho, da satisfação dos usuários com o serviço de saúde, do absenteísmo às consultas, da governança local em saúde; Revisão constante dos processos de trabalho, das práticas em saúde definidas como melhores.

O município de Antônio Carlos apresenta um interessante paradoxo. A longevidade do seu povo colocou o município em segundo lugar nacional no IDH-longevidade. Em paralelo, segue precária a condição de saúde bucal da população idosa. Embora não se tenha um levantamento epidemiológico de base populacional, foi possível perceber que os longos anos de vida estão sendo acompanhados por acentuado edentulismo e progressiva perda dentária; ocorrência elevada de lesões de mucosa oral inclusive com casos suspeitos de lesões pré-

cancerígenas; doenças periodontais, má condição de higiene bucal e de próteses; falta de assistência odontológica *on site* ao idoso restrito ao domicílio; crenças e estigmas que excluem o segmento idoso da atenção específica que necessita receber. Tal panorama é refletido no espelho da dificuldade de acesso aos serviços públicos odontológicos; na incapacidade do serviço odontológico proporcionar atenção integral à saúde bucal; pela tradicional omissão do setor público na alocação suficiente de recursos para ações de saúde bucal inclusivas do idoso; por uma iníqua partilha das receitas públicas que impede o seu município de dispor de receitas próprias para executar, na ausência da União e do Estado, uma política local de cobertura e reversão destas necessidades acumuladas.

O estilo de vida saudável que tem explicado a longevidade dos seus idosos não contempla o conforto dos benefícios que a promoção da saúde e a evidência científica em saúde bucal têm colocado à disposição das pessoas. As teorias, o conhecimento acadêmico, a retórica dos planos e programas de saúde bucal permaneceram relativamente distantes do processo que permitiu mais pessoas alcançar longevidade. E, nestas circunstâncias, quanto mais idade foi alcançada, mais aparente passaram a ser os problemas de saúde bucal, pois as práticas individuais e coletivas e a governança do sistema de saúde não acompanharam as necessidades e demandas emergentes, típicas dessa faixa etária.

Esse paradoxo é o alerta que essa pesquisa traz a uma sociedade em acelerado processo de envelhecimento populacional: as pessoas precisam atingir a idade longa com enorme estoque de problemas bucais para terem direito à saúde bucal? A superação do paradoxo reside no esforço coletivo de construção de Melhores Práticas de Promoção da Saúde que contribuam para um bem-envelhecer.

## VII. REFERÊNCIAS

---

- <sup>1</sup> SANTIN, S. Cuidado e/ou conforto: um paradigma para a enfermagem desenvolvido segundo o costume dos filósofos. **Texto Contexto Enferm**, v.7, n.2, p.111-132, 1998.
- <sup>2</sup> WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. Rio de Janeiro: LTC, 1982.
- <sup>3</sup> MELLO, A.L.S.F.; ERDMANN, A.L. Unveiling contradictions and incorporating best practices in the elderly's oral health. **Physis**, v.17, n.1, p.139-156, 2007.
- <sup>4</sup> MELLO, A.L.S.F. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos**, 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 319p.
- <sup>5</sup> BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.7-17, 2006.
- <sup>6</sup> NARVAI, P.C.; FRAZAO, P.; RONCALLI, A.G. et al. Dental caries in Brazil: decline, polarization, inequality and social exclusion. **Rev Panam Salud Publica**, v. 19, n. 6, p. 385-393, 2006.
- <sup>7</sup> PETERSEN, P.E.; BOURGEOIS D.; OGAWA H. et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bull World Health Organ**, v.83, n.9, p.661-669, 2005.
- <sup>8</sup> MOYSES, S.J.; MOYSES, S.T; MCCARTHY, M. et al. Intra-urban differentials in child dental trauma in relation to healthy cities policies in Curitiba, Brazil. **Health Place**, v.12, n.1, p.48-64, 2006.
- <sup>9</sup> WATT, R. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35, n.1, p.1-11, 2007.
- <sup>10</sup> GREEN, L.W. From research to “best practices” in other settings and populations. **Am J Health Behav**, v.25, n.3, p. 165-178. 2001.
- <sup>11</sup> FERREIRA, A.A.A.; PIUVEZAM, G.; WERNER, C.W.A. et al. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciênc Saúde coletiva**, v. 11, n. 1, p. 211-218, 2006.
- <sup>12</sup> MARIÑO, R. Oral health of the elderly: reality, myth, and perspective. **Bull Pan Am Health Organ**, v.28, n.4, p.202-210, 1994.
- <sup>13</sup> KALACHE, A. **Brasil precisa mudar rede de saúde para atender idoso**. Entrevista. Folha de São Paulo, 8 de outubro de 2007. p.A18.
- <sup>14</sup> BENEDETTI, T.B.; MELLO, A.L.S.F. ; GONCALVES, L.H.T. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 12, p.1387-1394, 2007.
- <sup>15</sup> IBANHES, L.C. HEIMANN, L.S.; JUNQUEIRA, V. et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p.575-584, 2007.
- <sup>16</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Country/Area Profile Programme**. WHO Collaborative Centre. Malmo University. Sweden, 2007. Disponível em <<http://www.whocollab.od.mah.se/>> Acesso em 22 de setembro de 2007.

- 
- <sup>17</sup> DOWBOR, L. **O que é poder local**. São Paulo: Brasiliense, 1994. 85p. (Coleção Primeiros Passos).
- <sup>18</sup> MUNHOZ, D.G. América Latina: ortodoxia econômica e dependência financeira **R Econ Contemp**, v. 6, n.1, p.7-23, 2002.
- <sup>19</sup> CAMPOS, G.W.S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v.12, n.2, p.301-306, 2007.
- <sup>20</sup> BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**. Brasília: CONASS/OPAS, 2007. 262p.
- <sup>21</sup> KISSLER, L.; HEIDEMANN, F.G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade?. **Rev Adm Pública.**, v.40, n.3, p.479-499, 2006.
- <sup>22</sup> PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO N. **A crise na saúde pública e utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000. 123p.
- <sup>23</sup> WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/FIOCRUZ., 2006.
- <sup>24</sup> KAHAN, B.; GOODSTADT, M. Health Promotion: Developing and Implementing a Best Practices Approach to Health Promotion. **Health Prom Practice**, v. 2, n. 1, 43-67, 2001.
- <sup>25</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília (BR): Departamento de Atenção Básica. n.17. 2006.
- <sup>26</sup> NARVAI, P.C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos. 2002. 120p.
- <sup>27</sup> OLIVEIRA, A.G.R.C.; ARCIERI, R.M.; UNFER B. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**. v. 2, n.1, p.9-14, 1999.
- <sup>28</sup> ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C., BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/FIOCRUZ, 2006.
- <sup>29</sup> STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
- <sup>30</sup> AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, p.131-138, 2004.
- <sup>31</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Consolidado. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#consolidado>. Acesso em 20 de fevereiro de 2009.
- <sup>32</sup> ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, BEZERRA, R.C.R; CUNHA, I.C.H. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Rev Adm Pública**, v., 39, n.2, p.327-39, 2005.
- <sup>33</sup> 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 (BR): Ministério da Saúde. 2004.

- 
- <sup>34</sup> MELLO, A.L.S.F.; ERDMANN, A.L. ; CAETANO, J. C. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 696-704, 2008.
- <sup>35</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional da atenção básica**. Brasília (BR): Departamento de Atenção Básica, 2006.
- <sup>36</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília (BR): Departamento de Atenção Básica. n. 19. 2006.
- <sup>37</sup> MOYSÉS, S.J.; NASCIMENTO, A.C.; GABARDO, M.C.L. et al. Apontamentos para estudos e debates sobre a estratégia de saúde da Família: desafios para municípios. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. 308p. Cap.3.
- <sup>38</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento**. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Disponível em: <<http://www.un.org/spanish/envejecimiento/documents.htm>> Acesso em: 5 de dezembro de 2003.
- <sup>39</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: a police framework**. Geneva, 2002.
- <sup>40</sup> PETERSEN, P.E.; YAMAMOTO, T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.33, n.2, p.81-92. 2005.
- <sup>41</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A life course perspective of maintaining independence in older age**. Genebra: WHO, 1999.
- <sup>42</sup> BRASIL. SENADO FEDERAL. Lei 10.741 de 10 de outubro de 2003. **Estatuto do idoso**. Brasília, 2003.
- <sup>43</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. Brasília, 2004.
- <sup>44</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **3ª Conferência nacional de saúde bucal**. Brasília. 2004.
- <sup>45</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- <sup>46</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política nacional da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- <sup>47</sup> VERAS, R. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ; 2002.
- <sup>48</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal e Fundação Serviços de Saúde Pública, 1998. 137 p. (Estudos e Projetos, 4).
- <sup>49</sup> BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil**. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Brasília, 2003.
- <sup>50</sup> CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeção e alternativas. **Rev Saúde Pública**, v.31, n.2, p.184-200, 1997.

- 
- <sup>51</sup> INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra domiciliar**: acesso e utilização de serviços de saúde, 1998. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
- <sup>52</sup> MARTINS, A.M.E.B.L.; HAIKAL, D.S.; PEREIRA, S.M. et al. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n 7, p.1651-1666, 2008.
- <sup>53</sup> STRAYER, M. Oral health for homebound and institutionalized elderly. **J Calif Dent Assoc**, v.27, n.9, p.703-708, 1999.
- <sup>54</sup> PETERSSON, G.H.; FURE, S.; TWETMAN, S. et al. Comparing caries risk factors and risk profiles between children and elderly. **Swed Dent J**, v.28, n.3, p.119-28, 2004.
- <sup>55</sup> PADILHA, D.M.P. **A saúde bucal de pacientes idosos**. Aspectos clínicos de um grupo de idosos ingleses e clínicos-radiográficos de um grupo de idosos brasileiros. 1997. 258p. Tese (Doutorado em Estomatologia) - Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- <sup>56</sup> SILVA, S.R.C.; VALSECKI JÚNIOR, A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Rev Panam de Salud Publica**, v.8,n.4, p.268-71, 2000.
- <sup>57</sup> MELLO, A.L.S.F. **Cuidado odontológico provido a idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre-RS**: a retórica, a prática e os resultados. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Bucal Coletiva) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- <sup>58</sup> COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F.T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.18, n.5, p.1313-20. 2002.
- <sup>59</sup> COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F.T.; CALVO, M.C.M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. **Rev Brasil Epidem**, v.7, n.1, p.88-97, 2004.
- <sup>60</sup> REIS, S.C.G.B., HIGINO, M.A.S.P.; MELO, H.M.D. et al. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia, GO. **Rev Brasil Epidem**, v.8, n.1, p.67-73, 2005.
- <sup>61</sup> MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1665-1675, 2005.
- <sup>62</sup> SAINTRAIN, M.V.L.; VIEIRA, L.J.E.S. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1127-1132, 2008.
- <sup>63</sup> CHALMERS, J. Oral health promotion for our ageing Australian population. **Australian Dent J**, v.48, n.1, p.2-9, 2003.
- <sup>64</sup> FLETCHER, A.; BREEZE, E.; WALTERS, R. Health promotion for older people: what are the opportunities? **Global Health Prom**, v.6, n.4, p.4-7, 1999.
- <sup>65</sup> ASSIS, M.; HARTZ, Z.M.A.; VALLA, V.V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p.557-581, p.2004.
- <sup>66</sup> VERAS, R.P.; CALDAS, C.P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p.423-432, 2004.



- 
- <sup>67</sup> TENENBAUM, H.; MATTHEWS, D.; SÁNDOR, G. et al. Oral health-systemic health: what is the true connection? **J Can Dent Assoc.** v.73, n.3, p.211-216, 2007
- <sup>68</sup> BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc saúde coletiva**, 2000, v.5, n.1, p.163-177.
- <sup>69</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa charter for health promotion**. Geneva, 1986.
- <sup>70</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century. Geneva, 1997.
- <sup>71</sup> WALLERSTEIN, N. **What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?** WHO, Regional Office for Europe, Health Evidence Network, Copenhagen, 2006. 37p.
- <sup>72</sup> WALLERSTEIN, N. Empowerment to reduce health disparities. **Scand J Public Health**, v.30, n.59, p.72-77, 2002.
- <sup>73</sup> PATTUSSI, M.P., MOYSES, S.J., JUNGES, J.R. et al. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. **Cad Saúde Pública**, v.22, n.8, p.1525-1546, 2006.
- <sup>74</sup> PERRY, M.; WILLIAMS, R.L.; WALLERSTEIN, N.; WAITZKIN, H. Social Capital and health care experiences among low-income individuals **Am J Public Health**, v.98, n.2, p.330-336, 2008.
- <sup>75</sup> LABONTE, R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. **Health Educ Behav**, v.21, n.2, p.253-268, 1994.
- <sup>76</sup> CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.4, p.1088-1095, 2004.
- <sup>77</sup> FLEURY-TEIXEIRA, P.; VAZ, F.A.C.; CAMPOS, F.C. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.13, n.2, p.2115-2122, 2008.
- <sup>78</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- <sup>79</sup> BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. Health promotion in Brazil. **Global Health Prom**, v.14, n.4, p. 209-213, 2007.
- <sup>80</sup> ISMAIL, A.I.; BADER, J.D. Evidence-based dentistry in clinical practice. **JADA**, v.135, n.1, p.78-83. 2004.
- <sup>81</sup> MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc Saúde Coletiva**, 1999, v.4, n.2, p.305-314.
- <sup>82</sup> TRENTINI, M.; GONÇALVES, L.H.T. Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 9, n. 1, p.63-78, 2000.
- <sup>83</sup> CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 220p.
- <sup>84</sup> KEEHLEY, P.; MEDLIN, S.; MACBRIDE, S. et al. **Benchmarking for best practices in the public sector**. Jossey-Bass Publishers: San Francisco, 1996. 251p.

- 
- <sup>85</sup> MAGALHÃES JR., H.M. **Administração na área de saúde**: uma perspectiva para gestores municipais. In: Gestão municipal de saúde. Textos Básicos, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2001. cap.1.
- <sup>86</sup> CUNHA, R.E.; SANTOS, F.P. **Os desafios do gestor local**: estruturas organizacionais e os mecanismos de controle. In: Gestão municipal de saúde. Textos Básicos, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2001. cap.11.
- <sup>87</sup> CASTRO, C.G.J.; WESTPHAL, M.F. **Modelo de atenção**. In: Gestão dos serviços de saúde. São Paulo: EdUSP, 2001. cap.4.
- <sup>88</sup> CHAVES, S.C.L.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Oral health care and health decentralization in Brazil: two case studies in Bahia State. **Cad Saúde Pública**, v.23, n.5, p.1119-1131, 2007.
- <sup>89</sup> MOYSES, S.J.; SIMÃO, M.G.; PEDOTTI, M.A. **A saúde bucal nos sistemas locais de saúde**. In: Os dizeres da boca em Curitiba: Boca maldita, Boqueirão, bocas saudáveis. CEBES: Rio de Janeiro, 2002.
- <sup>90</sup> SANTANA, J.P. **A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde**: elementos para uma proposta. In: Gestão municipal de saúde. Textos Básicos, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2001. cap. 9.
- <sup>91</sup> XXII CONGRESSO NACIONAL DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Carta de Recife**. Recife, 2006. Disponível em <[http://www.redeamericas.org.br/files/020\\_recife\\_port.pdf](http://www.redeamericas.org.br/files/020_recife_port.pdf)> Acesso em 16 de junho de 2007.
- <sup>92</sup> CASAS, J.A. **Gobernabilidad, salud y reforma**: hacia el desarrollo humano y la salud con equidad. In: Gobernabilidad y Salud: políticas públicas y participación social. Washington, OPAS, 1999. 136p.
- <sup>93</sup> SANTIN, J.R. O tratamento histórico do poder local no Brasil e a gestão democrática municipal. II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia. **Anais...** 25 a 27 de abril de 2007, UFSC, Florianópolis.
- <sup>94</sup> SANTOS, M.H.C. Governabilidade, governança e democracia: criação de capacidade governativa e relações executivo-legislativo no Brasil pós-Constituinte. **Dados**, v.40, n.3, p.335-376, 1997.
- <sup>95</sup> LOPREATO, F.L.C. Novos tempos: política fiscal e condicionalidades pós-80. **R Econ Contemp**, v.8, n.1, p.125-154, 2004.
- <sup>96</sup> WORLD BANK. **Governance and development**. Washington, 1992.
- <sup>97</sup> KAUFMANN, D.; KRAAY, A.; MASTRUZZI, A. **Governance matters VI**: governance indicators for 1996-2006. World Bank Policy Research Working Paper No. 4280 World Bank: Washington, 2007.
- <sup>98</sup> JURUÁ, C.V. **Reforma do Estado**: instituições e governança. Disponível em <[http://www.lpp-uerj.net/outrobrasil/Docs/30112005144634\\_Analise\\_Ceci\\_mar%C3%A7o05.doc](http://www.lpp-uerj.net/outrobrasil/Docs/30112005144634_Analise_Ceci_mar%C3%A7o05.doc)> Acesso em 05 de julho 2007.
- <sup>99</sup> ESPINDOLA, R. **Gobernancia democrática y salud**. In: Gobernabilidad y Salud: políticas públicas y participación social. Washington, OPAS, 1999. 136p.
- <sup>100</sup> MARQUES, M.C.C. Governança corporativa no setor público. **RAC**, v.11, n.2, p.11-26, 2007.

- 
- <sup>101</sup> VEENSTRA G. Social capital and health (plus wealth, income inequality and regional health governance). **Soc Sci Med**, v.54, n.6, p.849-868, 2002.
- <sup>102</sup> SA, M.C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.151-164, 2001.
- <sup>103</sup> HUFTY, M.; BÁSCOLO, E.;BAZZANI, R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. **Cad Saúde pública**. v.22, supl., p.S35-S45, 2006.
- <sup>104</sup> HOLDEN L.C, MOORE R.S. The development of a model and implementation process for clinical governance in primary dental care. **Br Dent J**, v.196, n.1, p. 21-24, 2004.
- <sup>105</sup> MCSHERRY, R.; PEARCE, P. **Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals**. 2ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2007. 182p.
- <sup>106</sup> GOODMAN, N.W. Clinical governance: vision or mirage? **J Eval Clin Pract**, v.8, n.2, p.243-249, 2002.
- <sup>107</sup> THOMAS, M. The evidence base for clinical governance. **J Eval Clin Pract**, v.8, n.2, p. 251-254, 2002.
- <sup>108</sup> ONION, C.W. Principles to govern clinical governance. **J Eval Clin Pract**, v.6, n.4, p. 405-412, 2000.
- <sup>109</sup> UNITED KINGDOM. DEPARTMENT OF HEALTH. **Standards for better health: healthcare standards for services under the NHS – a consultation document**. DH: London, 2004.
- <sup>110</sup> NICKLIN, P.V.; BATCHELOR, P.A. Current understanding of clinical governance: a study of dental health care providers. **Br Dent J**, v. 187, n. 10, p.555-556, 1999.
- <sup>111</sup> MCCORMICK, R.J.; LANGFORD, J.W. Attitudes and opinions of NHS general dental practitioners towards clinical governance. **Br Dent J**, v.200, n.4, p.214-217, 2006.
- <sup>112</sup> KAHAN, B.; GOODSTADT, M. **The IDM manual: Basics**. 3.ed. Centre for Health Promotion, University of Toronto, May 2005.
- <sup>113</sup> NOVA SCOTIA HEALTH DEPARTMENT. **Best practice approach to health promotion**. Canada. Disponível em: <[http://www.hpclearinghouse.ca/best\\_practices.htm](http://www.hpclearinghouse.ca/best_practices.htm)> Acesso em: 21 de agosto de 2003.
- <sup>114</sup> KELEHER, H. Health promotion principles. In: KELEHER, H.; MACDOUGALL, C.; MURPHY, B. **Understanding health promotion**. Oxford: University Press, 2007. 393p.
- <sup>115</sup> WATERS, E.; ARMSTRONG, R.; DOYLE, J. Evidence to inform multisectorial approaches in health promotion. In: KELEHER, H.; MACDOUGALL, C.; MURPHY, B. **Understanding health promotion**. Oxford: University Press, 2007. 393p.
- <sup>116</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização pan-americana da saúde. **Projeto de plano decenal regional sobre saúde bucodental**. 138a Sessão do Comitê Executivo. Washington, 2006. 24p.
- <sup>117</sup> ASSOCIATION OF STATE AND TERRITORIAL DENTAL DIRECTORS. **Best practices project**. Disponível em: <[http://www.astdd.org/?template=bp\\_home.tml&shell=best](http://www.astdd.org/?template=bp_home.tml&shell=best)>. Acesso em: 17 de março de 2004.

- 
- <sup>118</sup> DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND ENVIRONMENT OF COLORADO STATE - USA. **The community guide**. Disponível em: <<http://thecommunityguide.org/oral/default.htm>> Acesso em: 17 de março de 2004.
- <sup>119</sup> NATIONAL GOVERNORS ASSOCIATION. **Center for best practices**. Disponível em: <<http://www.nga.org/cda/files/cbpbrochure.pdf>>. Acesso em: 17 de março de 2004.
- <sup>120</sup> UNIVERSIDADE DE ADELAIDE. **Australian Research Centre for Population Oral Health**. Disponível em < <http://www.arcpoh.adelaide.edu.au/project/> >. Acesso em 18 de março de 2007.
- <sup>121</sup> NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH AIDS INSTITUTE. **Promoting oral health care for people with HIV infection**. January, 2004. Disponível em: <[http://www.hivguidelines.org/public\\_html/oralh-bp/oralh-bp.pdf](http://www.hivguidelines.org/public_html/oralh-bp/oralh-bp.pdf)> Acesso em: 18 de março de 2004.
- <sup>122</sup> PORTUGAL. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. Divisão de Saúde Escolar. **Manual de Boas Práticas em Saúde Oral**: para quem trabalha com crianças e jovens com necessidades de saúde especiais. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Escolar, 2002. 32p.
- <sup>123</sup> TEXAS DEPARTMENT ON AGING. **Best practice in oral hygiene and dental care**: dental care at Heritage Duval Gardens, Austin, TX. Disponível em:< <[http://www.dads.state.tx.us/news\\_info/volunteer/ombudsman/bestpractices/oral\\_hygiene.html](http://www.dads.state.tx.us/news_info/volunteer/ombudsman/bestpractices/oral_hygiene.html)> Acesso em fevereiro de 2004.
- <sup>124</sup> MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**: estruturas em cinco configurações. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2003. 334p.
- <sup>125</sup> UNGER, J.P.; MACQ, J.; BREDO, F. et al. Through Mintzberg's glasses: a fresh look at the organization of ministries of health. **Bull World Health Organization**, v.78, n.8, 1005-1013, 2000.
- <sup>126</sup> GARVIN, D.A. **Construindo a organização que aprende**. In: Gestão do conhecimento: on knowledge management. 5.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2002. 205p.
- <sup>127</sup> KRAUSS-SILVA, L. Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.2, p.199-207, 2004.
- <sup>128</sup> SOUZA, Y.S. Organizações de aprendizagem ou aprendizagem organizacional. **RAE-eletrônica**, v.3, n.1, art.5, 2004.
- <sup>129</sup> SENGE, P. **A quinta disciplina**. São Paulo: Best Seller, 1990. 443p.
- <sup>130</sup> SILVA, S.L. Informação e competitividade: a contextualização da gestão do conhecimento nos processo organizacionais. **Ci Inf**, v.31, n.2, p.142-151, 2002.
- <sup>131</sup> JANÉ-LLOPIS, E. **Ensuring good practice in health promotion**: from research to action a shared responsibility: the example of mental health. (Mimeo, s.d.).
- <sup>132</sup> SENGE, P. **Entrevista a Jorge Nascimento Rodrigues**. Disponível em: <<http://www.janelanaweb.com/manageme/senge.html>> Acesso em 14 de março de 2004.
- <sup>133</sup> CENTRE FOR HEALTH PROMOTION. **A report on the proceedings for best practices at home and abroad**. Victoria College, Toronto, September, 2004.
- <sup>134</sup> KAHAN, B.; GOODSTADT, M. **The IDM Manual**: Using the IDM Framework. 3ed. Centre for Health Promotion, University of Toronto, May 2005.

- 
- <sup>135</sup> BARBIER, R. **A pesquisa ação**. Brasília: Líber Livro, 2007. 159p. (Série pesquisa - vol 3).
- <sup>136</sup> DIONNE, H. **A pesquisa-ação para o desenvolvimento local**. Brasília: Líber Livro, 2007. 132p. (Série pesquisa - vol 16).
- <sup>137</sup> MARTINS, H.H.T.S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educ Pesquisa**, v.30, n.2, p.289-300, 2004.
- <sup>138</sup> MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Cad Saúde Pública**, v.9, n.3, p.239-262, 1993.
- <sup>139</sup> TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.3, p.507-514, 2005.
- <sup>140</sup> MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4.ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro:Abrasco, 1996. 269p.
- <sup>141</sup> TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educ Pesquisa**, v.31, n.3, p.443-466, 2005.
- <sup>142</sup> EL ANDALOUSSI, K. **Pesquisas-ações: ciências, desenvolvimento, democracia**. São Carlos: EdUFSCar, 2004. 192p.
- <sup>143</sup> GRABAUSKA, C.J.; BASTOS, F.P. Investigação-ação educacional: possibilidades críticas emancipatórias na prática educativa. **Heuresis**, v.1, n.2, 1998.
- <sup>144</sup> THIOLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez; 1994. 108p.
- <sup>145</sup> MEYER, J. **Action research**. In: POPE, C.; MAYS, N. *Qualitative research in health care*. 3ed. Blackwell Publishing: Oxford, 2006. 156p. Chapter 11.
- <sup>146</sup> MIRANDA, M.G.; RESENDE, A.C.A. Sobre a pesquisa-ação na educação e as armadilhas do praticismo **Revista Brasileira de Educação**, v. 11 n. 33, p.511-518, 2006.
- <sup>147</sup> MORIN, E. **Introducción al pensamiento complejo**. Ciudad de México: Gedisa, 2004, 168p.
- <sup>148</sup> MARIOTTI, H. **As paixões do ego: complexidade, política e solidariedade**. São Paulo: Palas Athena, 2000. 350p.
- <sup>149</sup> WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M.; FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol Oficina Sanit Panam**, v.120, n.6, p.472-481, 1996.
- <sup>150</sup> GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livros, 2005. 77p.
- <sup>151</sup> DALL'AGNOL, C.M.; TRENCH, M.H. Focal group as a methodological strategy in nursing research. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.20, n.1, p.5-25, 1999.
- <sup>152</sup> ASCHIDAMINI, I.; SAUPE, R. Grupo focal: estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**, v.9, n.1, p.9-14, 2004.
- <sup>153</sup> **IDM BEST PRACTICE COMPUTER PROGRAM**. Disponível em <<http://www.idmbestpractices.ca/idm.php?content=resources-idm#program>>. Acesso em 14 de junho de 2007.
- <sup>154</sup> PIAZZA, W.F. **A colonização de Santa Catarina**. Porto Alegre: Pallotti, 1982. 312p.

- 
- <sup>155</sup> PREFEITURA MUNICIPAL DE ANTONIO CARLOS. **Site Oficial**. Disponível em: <[http://www.antoniocarlos.sc.gov.br/portal1/infra/mu\\_infra.asp?iIdMun=100142015](http://www.antoniocarlos.sc.gov.br/portal1/infra/mu_infra.asp?iIdMun=100142015)> Acesso em: 10 de novembro de 2008.
- <sup>156</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS. Informações em saúde**. Dados demográficos. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?ibge/cnv/poptSC>>.def Acesso em 23 de dezembro de 2008.
- <sup>157</sup> INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cid@des**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em 22 de dezembro de 2008.
- <sup>158</sup> PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas de desenvolvimento humano no Brasil**. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/atlas/textos\\_analiticos/index.php](http://www.pnud.org.br/atlas/textos_analiticos/index.php)> Acesso em 15 de julho de 2006.
- <sup>159</sup> SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE. **Indicadores Municipais**. Disponível em <<http://siops.datasus.gov.br/reindicadoresmun2.php>> Acesso em: 17 de novembro de 2008.
- <sup>160</sup> SANTA CATARINA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Divisão de saúde bucal. **Fortalecimento e qualificação da saúde bucal na atenção básica em Santa Catarina**. Florianópolis, 30 e 31 de outubro de 2008. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/gestores/saude\\_bucal/material%20saude%20bucal/SES-SC%20Caetano.ppt](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/saude_bucal/material%20saude%20bucal/SES-SC%20Caetano.ppt). Acesso em 02 de março de 2009.
- <sup>161</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Indicadores da Atenção Básica**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/pacmap.htm>> Acesso em: 15 de abril de 2007. Atualizado em: 22 de dezembro de 2008.
- <sup>162</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pacto UNIFICADO - 2008 - Santa Catarina**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto2008/pacto2008.def>> Acesso em: 23 de dezembro de 2008.
- <sup>163</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Santa Catarina**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?sih/cnv/nrsc.def>> Acesso em: 23 de dezembro de 2008.
- <sup>164</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global age-friendly cities: a guide**. Geneva: WHO Press, 2007. 76p.
- <sup>165</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Age-friendly PHC centres toolkit**. Geneva: WHO Press, 2008. 117p.
- <sup>166</sup> PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2001. 178p.
- <sup>167</sup> MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. Tomo I, 44p. e Tomo II, 176p.
- <sup>168</sup> BANCO MUNDIAL. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos**. Relatório 36601-BR, 2007. 88p.

- 
- <sup>169</sup> MARTINS, P.C. ; COTTA, R.M.M.; MENDES, F.F. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis**, v.18, n.1, p.105-121, 2008.
- <sup>170</sup> ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.11, n.3, p.376-382, 2003.
- <sup>171</sup> TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. P. Construindo p "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.12, n., p.893-902, 2007.
- <sup>172</sup> GURGEL JR, G.D.; VIEIRA, M.M.F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p.325-334, 2002.
- <sup>173</sup> HAM, C. Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. **The Lancet**, v.7, n.361, p.1978-80, 2003.
- <sup>174</sup> SIMARD, C.; RICE, E. **The practice gap: barriers to the diffusion of best practices**. Center for Organizational Development and Leadership., Rutgers, The State University of New Jersey. Disponível em: <http://www.odl.rutgers.edu/resources/pdf/diffusion.pdf> Acesso em 18 de setembro de 2005.
- <sup>175</sup> KAHAN, B.; GOODSTADT, M. **IDM best practices road map for coaches: a guide to using the Interactive Domain Model**. 2.ed, 2005. 66p.
- <sup>176</sup> JACKSON, S.F.; PERKINS, F.; KHANDOR, E. et al. Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. **Health Promot Int**, v.21, n.S1, p.75-83, 2006.
- <sup>177</sup> ANDRADE, L.O.M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006. 288p.
- <sup>178</sup> MOYSÉS, S.T.; KUSMA, S. Promoção de Saúde e intersetorialidade na abordagem familiar. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. 308p. cap.9.
- <sup>179</sup> ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p.219-227, 2006.
- <sup>180</sup> OLIVEIRA, J.L.C.; SALIBA, N.A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, supl., p.297-302, 2005.
- <sup>181</sup> SOUZA, T.M.S; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad Saúde Pública**, v.23, n.11, p.2727-2739, 2007.
- <sup>182</sup> MARTELLI, P.J.L.; CABRAL, A.P.S.; PIMENTEL F.C. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1669-1674, 2008.
- <sup>183</sup> NASCIMENTO, A.C. **Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: mudança de práticas ou diversionismo semântico?** Dissertação Mestre em Saúde Coletiva Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba 2007.
- <sup>184</sup> ROCHA, R.A.C.P.; GOES, P.S.A. 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**, v.24, n.12, p.2871-2880, 2008.

- 
- <sup>185</sup> LEAL, R.B.; TOMITA, N.E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, n.1, p.155-160, 2006.
- <sup>186</sup> CARVALHO, D.Q.; ELY H.C.; PAVIANI, L.S. et al. A dinâmica da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família. **Rev da Escola de Saúde Pública do RS**, v. 18, n.1, p. 175-184, 2004.
- <sup>187</sup> SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A.; RODRIGUES, A.A.A.O. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.
- <sup>188</sup> SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.11, n. 1, p.53-61, 2006.
- <sup>189</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- <sup>190</sup> MOIMAZ, S.S.; GARBIN, C.A.S.; GARBIN, A.J.I. et al. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. **Rev Adm Pública**, v. 42, n. 6, p. 1121-1135, 2008.
- <sup>191</sup> PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2001. 178p.
- <sup>192</sup> PINHEIRO, R.; MATTOS, RUBEN A. (org.). **A construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. 304p.
- <sup>193</sup> CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, RUBEN A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2001. 178p.
- <sup>194</sup> STOTZ, E.N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. Rede Popular de Educação e Saúde. **Varal de textos**. Disponível em: <http://www.redepopsaude.com.br/Varal/PoliticaSaude/DesafioSUS.pdf>. Acesso em 11 de dezembro de 2008.
- <sup>195</sup> MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2001. 178p.
- <sup>196</sup> MARTINS, A.M.E.B.L; BARRETO, S.M.; PORDEUS, I.A. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 421-435, 2009.
- <sup>197</sup> SILVA, D.D.; SOUSA, M.L.R.; WADA, R.S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1251-1259, 2005.



- 
- <sup>198</sup> MATOS, D.L.; LIMA-COSTA, M.F. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1699-1707, 2006.
- <sup>199</sup> UNFER, B.; BRAUN, K.; SILVA, C.P.; PEREIRA FILHO, L.D. Self-perception of the loss of teeth among the elderly. **Interface**, v. 10, n.19, p. 217-226, 2006.
- <sup>200</sup> HIRAMATSU, D.A.; TOMITA, N.E.; FRANCO, L.J. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Ciênc saúde coletiva**, v.12, n.4, p.1051-1056, 2007.
- <sup>201</sup> PICCINI, R.X.; FACCHINI, L.A.; TOMASI E. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc saúde coletiva**, v.11, n.3, p.657-667, 2006.
- <sup>202</sup> LOURENCO, Roberto Alves; MARTINS, Cláudia de Souza Ferreira; SANCHEZ, Maria Angélica S e VERAS, Renato Peixoto. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.2, p.311-318, 2005.
- <sup>203</sup> MESAS, A.E.; TRELHA, C.S.; AZEVEDO, M.J. Saúde bucal de idosos restritos ao domicílio: estudo descritivo de uma demanda interdisciplinar. **Physis**, v.18, n.1, p.61-75, 2008.
- <sup>204</sup> SHINYASHIKI, G.T.; TREVISAN, M.A.; MENDES, I.A.C. Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional. **Rev Latino-americana de Enf**, v.11, n.4, p.499-506, 2003.
- <sup>205</sup> ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. HEALTH COMMITTEE. Directorate for employment, labour and social affairs. **Policies for aging: an overview**. OECD Health Working papers n°. 42. Paris: Head of publications Services OECD, 2009. 32p.
- <sup>206</sup> KOCH FILHO, H.R.; BISINELLI, J.C. Abordagem de famílias com idosos. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. 308p. Cap. 8.5
- <sup>207</sup> NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev Saúde Pública**, v.40, n°. spec., p.141-147, 2006.

**APÊNDICES**

---



ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ANTONIO CARLOS  
Praça Anchieta, 10 - Fone/Fax: (48) 3272-1123  
CEP 88180-000 - Antônio Carlos - Santa Catarina  
CNPJ 82.892.290/0001-90 - administração@antoniocarlos.sc.gov.br

Antônio Carlos, 18 de julho de 2006.

Ao Professor  
Dr. Cleo Nunes de Souza  
Diretor do Centro de Ciências da Saúde  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Florianópolis (SC)

Senhor Diretor,


Cumprimentando-o cordialmente, tenho a satisfação de informar a Vossa Senhoria que a Administração Municipal de Antônio Carlos acolhe a proposta de realização do projeto de pesquisa da Doutora Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, intitulado “**Construindo Melhores Práticas em Saúde Bucal para Idosos: o IDM (Interactive Domain Model) como tecnologia de gestão em serviços locais de saúde**”.

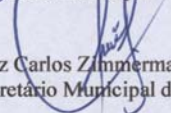
Nossa Administração está comprometida com a melhoria das condições de saúde da população e em especial com o aperfeiçoamento das práticas que tornem efetivas as ações de promoção da saúde no Município. Por isso, entendemos que esta integração da Universidade, com a Prefeitura Municipal, e com os segmentos organizados da comunidade, como os Grupos de Idosos, poderá produzir bons resultados no campo da saúde bucal e do seu gerenciamento.

Ao associar nosso desejo de avançar nas melhorias de atenção à expressiva população idosa do Município de Antônio Carlos, facilitaremos à Pesquisadora, - que não mantém qualquer vínculo empregatício ou percebe remuneração desta municipalidade -, o acesso aos nossos serviços, colaboradores e registros, bem como estaremos integrados no projeto com vista ao aperfeiçoamento continuado de nossas práticas, com ênfase na promoção da saúde.

Nesta oportunidade reiteramos nosso apreço e admiração pelo trabalho comunitário da UFSC, que também foi a instituição onde ambos, com orgulho, colhemos nossa graduação. Ao desejar a Vossa Senhoria e demais Professores do CCS um profícuo desempenho, despedimo-nos

Atenciosamente,

  
Ivens Antônio Scherer  
Prefeito Municipal

  
Luiz Carlos Zimmermann  
Secretário Municipal de Saúde e Assistência Social



**Questões: o que nos guia/guia os serviços de saúde bucal?**

O que significa “promoção da saúde” para você? Qual a relação deste conceito com a saúde bucal do idoso?

Quais são os valores que orientam a atenção à saúde bucal ao idoso em AC

Quais são as teorias/conceitos que orientam a atenção à saúde bucal ao idoso em AC

Que crenças estão impregnadas na atenção à saúde bucal ao idoso em AC

Quais são os preceitos éticos que orientam a atenção à saúde bucal ao idoso em AC

Existem evidências científicas que fundamentem a atenção à saúde bucal ao idoso em AC?

Quais?

Quais são os objetivos da atenção à saúde bucal ao idoso em AC

**Questões: onde estamos?**

Como vc analisa as condições de saúde bucal dos idosos de AC?

Como vc analisa o serviço de saúde bucal do idoso de AC?

Quais são as práticas (os processos, atividades e estratégias) correntes na atenção à saúde bucal do idoso em AC?

Quais são as práticas (os processos, atividades e estratégias) correntes na organização que presta essa atenção (Unidade de Saúde)?

Identifique forças/potencialidades, recursos e capacidades

Identifique fraquezas, dificuldades, conflitos

Existem preocupações decorrentes da situação atual?

Quais são as práticas (os processos, atividades e estratégias) correntes em relação à mecanismos de avaliação?

**Questões: Para onde queremos ir/ onde queremos chegar?**

Qual a visão de futuro para a atenção à saúde bucal em AC em relação ao idoso?

O que é necessário fazer para mudar a situação atual?

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Olá!

Meu nome é Ana Lucia Ferreira de Mello e estou desenvolvendo a pesquisa **“CONSTRUINDO MELHORES PRÁTICAS EM SAÚDE BUCAL PARA IDOSOS: o IDM (*Interactive Domain Model*) como tecnologia de gestão em serviços locais de saúde”**.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar deste estudo que tem como objetivo utilizar um novo modelo de administração de serviços públicos odontológicos para idosos no seu município.

Nossa intenção é que, após a realização desta pesquisa, ocorram melhorias na prestação de serviços de saúde bucal aos idosos, aumento do acesso, melhoras no atendimento, e conseqüentemente, melhora nas condições da saúde bucal dos idosos do seu município.

O estudo será realizado por meio da sua participação em algumas reuniões em grupos de pesquisa, nas quais serão realizadas discussões, reflexões e proposições de ações para melhorar os serviços públicos de saúde bucal fornecido aos idosos. Serão seguidas as orientações de uma estratégia de gestão de serviços de saúde elaborada, testada e utilizada por pesquisadores canadenses, chamada IDM Melhores Práticas (*Interactive Domain Model*).

Isto não trará riscos e desconforto para o senhor/a senhora, mas esperamos que traga benefícios no que diz respeito à melhoria das condições de saúde bucal dos idosos do seu município, bem como, das condições de trabalho dos profissionais da saúde.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone **3234-5406**. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.

Dra. Ana Lúcia Ferreira de Mello \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido sobre a pesquisa **“CONSTRUINDO MELHORES PRÁTICAS EM SAÚDE BUCAL PARA IDOSOS: o IDM (*Interactive Domain Model*) como tecnologia de gestão em serviços locais de saúde”** e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Local e data)

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Olá!

Meu nome é Ana Lucia Ferreira de Mello, sou dentista e aluna da Universidade Federal de Santa Catarina. Estou desenvolvendo a pesquisa “CONSTRUINDO MELHORES PRÁTICAS EM SAÚDE BUCAL PARA IDOSOS: o IDM (*Interactive Domain Model*) como tecnologia de gestão em serviços locais de saúde”, sob a orientação do Prof. Dr. Samuel Moysés.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar deste estudo que utiliza uma nova forma de organizar os serviços públicos odontológicos para idosos no município de Antônio Carlos. Acreditamos que deste estudo aconteçam algumas mudanças para melhor no atendimento dos dentistas aos idosos do seu município. Uma delas é o exame e detecção de problemas bucais nos idosos.

Se o(a) senhor(a) aceitar, vai participar de um exame clínico bucal no qual serão vistos a presença de dentes e próteses dentárias e se há alguma lesão na sua boca (por ex. úlceras, manchas).

Não são previstos riscos e desconfortos para o senhor(a) durante o exame, mas esperamos que este estudo traga benefícios para as pessoas de idade ao detectar e, frente uma necessidade, encaminhar os idosos para os serviços de Atenção Básica e de Referência de acordo com o problema apresentado.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone **3234-5406**. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho acadêmico.

Dra. Ana Lúcia Ferreira de Mello \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido sobre a pesquisa “CONSTRUINDO MELHORES PRÁTICAS EM SAÚDE BUCAL PARA IDOSOS: o IDM (*Interactive Domain Model*) como tecnologia de gestão em serviços locais de saúde” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Antônio Carlos, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2008.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_



Município de Antônio Carlos  
Secretaria Municipal da Saúde e  
Assistência Social



Universidade Federal de Santa Catarina  
Programa de Pós-graduação em Odontologia

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Sexo**

- Masculino
- Feminino

**Qual a última vez que foi ao dentista?**

- Nunca foi ao dentista
- Há menos de 1 ano
- Entre 1 a 2 anos
- Há 3 ou mais anos

**Onde foi atendido?**

- No Serviço Público (SUS/posto de saúde)
- No Serviço Privado (dentista ou consultório ou clínica particular)
- Outros (consultório do sindicato ou da cooperativa, ou da empresa que trabalha, etc...)

**Qual o motivo da consulta ao dentista?**

- Consulta de rotina/reparos/manutenção
- Dor
- Sangramento gengival (na gengiva)
- Cavidades nos dentes (cárie)
- Ferida, caroço ou manchas na boca
- Rosto inchado
- Outros

**Considera que necessita de tratamento odontológico atualmente?**

- Sim
- Não

**Como avalia a sua saúde bucal?**

- Não sabe / Não informou
- Péssima

- Ruim
- Regular
- Boa
- Ótima

**Como avalia a aparência de seus dentes e gengivas?**

- Não sabe / Não informou
- Péssima
- Ruim
- Regular
- Boa
- Ótima

**Como avalia sua mastigação devido aos dentes e gengivas?**

- Não sabe / Não informou
- Péssima
- Ruim
- Regular
- Boa
- Ótima

**De que forma a sua saúde bucal afeta o seu relacionamento com outras pessoas (sorriso, beijos, conversas...)?**

- Não sabe / Não informou
- Não afeta
- Afeta pouco
- Afeta mais ou menos
- Afeta Muito

**O quanto de dor de dentes e nas gengivas o(a) senhor(a) sentiu nos últimos 3 meses?**

- Nenhuma Dor
- Pouca Dor
- Média Dor
- Muita Dor

**Legenda dos Procedimentos realizados em Idosos no serviço odontológico do CS de Antonio Carlos, no período de 2005 até agosto de 2008, registrados no PRODENT.**

EXODONTIA – extração dentária

RC II-IV – restauração em resina composta classes II ou IV

TTO GENGIVITE – tratamento de gengivite

RC I-V-VI - restauração em resina composta classes I ou V ou VI

PROFILAXIA – profilaxia profissional

TTO PERIO AGUDO – tratamento periodontal agudo

RC III - restauração em resina composta classe III

CAPEAM S/ R FINAL – capeamento pulpar sem restauração definitiva

R AMALG 1F – restauração de amálgama envolvendo 1 face

R CIM ION VIDRO – restauração com cimento de ionômero de vidro

R AMALG 2F - restauração de amálgama envolvendo 2 faces

APLIC TÓP FLÚOR – aplicação tópica de flúor

CONSULTA – realização de consulta odontológica

CONCERTO PT – conserto de prótese total

RADIOGRAFIA – realização de tomada radiográfica

DREN ABCESSO – drenagem de abscesso

MANUT PERIO – manutenção periodontal

CONCERTO PPR – conserto de prótese parcial removível

CAPEAM C/ R FINAL - capeamento pulpar com restauração definitiva

CARIOSTATICO – aplicação de carioestático

REEMB PT – reembasamento de prótese total

R IRM (CIM OX Z EUG) – restauração provisória com cimento de óxido de zinco e eugenol

REM FAT RETENÇÃO – remoção de fatores de retenção de placa bacteriana

PROSERV CIRURG – preservação cirúrgica

R AMALG 3F - restauração de amálgama envolvendo 3 faces

FERULIZAÇÃO – ferulização/contenção dental



**Regra para numeração dos elementos dentais**

As arcadas dentárias são divididas em quadrantes sendo:

- 1º quadrante - superior direito
- 2º quadrante - superior esquerdo
- 3º quadrante - inferior esquerdo
- 4º quadrante - inferior direito

Em cada quadrante considera-se:

- Incisivo central o dente nº 1
- Incisivo lateral o dente nº 2
- Canino o dente nº 3
- 1º Pré-molar o dente nº 4
- 2º Pré-molar o dente nº 5
- 1º Molar o dente nº 6
- 2º Molar o dente nº 7
- 3º Molar o dente nº 8

A numeração do dente refere-se à união do número do quadrante (na dezena) seguido pela posição do dente na arcada (na unidade).

Ex: O número 45 representa o Segundo Pré-Molar Inferior Direito



Município de Antônio Carlos  
Secretaria Municipal da Saúde e  
Assistência Social



Universidade Federal de Santa Catarina  
Programa de Pós-graduação em Odontologia

Prezado Colega,

Gostaríamos de conhecer sua avaliação sobre nossa Oficina, contribuindo assim para o nosso aprimoramento. Sua opinião é importante para nós.

Por favor, responda as questões e registre seus comentários. Obrigada!

1. **SUA AVALIAÇÃO QUANTO AO LOCAL DA OFICINA**  
( ) RUIM ( ) BOM ( ) MUITO BOM
2. **SUA AVALIAÇÃO QUANTO À ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DA OFICINA**  
( ) RUIM ( ) BOM ( ) MUITO BOM
3. **SUA AVALIAÇÃO QUANTO AO CONTEÚDO APRESENTADO**  
( ) RUIM ( ) BOM ( ) MUITO BOM
4. **SUA AVALIAÇÃO QUANTO AO CONTEÚDO DAS DISCUSSÕES**  
( ) RUIM ( ) BOM ( ) MUITO BOM
5. **EM QUE MEDIDA A OFICINA CONTRIBUI PARA SUAS ATIVIDADES**  
( ) MUITO ( ) POUCO ( ) NÃO CONTRIBUI
6. **EM QUE MEDIDA OS ASSUNTOS DISCUTIDOS NA OFICINA PODERÃO SER COLOCADOS EM PRÁTICA**  
( ) MUITO ( ) POUCO ( ) NÃO ACHO QUE SERÃO COLOCADOS EM PRÁTICA

#### COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E SUGESTÕES

---

---

---

---

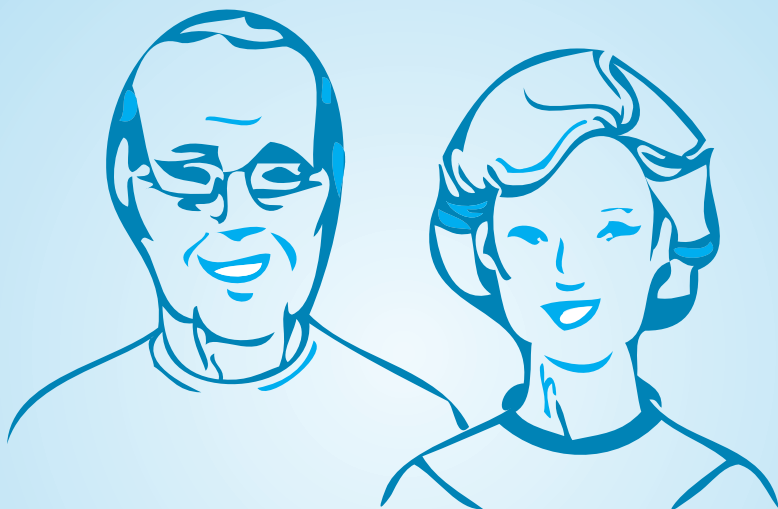
---

---

---

**Conserve bem  
seus dentes  
e eles serão seus  
companheiros  
por toda  
a vida!**

**Confira  
algumas dicas  
importantes!**



# Cuide de sua saúde bucal!

## O envelhecimento saudável evita perda de dentes!

Mesmo se você perdeu todos ou alguns dentes, ainda são necessários cuidados com a saúde bucal.

- ✓ Evite fumar. Evite o consumo excessivo de bebidas alcoólicas;
- ✓ Tenha uma alimentação nutritiva e variada;
- ✓ Beba água;
- ✓ Fique atento ao uso de medicamentos. Alguns deles podem provocar efeitos colaterais na boca, como boca seca;
- ✓ Faça a higiene de próteses e dentes após cada refeição;
- ✓ Examine sua boca periodicamente. Em caso de alguma alteração, procure o dentista;
- ✓ Visite regularmente o dentista, mesmo se você usa próteses dentárias.



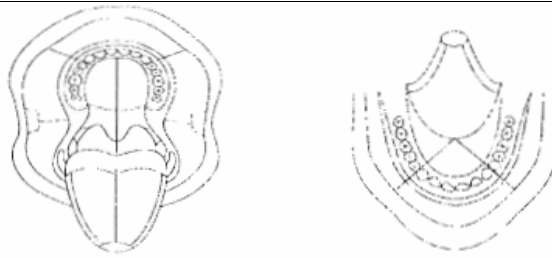
O Serviço de Odontologia  
de Antônio Carlos  
espera por você!

Marque a sua visita:  
(48) 3272-1478

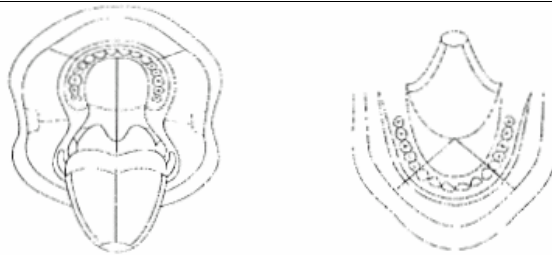


Prefeitura Municipal de  
**Antônio Carlos**  
Secretaria de Saúde  
e Assistência Social

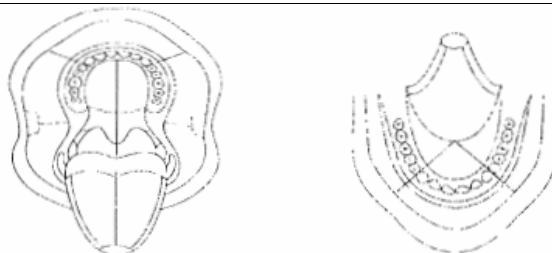
<b>Nome</b>		<b>Sexo</b> M F		<b>Idade</b>	<b>Etnia</b> B N
<b>Dentadura</b> Sup Inf	<b>Pts Removível</b> Sup Inf	<b>No de dentes presentes</b> ( ) Sup ( ) Inf			
<b>Avaliação da mucosa</b>					
( ) Lesão Branca → Removível à raspagem ( ) sim ( ) não					
( ) Lesão Vermelha/Azul/Púrpura					
( ) Lesão Enegrecidas					
( ) Lesão amarelada					
( ) Lesão/Massa proliferativa					
( ) Lesão ulcerada → Sente dor? ( ) sim ( ) não					
Existe há qto tempo? _____					



<b>Nome</b>		<b>Sexo</b> M F		<b>Idade</b>	<b>Etnia</b> B N
<b>Dentadura</b> Sup Inf	<b>Pts Removível</b> Sup Inf	<b>No de dentes presentes</b> ( ) Sup ( ) Inf			
<b>Avaliação da mucosa</b>					
( ) Lesão Branca → Removível à raspagem ( ) sim ( ) não					
( ) Lesão Vermelha/Azul/Púrpura					
( ) Lesão Enegrecidas					
( ) Lesão amarelada					
( ) Lesão/Massa proliferativa					
( ) Lesão ulcerada → Sente dor? ( ) sim ( ) não					
Existe há qto tempo? _____					



<b>Nome</b>		<b>Sexo</b> M F		<b>Idade</b>	<b>Etnia</b> B N
<b>Dentadura</b> Sup Inf	<b>Pts Removível</b> Sup Inf	<b>No de dentes presentes</b> ( ) Sup ( ) Inf			
<b>Avaliação da mucosa</b>					
( ) Lesão Branca → Removível à raspagem ( ) sim ( ) não					
( ) Lesão Vermelha/Azul/Púrpura					
( ) Lesão Enegrecidas					
( ) Lesão amarelada					
( ) Lesão/Massa proliferativa					
( ) Lesão ulcerada → Sente dor? ( ) sim ( ) não					
Existe há qto tempo? _____					





Antonio Carlos, \_\_\_\_\_ de 2008.

Prezado(a) Senhor(a) \_\_\_\_\_,

Vimos por meio desta dar continuidade as atividades que estão sendo realizadas no município de Antonio Carlos para a melhoria do atendimento às questões de saúde bucal dos idosos.

Durante evento comemorativo, nesta data, o(a) senhor(a) participou de um exame clínico das condições de dentes, próteses e mucosa bucal, realizado por alunos da Universidade Federal de Santa Catarina. Nesta ocasião, foi detectada alguma alteração em sua cavidade bucal.

Sugerimos que, para que seja feita uma avaliação mais completa do seu caso, que o(a) Senhor(a) procure serviço odontológico (dentista) o quanto antes.

Estamos indicando o Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário em Florianópolis, visto que a equipe é especializada para atendimento destas situações. O atendimento é gratuito, sendo somente necessário que apresente esta carta consigo.

#### INFORMAÇÕES

AMBULATÓRIO DE ESTOMATOLOGIA  
LOCAL: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – FLORIANÓPOLIS  
FUNCIONAMENTO: TODAS ÀS TERÇAS-FEIRAS  
HORÁRIO: A PARTIR DAS 16H (o atendimento é por ordem de chegada, sugerimos chegar uma hora antes)

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

**Profa. Dra. Ana Lúcia S. Ferreira de Mello**

CRO-SC 4895

Fones: 32345406 ou 99804966

**AVALIAÇÃO CIDADE AMIGA DO IDOSO**

Síntese - Município de Antônio Carlos

Informantes-chave: 20

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE	P	PD	ND	N	I
<b>1. Espaços Abertos e Prédios</b>				<b>XXX</b>	
Ambiente		X			
Espaços verdes e calçadas				X	
Bancos públicos	X				
Calçamento				X	
Ruas				X	
Tráfego			X		
Ciclovias				X	
Segurança					X
Serviços		X			
Prédios					
Banheiros públicos					X
<b>2. Transportes</b>					<b>XXX</b>
Custo	X				
Confiabilidade e frequência					X
Destinos			X		
Veículos		X			
Serviços especializados					X
Prioridade para sentar	X				
Motoristas	X				
Segurança e conforto			X		
Pontos e paradas					X
Informação					X
Transporte comunitário	X				
Táxis * Exceto motoristas				X*	
Ruas					X
Fluxo do trânsito					X
Competência para dirigir					X
Estacionamento				X	
<b>3. Moradias</b>		<b>XXX</b>			
Custo acessível			X		
Serviços essenciais		X			
Planejamento					X
Modificações	X				
Manutenção					X
Envelhecer em casa		X			
Integração comunitária	PREJ.				
Opções de moradia				X	
Ambiente da casa		X			

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE	P	PD	ND	N	I
<b>4 – Participação Social</b>	<b>XXX</b>				
Atividades e eventos acessíveis	X				
Horários de eventos	X				
Custo acessível	X				
Diversidade de eventos e atividades		X			
Locais e ambientes	X				
Promoção e divulgação	X				
Combate ao isolamento	X				
Estimulando a integração		X			
<b>5 – Respeito e Inclusão Social</b>	<b>XX</b>				
Serviços respeitosos e inclusivos		X			
Imagens públicas do envelhecimento					X
Relações familiares e intergeracionais	X				
Conscientização social				X	
Inclusão comunitária	X				
Inclusão econômica	X				
<b>6 – Participação Cívica e Emprego</b>	<b>XXXX</b>				
Opções de voluntariado			X		
Opções de emprego				X	
Formação				X	
Acessibilidade				X	
Participação cívica	X				
Contribuições valorizadas					X
Empreendedorismo			X		
Pagamento				X	
<b>7 – Comunicação e Informação</b>		<b>XXX</b>			
Oferta de informações		X			
Comunicação verbal	X				
Informações impressas		X			
Linguagem simples	X				
Comunicação e equipamentos automatizados					X
Computadores e Internet					X
<b>8 – Serviços Comunitários e de Saúde</b>	<b>XXX</b>				
Acessibilidade aos serviços	X				
Oferta de serviços	X				
Apoio de voluntários		X			
Planejamento e assistência em emergências		X			

P – Avaliação Positiva

PD – Avaliação Positiva, mas há divergências

ND – Avaliação Negativa, mas há divergências

N – Avaliação Negativa

I – Avaliação Indefinida



**ANEXOS**

---



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS  
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 264/06

I – Identificação:

- - Título do Projeto: **CONSTRUÍNDO MELHORES PRÁTICAS EM SAÚDE BUCAL PARA IDOSOS: o IDM (Interactive Domain Model) como tecnologia de gestão em serviços locais de saúde.**
- Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Ana Lúcia S. Ferreira de Mello
- Pesquisador Principal: Ana Lúcia S. Ferreira de Mello
- Data Coleta dados: Início: Fevereiro/2007. Término previsto: Fevereiro/2008
- Local onde a pesquisa será conduzida: Comunidade

II - Objetivos:

Objetivo Geral – Aplicar o modelo IDM (*Interactive Domain Model*) em serviços locais de saúde com vista à construção de melhores práticas em saúde bucal para pessoas idosas.

Objetivos Específicos

- Verificar a aplicabilidade do modelo IDM enquanto tecnologia de gestão.;
- Verificar se o processo de aplicação do modelo IDM mostra-se capaz de orientar os atores envolvidos para uma prática transformadora e melhor;
- Identificar procedimentos de melhores práticas em saúde bucal para idosos, susceptíveis de divisão.

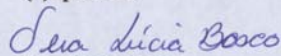
III- Comentário.

Trata-se de projeto devidamente documentado. O tema é relevante, haja vista que o IDM tem por objetivo de auxiliar pessoas envolvidas na gestão de serviços de saúde, em diferentes níveis de atuação (pesquisa, formulação de políticas ou implementação de ações), a refletir sistemática, integral e criticamente sobre suas práticas, e consequentemente transformá-las. O princípio da autonomia está atendido, porquanto há um bem formulado TCLE. Assim, os princípios bioéticos estão atendidos e impõe-se a aprovação do presente projeto.

V – Parecer final:

Ante o exposto, somos pelo deferimento do projeto em análise.

**Parecer do CEP:**  
**(x)aprovado**

  
Vera Lucia Bosco  
Coordenadora do CEP

Data da Reunião do Conselho de Ética: 30 de outubro de 2006.  
Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ANTÔNIO CARLOS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSIST. SOCIAL**  
Rua 6 de novembro, 210 Centro - CEP: 88180-000.  
Fone: (48) 3272-1392 ou 3272-1478 Fax: (48)3272-1477  
E-mail: [saude@antoniocarlos.sc.gov.br](mailto:saude@antoniocarlos.sc.gov.br)

PROGRAMAÇÃO DA 15ª FESTA DO IDOSO

DATA: 17/09/2008

LOCAL: SALÃO PAROQUIAL DA IGREJA MATRIZ

INICIO: 08:30h MISSA

09:30h CAFÉ

10:00h ESCOLHA DA RAINHA

12:00h ALMOÇO E SORTEIO DE BRINDES

13:00h TARDE DANÇANTE E APRESENTAÇÃO DE TEATRO

15:30h CAFÉ

16:30h ENCERRAMENTO



## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO “CIDADE AMIGA DO IDOSO”

O objetivo deste instrumento é ajudar as cidades a se avaliarem sob a ótica dos idosos, a fim de identificar onde e como elas podem ser mais amigáveis aos idosos. O instrumento é uma listagem das características amigáveis aos idosos não é um sistema para classificar quanto uma cidade é mais amiga do idoso que outra; na verdade, trata-se de um instrumento para que uma cidade possa se autoavaliar e um mapa para avaliar a sua evolução. Essas boas práticas proporcionam idéias que as cidades podem adaptar e adotar.

Este instrumento deve ser utilizado por pessoas ou grupos interessados em fazer sua cidade mais amiga do idoso. A situação dos idosos, articulada por essa abordagem da base em direção ao topo, fornece informações essenciais, que devem ser filtradas e analisadas por tomadores de decisão no desenvolvimento e adaptação de intervenções e políticas.

Prezado(a) Senhor (a),

Gostaríamos que fornecesse sua opinião. Marque um **X** no quadrado se você concorda que a cidade de Antonio Carlos possui tal característica. Fique à vontade para escrever qualquer comentário após o término do instrumento. Obrigada!

**Eu sou:**

Idoso  Gestor Municipal  Funcionário Público Municipal  Outro

<b>1. Quanto aos espaços abertos e prédios amigáveis aos idosos</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO SEI</b>
<i>Ambiente</i>			
A cidade é limpa, e há uma legislação, devidamente cumprida, que limita o nível de ruído e odores desagradáveis ou nocivos em locais públicos.	S	N	NS
<i>Espaços verdes e calçadas</i>			
Há espaços verdes bem conservados e seguros, com abrigos adequados, banheiros e bancos de fácil acesso.	S	N	NS
Calçadas amigáveis aos pedestres, que sejam livres de obstáculos, com superfície nivelada, com banheiros públicos e de fácil acesso.	S	N	NS
<i>Bancos públicos</i>			
Existem bancos públicos, especialmente em parques, nas paradas de ônibus e em espaços públicos, e colocados a intervalos regulares; os bancos são bem conservados e fiscalizados para que todos tenham acesso seguro a eles.	S	N	NS
<i>Calçamento</i>			
O calçamento é bem conservado, nivelado, anti-derrapante e amplo o suficiente para acomodar cadeiras de rodas, com um meio-fio baixo para facilitar a transição para a rua.	S	N	NS
O calçamento é livre de quaisquer obstáculos (por exemplo, camelôs, carros estacionados, árvores, cocô de cachorro) e os pedestres têm prioridade.	S	N	NS
<i>Ruas</i>			
As ruas têm cruzamentos em intervalos regulares, com faixas anti-derrapantes, fazendo com que seja seguro aos pedestres atravessá-las.	S	N	NS
As ruas dispõem de estruturas físicas bem desenhadas e apropriadamente colocadas, como ilhas de tráfego, passagens ou túneis que ajudem os pedestres	S	N	NS



a atravessá-las, especialmente nas de muito movimento.			
Os sinais de trânsito são regulados para dar tempo suficiente para que os idosos atravessem a rua, e têm dispositivo visual e sonoro.	S	N	NS
<i>Tráfego</i>			
As regras de trânsito são rigidamente cumpridas, e a preferência é dada aos pedestres.	S	N	NS
<i>Ciclovias</i>			
Há uma faixa exclusiva para bicicletas.	S	N	NS
<i>Segurança</i>			
A segurança pública, em todos os espaços abertos e prédios, é uma prioridade e é proporcionada, por exemplo, por medidas que reduzem o risco de desastres naturais, com boa iluminação pública, patrulhamento policial, cumprimento da legislação e apoio a iniciativas de segurança da comunidade e pessoal.	S	N	NS
<i>Serviços</i>			
Os serviços estão agrupados e localizados próximo de onde os idosos moram e são de fácil acesso (por exemplo, localizado no andar térreo dos prédios).	S	N	NS
Há um atendimento especial para os idosos, como filas separadas ou guichês específicos para idosos.	S	N	NS
<i>Prédios</i>			
Os prédios são acessíveis e têm as seguintes características: – elevadores, rampas, sinalização adequada, corrimãos em escadas, degraus não muito altos ou inclinados, piso anti-derrapante, áreas de repouso com cadeiras confortáveis, número suficiente de banheiros públicos.	S	N	NS
<i>Banheiros públicos</i>			
Os banheiros públicos são limpos, bem conservados e de fácil acesso a pessoas com diferentes graus de incapacidade; são bem sinalizados e estão em locais convenientes.	S	N	NS
<b>2. Quanto às características de transporte amigáveis ao idoso</b>			
<i>Baixo custo</i>			
O transporte público é financeiramente acessível a todos os idosos.	S	N	NS
As tarifas dos transportes são razoáveis e seu preço é afixado de forma visível.	S	N	NS
<i>Confiabilidade e frequência</i>			
O transporte público é confiável e frequente (inclusive à noite e nos fins de semana).	S	N	NS
<i>Destinos</i>			
O transporte público existente permite que os idosos cheguem a locais-chave, como hospitais, centros de saúde, parques públicos, shopping centers, bancos e centros de convivência de idosos.	S	N	NS
A cidade é bem servida de transporte público, com rotas adequadas e com boas conexões para todas as áreas da cidade (inclusive a periferia) e para cidades vizinhas.	S	N	NS
Há boas conexões nas rotas dentre as diferentes opções de transporte.	S	N	NS
<i>Veículos amigáveis aos idosos</i>			
Os veículos são acessíveis, com piso que rebaixa, degraus baixos e assentos amplos e elevados.	S	N	NS
Os veículos são limpos e bem mantidos.	S	N	NS
Os veículos são bem sinalizados, com indicação do seu número e da rota que fazem.	S	N	NS
<i>Serviços especializados</i>			
Serviços de transporte especializados para pessoas com deficiências existem	S	N	NS



em número suficiente.			
<i>Prioridade para sentar</i>			
Existe prioridade para os idosos sentarem e ela é respeitada pelos outros passageiros.	S	N	NS
<i>Motoristas</i>			
Os motoristas são gentis, obedecem as regras de trânsito, param nos pontos determinados, esperam que os passageiros estejam sentados antes de sair, e param junto às calçadas, para facilitar o embarque e desembarque de idosos.	S	N	NS
<i>Segurança e conforto</i>			
O transporte público é seguro contra crimes e não há superlotação.	S	N	NS
<i>Pontos e paradas</i>			
Os pontos de ônibus são localizados próximo de onde moram os idosos, são equipados com assento e abrigo contra o mau tempo, são limpos e seguros, e adequadamente iluminados.	S	N	NS
As paradas e estações são acessíveis, com rampas, escadas rolantes, elevadores, plataformas apropriadas, banheiros públicos e sinalização legível e bem localizada.	S	N	NS
Os pontos e paradas de ônibus são fáceis de acessar e convenientemente localizadas.	S	N	NS
Os funcionários das paradas e estações são gentis e prestativos.	S	N	NS
<i>Informação</i>			
São fornecidas informações aos idosos sobre como utilizar o transporte público e sobre as diferentes opções existentes de transportes.	S	N	NS
<i>Os horários são legíveis e fáceis de se obter.</i>			
Nos horários indica-se claramente a rota dos ônibus que são acessíveis às pessoas com deficiência.	S	N	NS
<i>Transporte comunitário</i>			
Existem serviços de transporte comunitário, incluindo motoristas voluntários e serviços de busca em domicílio, para levar os idosos a eventos e locais específicos.	S	N	NS
<i>Táxis</i>			
Os táxis são baratos e há descontos ou subsídios nas tarifas para os idosos de baixa renda.	S	N	NS
Os táxis são confortáveis e acessíveis, com espaço para levar cadeira de rodas ou andadores.	S	N	NS
Os motoristas de táxi são gentis e prestativos.	S	N	NS
<i>Ruas</i>			
As ruas são bem conservadas, amplas e bem iluminadas, com dispositivos bem planejados e colocados de forma a limitar a velocidade dos carros; há sinais de trânsito nos cruzamentos; os cruzamentos são bem sinalizados; os bueiros são tampados, e a sinalização é padronizada, claramente visível e bem colocada.	S	N	NS
<i>O fluxo do trânsito é bem-regulado.</i>			
As estradas são livres de obstrução que possam bloquear a visão do motorista.	S	N	NS
O cumprimento das regras de trânsito é rigorosamente controlado e os motoristas são educados para segui-las.	S	N	NS
<i>Competência para dirigir</i>			
Cursos de reciclagem para dirigir são oferecidos e a participação neles é estimulada.	S	N	NS
<i>Estacionamento</i>			
Existe estacionamento a preços acessíveis.	S	N	NS
Há vagas específicas para idosos próximas à entrada dos prédios e às estações de transporte coletivo.	S	N	NS



Há vagas para deficientes próximas à entrada dos prédios e às estações de transporte coletivo, cuja utilização é fiscalizada.	S	N	NS
Há pontos de embarque e desembarque para deficientes e idosos próximos à entrada dos prédios e às estações de transporte coletivo.	S	N	NS
<b>3. Quanto às moradias amigáveis ao idoso</b>			
<i>Custo acessível</i>			
Existem moradias de custo acessível para todos os idosos.	S	N	NS
<i>Serviços essenciais</i>			
Os serviços essenciais são prestados a um custo acessível.	S	N	NS
<i>Planejamento</i>			
As moradias são feitas de materiais apropriados e bem estruturadas.	S	N	NS
Há espaço suficiente para que os idosos se locomovam com facilidade dentro da casa.	S	N	NS
A moradia é apropriadamente equipada para atender às condições ambientais (por exemplo, dispõe de ar-condicionado ou calefação).	S	N	NS
A moradia está adaptada para os idosos, com pisos nivelados, corredores e portas largas o suficiente para a passagem de cadeira de rodas, e com banheiros, lavabos e cozinhas especialmente adaptados.	S	N	NS
<i>Modificações</i>			
A moradia pode ser modificada para atender aos idosos, quando houver necessidade.	S	N	NS
As modificações da moradia têm custo acessível.	S	N	NS
Equipamentos e material para modificações de moradia são facilmente encontrados.	S	N	NS
Há financiamentos e auxílio financeiro para reformas da casa.	S	N	NS
Há uma boa compreensão de como uma casa pode ser modificada para atender às necessidades dos idosos.	S	N	NS
<i>Manutenção</i>			
Os serviços de manutenção são de custo acessível para os idosos.	S	N	NS
Há prestadores de serviço devidamente qualificados e confiáveis para fazer a manutenção da casa.	S	N	NS
Moradias públicas, moradias de aluguel e áreas comuns são bem conservadas.	S	N	NS
<i>Envelhecer em casa</i>			
A moradia fica perto de serviços e do comércio.	S	N	NS
Serviços de custo acessível são prestados a domicílio, para que os idosos “envelheçam em casa”.	S	N	NS
Os idosos estão bem informados dos serviços existentes para que eles possam envelhecer em suas casas.	S	N	NS
<i>Integração comunitária</i>			
O projeto da moradia facilita a integração permanente dos idosos na comunidade.	S	N	NS
<i>Opções de moradia</i>			
Existe, na região, uma gama de opções de moradia apropriadas e de custo acessível para os idosos, incluindo-se os frágeis e dependentes.	S	N	NS
Os idosos estão bem informados sobre as opções de moradia existentes.	S	N	NS
<i>Moradia</i>			
Há moradias em número suficiente na região e a um custo acessível para os idosos.	S	N	NS
Há uma gama de serviços apropriados além de entretenimento e atividades nos prédios onde os idosos moram.	S	N	NS
A moradia dos idosos está integrada na comunidade onde se localiza.	S	N	NS
<i>Ambiente da casa</i>			





A moradia não tem excesso de moradores.	S	N	NS
Os idosos se sentem confortáveis no ambiente em que moram.	S	N	NS
A moradia não é localizada em áreas sujeitas a desastres naturais.	S	N	NS
Os idosos se sentem seguros no ambiente onde vivem.	S	N	NS
Há auxílio financeiro para medidas de segurança da casa.	S	N	NS
<b>4. Quanto à participação social amigável ao idoso</b>			
<i>Atividades e eventos acessíveis</i>			
A localização em seus bairros é conveniente para os idosos, com transporte variado e de baixo custo.	S	N	NS
Os idosos têm a possibilidade de participar com um amigo ou cuidador.	S	N	NS
O horário dos eventos é conveniente para os idosos.			
O ingresso para um evento é aberto (por exemplo, não precisa ser sócio), e a entrada no local, assim como a compra de ingresso, é um processo rápido, de uma única fase, que não requer que o idoso fique na fila por muito tempo.	S	N	NS
<i>Custo acessível</i>			
Eventos e atividades, e as atrações locais são financeiramente acessíveis aos participantes mais velhos, sem custos ocultos ou adicionais (como custo de transporte).	S	N	NS
As instituições de voluntários têm o apoio do setor público e privado para manter baixo o custo das atividades para idosos.	S	N	NS
<i>Diversidade de eventos e atividades</i>			
Existe uma gama de atividades para atender aos interesses das diferentes populações de idosos, cada uma das quais com seus gostos e particularidades próprias.	S	N	NS
As atividades comunitárias estimulam a participação de pessoas de diferentes idades e formação cultural.	S	N	NS
<i>Locais e ambientes</i>			
As reuniões e eventos para idosos ocorrem em diferentes locais das comunidades, como centros recreativos, escolas, bibliotecas, centros comunitários localizados em bairros residenciais, parques e jardins.	S	N	NS
Os prédios são acessíveis e devidamente equipados para permitir a participação de pessoas com deficiência ou que necessitem de cuidados especiais.	S	N	NS
<i>Promoção e divulgação das atividades</i>			
As atividades e eventos são divulgados aos idosos; as informações descrevem as atividades, a acessibilidade do local onde será realizada, assim como as opções de transporte.	S	N	NS
<i>Combate ao isolamento</i>			
Convites pessoais são enviados para promover as atividades e estimular a participação.	S	N	NS
É fácil participar dos eventos, que não exigem qualquer formação ou conhecimento (incluindo alfabetização).	S	N	NS
Um membro de um clube que não mais comparece às atividades é mantido na mala direta do clube, a menos que haja solicitação expressa para sua exclusão da relação. As organizações devem estimular a participação dos idosos que se isolam, por meio de, por exemplo, visitas pessoais ou telefonemas.	S	N	NS
<i>Estimulando a integração com a comunidade</i>			
Os prédios e instalações comunitárias propiciam a utilização compartilhada, para diferentes finalidades, por pessoas de diferentes idades e interesses, e estimulam a interação entre os grupos de usuários.	S	N	NS
Reuniões e atividades fomentam o relacionamento e o intercâmbio entre os residentes do bairro.	S	N	NS
<b>5. Quanto ao respeito e inclusão social amigável ao idoso</b>			





<i>Serviços respeitosos e inclusivos</i>			
Os idosos são consultados pelos serviços público, privados e voluntários sobre como servi-los melhor.	S	N	NS
Serviços públicos e comerciais oferecem serviços e produtos adaptados às necessidades e preferências dos idosos.	S	N	NS
Os serviços dispõem de uma equipe prestativa e cortês, treinada para atender os idosos.	S	N	NS
<i>Imagens públicas do envelhecimento</i>			
A mídia inclui os idosos nas matérias que veicula, mostrando-os positivamente e sem estereótipos.	S	N	NS
<i>Relações familiares e intergeracionais</i>			
Ambientes comunitários, atividades e eventos atraem pessoas de todas as idades, ao combinar necessidades e preferências de todos os grupos etários.	S	N	NS
Os idosos são especificamente incluídos nas atividades comunitárias voltadas para a família.	S	N	NS
Atividades que reúnam diferentes gerações são realizadas regularmente para que, em conjunto, as apreciem e usufruam.	S	N	NS
<i>Conscientização social</i>			
O aprendizado sobre o envelhecimento e os idosos está incluído no currículo do primeiro e segundo grau.	S	N	NS
Os idosos estão ativa e regularmente envolvidos em atividades escolares com alunos e professores.	S	N	NS
Os idosos têm oportunidades de partilhar seu conhecimento, história e experiência com outras gerações.	S	N	NS
<i>Inclusão comunitária</i>			
Os idosos são considerados parceiros plenos das decisões comunitárias que lhes dizem respeito.	S	N	NS
Os idosos são reconhecidos pela comunidade por suas contribuições do passado e do presente.	S	N	NS
As ações comunitárias para fortalecer os laços e o apoio entre os membros do bairro incluem os residentes mais velhos como informantes-chave, conselheiros, atores e beneficiários.	S	N	NS
<i>Inclusão econômica</i>			
Idosos com limitações econômicas devem ter acesso a serviços e eventos públicos, voluntários e privados.	S	N	NS
<b>6. Quanto às iniciativas amigáveis de participação cívica e emprego para o idoso</b>			
<i>Opções de voluntariado</i>			
Há uma gama de opções para a participação de voluntários idosos.	S	N	NS
Organizações de voluntários são bem desenvolvidas, com infra-estrutura, programas de treinamento e uma força de trabalho de voluntários.	S	N	NS
As habilidades e os interesses dos voluntários são associados às funções (por exemplo, em um registro ou banco de dados).	S	N	NS
Os voluntários têm apoio em seu trabalho, sendo-lhes oferecido transporte ou tendo o custo do estacionamento reembolsado.	S	N	NS
<i>Opções de emprego</i>			
Há uma gama de oportunidades para os idosos trabalharem.	S	N	NS
Políticas e leis proíbem a discriminação com base na idade.	S	N	NS
A aposentadoria é uma escolha, não uma imposição.	S	N	NS
Há oportunidades flexíveis para os idosos, com opções de emprego em meio-expediente ou temporário.	S	N	NS
Há programas de emprego e agências para trabalhadores idosos.	S	N	NS
Organizações de funcionários (por exemplo, sindicatos) apóiam opções	S	N	NS



flexíveis, como meio-expediente e trabalho voluntário, para permitir uma maior participação dos trabalhadores idosos.			
Os empregadores são estimulados a empregar e a manter trabalhadores mais velhos.	S	N	NS
<i>Formação (Treinamento)</i>			
Uma outra capacitação para atividades pós-aposentadoria é oferecida a trabalhadores mais velhos.	S	N	NS
Existem oportunidades para trabalhadores idosos de recapacitação, como o aprendizado de novas tecnologias.	S	N	NS
Organizações de voluntários oferecem treinamento para as suas posições.	S	N	NS
<i>Acessibilidade</i>			
Oportunidades de trabalho voluntário ou remunerado são conhecidas e promovidas.	S	N	NS
Há transporte para o trabalho.	S	N	NS
Os locais de trabalho são adaptados para atender às necessidades das pessoas deficientes.	S	N	NS
Não há custo para o trabalhador participar de trabalho remunerado ou voluntário.	S	N	NS
As organizações recebem apoio (por exemplo, verba ou redução no prêmio do seguro) para recrutar, treinar e manter voluntários idosos.	S	N	NS
<i>Participação cívica</i>			
Conselhos consultivos, diretorias de organizações, etc. incluem idosos.	S	N	NS
Há apoio para que os idosos participem em reuniões e eventos cívicos, como lugares reservados, apoio às pessoas com deficiências, aparelhos auditivos e transporte.	S	N	NS
Políticas, programas e planejamento que envolvam idosos são feitos ouvindo-os primeiro.	S	N	NS
Os idosos são estimulados a participar.	S	N	NS
<i>Contribuições valorizadas</i>			
Os idosos são respeitados e suas contribuições são reconhecidas.	S	N	NS
Os empregadores e organizações são sensíveis às necessidades dos trabalhadores idosos.	S	N	NS
As vantagens de empregar trabalhadores idosos são conhecidas pelos empregadores.	S	N	NS
<i>Empreendedorismo</i>			
Existe apoio para empresários idosos e oportunidades para trabalho autônomo (por exemplo, mercados para se vender hortifrutigranjeiros e artesanato, treinamento para a administração de pequenos negócios e micro-financiamento para trabalhadores idosos).	S	N	NS
As informações elaboradas para dar apoio a micro-empresas e empreendimentos administrados de casa estão em formato adequado aos trabalhadores idosos.	S	N	NS
<i>Pagamento</i>			
Os trabalhadores idosos são corretamente remunerados pelo seu trabalho.	S	N	NS
Os voluntários são reembolsados por gastos que incorrem por conta do trabalho.	S	N	NS
Os ganhos dos trabalhadores idosos não são deduzidos do valor da aposentadoria ou de outras rendas a que os idosos tenham direito.	S	N	NS
<b>7. Quanto à comunicação e informação amigável ao idoso</b>			
<i>Oferta de informações</i>			
Um sistema básico, universal de comunicações, usando a mídia impressa, o rádio, a televisão e o telefone, alcançando todos os residentes.	S	N	NS



A distribuição regular e confiável de informações é garantida pelo governo ou por organizações de voluntários.	S	N	NS
A informação é disseminada próximo às residências dos idosos e nos locais onde eles realizam as suas atividades habituais do dia-a-dia.	S	N	NS
A disseminação da informação é coordenada por um serviço comunitário acessível, que todos conhecem– e por um escritório de centralização de informações.	S	N	NS
Informações regulares e a transmissão de programas de interesse dos idosos são veiculadas tanto na mídia regular quanto na especificamente voltada para eles.	S	N	NS
<i>Comunicação verbal</i>			
Uma comunicação verbal acessível aos idosos deve ser feita, preferencialmente, em eventos públicos, centros comunitários, clubes e pela mídia rádio-televisiva, e também pelas pessoas responsáveis por repassar as informações no sistema boca-a-boca.	S	N	NS
As pessoas em risco de isolamento social recebem a informação de pessoas em quem confiam e com quem interagem, como visitantes voluntários, empregados domésticos, cabeleiros, porteiros ou zeladores.	S	N	NS
Funcionários de repartições públicas e de empresas privadas atendem individualmente e de maneira amistosa, os idosos, sempre que solicitados.	S	N	NS
<i>Informações impressas</i>			
As informações impressas – incluindo formulários oficiais, legendas de televisão e textos em telas – devem ter letras grandes e as principais idéias são mostradas através de títulos de enunciado claro e letras em negrito.	S	N	NS
<i>Linguagem simples</i>			
A comunicação, seja impressa ou verbal, usa palavras simples, conhecidas, em frases curtas e objetivas.	S	N	NS
<i>Comunicação e equipamentos automatizados</i>			
Serviços automatizados de atendimento telefônico dão instruções de forma lenta e clara, e informam como as mensagens podem ser repetidas a qualquer momento.	S	N	NS
Os usuários têm a possibilidade de falar com um atendente, ou de deixar uma mensagem para que sua ligação seja retornada.	S	N	NS
Equipamentos eletrônicos, como telefones celulares, rádios, televisões, caixas automáticas e máquinas para pagar estacionamento têm botões e letras grandes.	S	N	NS
A tela de um caixa automático, de máquinas de selos e de outros serviços é bem iluminada e fácil de ser alcançada por pessoas de diferentes estaturas.	S	N	NS
<i>Computadores e a Internet</i>			
Há amplo acesso público a computadores e à internet, disponíveis gratuitamente ou a baixo custo, em locais públicos como repartições governamentais, centros comunitários e bibliotecas.	S	N	NS
Instruções detalhadas e assistência individual para os usuários estão facilmente disponíveis.	S	N	NS
<b>8. Quanto aos serviços comunitários e de saúde amigáveis ao idoso</b>			
<i>Acessibilidade aos serviços</i>			
Os serviços sociais e de saúde estão bem distribuídos pela cidade, sua localização é conveniente e pode-se chegar facilmente a eles por todos os meios de transporte.	S	N	NS
Unidades residenciais com serviços assistenciais, como as unidades de longa permanência, estão localizadas próximo ao comércio, aos serviços e às áreas residenciais, para que os idosos permaneçam integrados à comunidade.	S	N	NS
Os prédios onde se localizam os serviços oferecem segurança e são totalmente acessíveis às pessoas portadoras de deficiência física.	S	N	NS



**Unidade Básica de Saúde “Amiga do Idoso”  
Checklist – Avaliação das Instalações das Unidades Básicas de Saúde**

Local - UBS: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_\_

Nome do Avaliador/Coordenador da UBS: \_\_\_\_\_

Assinale um X na resposta SIM ou NÃO

<b>A</b>	<b>ACESSO POR TRANSPORTE PÚBLICO</b>	
	A UBS é atendida por transporte público?	Sim/Não
	Há ponto de desembarque do transporte a menos de 50 metros da porta de entrada da UBS?	Sim/Não
	Em caso negativo, qual a distância?	Distância:
<b>B</b>	<b>ENTRADA</b>	
<b>1</b>	<i>Antes da entrada principal</i>	
	Há degraus a subir?	Sim/Não Quantos?
	Os degraus são dotados de gradis de proteção ou corrimãos?	Sim/Não Um/Ambos os lados
	Existe uma rampa de acesso? A rampa tem gradis de proteção ou corrimões?	Sim/Não
	A inclinação da rampa é suave? (1:10/12/14/16)	Inclinação:
<b>2</b>	<i>Entrada</i>	
	A largura da entrada é maior ou igual a 900 mm?	Sim/Não Largura:
	Tipo de porta	Com dobradiças De correr
	A entrada é acessível a usuários de cadeira de roda?	Sim/Não
	A área de chegada da entrada é livre de obstáculos?	Sim/Não
	As saídas de emergência são acessíveis e estão identificadas?	Sim/Não
<b>C</b>	<b>ESTACIONAMENTO</b>	
	Há vagas de estacionamento reservadas para idosos e portadores de deficiência próximas à entrada principal?	Sim /Não
	Tamanho da vaga (mín. 4.800 mm x 3.600 mm)	Dimensões:
<b>D</b>	<b>ELEVADORES – no caso da UBS ter mais de um pavimento</b>	
	O elevador fornece acesso a todos os andares?	Sim/Não
	Há uma rampa que facilite o acesso ao elevador?	Sim/Não
	A porta do elevador é de fácil identificação?	Sim/Não
	A largura total de abertura da porta é maior que 900 mm?	Sim/Não
<b>E</b>	<b>TELEFONES PÚBLICOS</b>	
	Há um telefone público próximo à entrada ou no saguão de espera?	Sim/Não
<b>F</b>	<b>ORGANIZAÇÃO DOS PAVIMENTOS</b>	
	O balcão de recepção junto à entrada é de fácil identificação?	Sim/Não
	As peças estão organizadas de modo lógico de forma a não causar preocupação aos usuários?	Sim/Não
	Todas as portas tem largura útil igual ou maior que 900 mm?	Sim/Não
	As cadeiras para espera são confortáveis o bastante ao usuário?	Sim/Não
	O piso é não-eskorregadio e bem conservado?	Sim/Não
	A mobília e os acessórios são bem organizados, para reduzir a possibilidade de quedas ou acidentes?	Sim/Não
	As equipes de trabalho prestam assistência aos usuários?	Sim/Não
	Há cadeiras de rodas de reserva disponíveis?	Sim/Não
	As salas e corredores são adequadamente iluminados e ventilados?	Sim/Não
<b>G</b>	<b>SANITÁRIOS</b>	

	Há sanitários no saguão de espera?	Sim/Não
	A entrada ao sanitário de uso comum é acessível a usuários de cadeiras de rodas?	Sim/Não
	Há no mínimo um chuveiro acessível?	Sim/Não
	Existem barras de apoio no entorno do vaso sanitário?	Sim/Não
	Todos os acessórios são fáceis de utilizar e estão instalados na altura adequada?	Sim/Não
	Há um sistema de alarme de emergência?	Sim/Não
<b>H</b>	<b>LOCAL PARA REFEIÇÕES</b>	
	Há algum local que forneça refeições no prédio?	Sim/Não
	O local que fornece refeições oferece fácil acesso?	Sim/Não
	A pia e a água encanada são acessíveis?	Sim/Não
<b>I</b>	<b>ESCADARIAS – no caso de a UBS ter mais de um pavimento</b>	
	Os degraus são adequados a idosos - eles tem dimensões uniformes e são facilmente identificáveis?	Sim/Não
	Há corrimões ou gradis de proteção?	Sim/Não
	Os corrimões ou gradis de proteção são contínuos?	Sim/Não
	A altura dos corrimões ou gradis de proteção é entre 800 e 900 mm do piso?	Altura real:
<b>J</b>	<b>CORREDORES</b>	
	O corredor tem uma largura mínima sem obstruções para uma cadeira de rodas?	Sim/Não
	A passagem pelo corredor tem algum obstáculo?	Sim/Não
	Há corrimões ou gradis de proteção?	Sim/Não
	Observações/Sugestões:	

### Checklist - Avaliação da sinalização para Unidades Básicas de Saúde

<b>A</b>	<b>PROJETO DA SINALIZAÇÃO</b>	
	As letras e o fundo dos sinais têm acabamento fosco, semi-brilho, ou outro acabamento não-brilhoso?	Sim/Não
	As letras e símbolos contrastam com o fundo — fundo claro com letras escuras, ou fundo escuro com letras claras?	Sim/Não
	A exibição é simples e fácil de compreender: somente são utilizadas palavras e expressões essenciais e bem selecionadas, em formas simples e linhas únicas?	Sim/Não
	Imagens comuns e familiares são utilizadas sempre que possível, de forma a aumentar o reconhecimento por aqueles com deficiências cognitivas?	Sim/Não
	Cores são empregadas o máximo possível, para aumentar a eficiência de uma imagem e enfatizar os pontos principais da mensagem.	Sim/Não
	Ao preparar sinalização de próprio punho, são utilizadas canetas com ponta de feltro em papel branco, gelo ou amarelo claro, não-brilhoso?	Sim/Não
	Orientações para o deslocamento no interior do prédio são inseridas em estruturas com vidro anti-reflexo?	Sim/Não
	Sinalização em braille e de acordo com a regulamentação local é fornecida?	Sim/Não
	O tom da sinalização é cordial e acolhedor?	Sim/Não
<b>B</b>	<b>LOCAL DA SINALIZAÇÃO</b>	
	Todos os sinais estão instalados no nível dos olhos?	Sim/Não
	Há sinais no exterior do prédio para identificar outros prédios com instalações de acessibilidade?	Sim/Não

	Há sinais nos principais saguões de entrada ou principais rotas de deslocamento de pessoas para indicar a localização da UBS?	Sim/Não
	Há sinais em áreas específicas do prédio e que são acessíveis, não apenas nos sanitários?	Sim/Não
	Há um sistema de numeração compreensível — que inclui o número dos andares em prédios com mais de um pavimento — e fácil de o usuário entender?	Sim/Não
	Sinalização direcionadora está instalada em locais em que há mudança de direção?	Sim/Não
	As saídas de emergência estão bem sinalizadas?	Sim/Não
<b>C</b>	<b>TAMANHO DAS LETRAS NA SINALIZAÇÃO</b>	
	Os tamanhos das letras de todos os sinais seguem as indicações fornecidas na tabela 1, página?	Sim/Não
<b>D</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO DO PESSOAL</b>	
	As equipes de trabalho na UBS são facilmente identificadas por meio de crachás com nome e painéis com nomes?*	Sim/Não
	Há um painel com nomes que inclui todos os funcionários, citando nome e cargo, inclusive a recepcionista?***	Sim/Não
	Os funcionários iniciam a apresentação do paciente cego, surdo e cego ou deficiente visual, utilizando o nome do paciente. Os funcionários sempre se identificam pelo próprio nome e função, mencionando a razão de estarem lá, uma vez que crachás ou uniformes talvez não sejam visíveis para o paciente com deficiência visual.	Sim/Não
	Observações/Sugestões:	

\*\* Crachás de identificação precisam ser confeccionados em letras grandes, colocadas sobre fundo em contraste, com nome e cargo. Os crachás podem ser coloridos, por exemplo, enfermeiras podem ter crachás verdes, médicos crachás azuis, etc., para que as pessoas que não sabem ler consigam identificar categorias profissionais pela cor.

\*\*\* Se possível, o nome do médico/enfermeira de plantão no dia devem ser exibidos na porta do respectivo consultório.