



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

GRAZIELLE CHRISTINE MACIEL MATTOS

**A INCORPORAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
a experiência de cidades pertencentes à microrregião de Manhuaçu - MG**

JUIZ DE FORA

2010

GRAZIELLE CHRISTINE MACIEL MATTOS

**A INCORPORAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
a experiência de cidades pertencentes à microrregião de Manhuaçu - MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de mestre em saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Maria Greco

Juiz de Fora

2010

Mattos, Grazielle Christine Maciel.

A incorporação da saúde bucal na estratégia saúde da família:
a experiência de cidades pertencentes à microrregião de
Manhuaçu - MG / Grazielle Christine Maciel Mattos. – 2010.
115 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade
Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

1. Odontologia. 2. Saúde da família. 3. Saúde bucal. I. Título.

CDU 616.314

GRAZIELLE CHRISTINE MACIEL MATTOS

**A INCORPORAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
a experiência de cidades pertencentes à microrregião de Manhuaçu - MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de mestre em saúde.

Aprovada em: 26/03/2010.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Rosângela Maria Greco – Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira
Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite
Universidade Federal de Juiz de Fora

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade da vida.

Aos meus amigos pelo apoio incondicional.

Ao Sr. João e à Rosário por estarem ao meu lado incentivando sempre os meus estudos e o meu progresso.

Aos cidadãos Matipoenses pela grande inspiração.

Ao meu amigo Cristiano pela grande ajuda nessa jornada.

Ao Gustavo, Elton, Marcony e Diego pela acolhida e hospitalidade.

À Denise e à Cínthya por me abrigarem em sua casa com carinho e com a melhor boa vontade do mundo.

À Faculdade de Odontologia da UFMG por construir a minha base e me ajudar a moldar as minhas indagações.

Ao NATES pela oportunidade de desenvolver e trabalhar as minhas questões.

À minha amiga Iara pela grande força no final.

“O conhecimento da ciência começa quando podemos medir o que está sendo falado e expressar isso em números.”

Lord Kelvin

RESUMO

A odontologia executada no último século revelou-se contraditória: de um lado uma odontologia tecnicamente desenvolvida, com novos equipamentos e procedimentos mais aprimorados e do outro uma prática restritiva, com alcance social mínimo, o que evidencia o enfoque curativo e de alta complexidade desse modelo assistencial. A incorporação da Odontologia à Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido vista como promessa de rompimento com esse modelo, possibilitando que as ações de saúde bucal expressem os princípios e diretrizes do SUS e tendo como objetivo ampliar o acesso da população às ações, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas pela saúde da família. A incorporação das equipes de saúde bucal na ESF tem ocorrido de modo crescente por todo país. O objetivo deste trabalho foi discutir o processo de implantação da saúde bucal nas estratégias saúde da família de cidades pertencentes à microrregião de Manhuaçu, descrevendo o processo de inclusão da atenção à saúde bucal na ESF dessas cidades e comparando o modelo de saúde bucal implantado com o modelo preconizado pela ESF. Foram aplicados questionários aos dentistas, auxiliares e gestores, além de análise de dados secundários dos obtidos através do Sistema de Informações de Saúde. Dentre os resultados destaca-se: a possibilidade de mudança do modelo tecno-assistencial em saúde bucal de acordo com os princípios do SUS, sendo este o motivo mais mencionado pelos gestores (57,14%) para a implantação da Saúde Bucal na ESF, seguido de incentivo financeiro do Ministério da Saúde (35,71%) e possibilidade de ampliação da oferta de recursos humanos capacitados para a população (7,14%). Quando questionados a respeito das motivações para ingresso na ESB, os dentistas e os auxiliares também consideraram a possibilidade de mudança na prática assistencial (58,50% dos dentistas e 58,10% dos auxiliares). Apesar de o principal motivo para a incorporação da Saúde Bucal, segundo os gestores, ser a possibilidade de mudar o modelo de práticas atendendo aos princípios do SUS, após serem questionados a respeito da importância do incentivo financeiro federal, a grande maioria (85,71%) considerou tal incentivo muito importante. 90,20% dos dentistas e 86,00% dos auxiliares consideraram que o acesso da população aos serviços de Saúde Bucal foi modificado após a inclusão da mesma na ESF, apesar de esse acesso restringir-se na maioria das vezes à Atenção Básica, não havendo

referenciamento para a atenção de média e alta complexidade. Por fim, procuramos saber a opinião dos gestores, dentistas e auxiliares a respeito de possíveis avanços promovidos pela ESF. A totalidade dos gestores afirmou que ocorreram avanços no modelo de atenção em saúde bucal após a incorporação da ESB na ESF. Os CDs e os ASB, porém não são unânimes quanto a esses avanços. O maior acesso e a introdução das atividades preventivas foram os motivos mais citados com relação a tais avanços. Segundo os entrevistados, a população também está mais consciente da importância da saúde bucal. Diante do exposto, a maior conclusão do estudo é que não adianta simplesmente incluir a saúde bucal na ESF esperando que alcancemos avanços no modelo de atenção. A mudança na prática só irá ocorrer mediante os esforços de todos os atores envolvidos.

Palavra-chave: Odontologia. Saúde da família. Saúde bucal.

ABSTRACT

Dentistry performed in the last century has proved to be contradictory: on one hand a dental technically developed, with new equipment and procedures more refined and the other a restrictive practice, with a social minimum, which demonstrates the approach to dressing and high complexity of this model care. The incorporation of Dentistry of the Family Health Strategy (ESF) has been seen as a promise to break with this model, enabling oral health activities express the principles and guidelines of SUS and having the objective of expanding people's access to stocks, including them on the set of activities developed by the family health. The objective was to discuss the process of implementation of oral health in the family health strategies in cities within the micro-Manhuaçu, describing the process of including oral health care in the ESF of these cities and comparing the oral health care model implemented with the model recommended by the ESF. Questionnaires were given to dentists, assistants and managers, as well as analysis of secondary data obtained from the Information System Health Among the results stand out: the possibility of changing the model techno-oral health care according to the principles of the SUS was the reason considered by most managers (57.14%) for the implementation of Oral Health in the ESF followed by financial incentive from the Ministry of Health for the Oral Health Team (35.71%) and the possibility of increasing the supply of qualified human resources for the population (7.14%). When asked about their motivations for entering the ESB, dentists and staff also considered the possibility of change in healthcare practice (58.50% of dentists and 58.10 % of staff). Although the main reason for the incorporation of oral health, according to the managers, be able to change the model of practice taking into account the principles of the SUS, after being asked about the importance of federal financial incentives, the vast majority (85.71 %) considered it very important incentive. 90.20% of dentists and 86.00% of staff felt that the population's access to oral health services was modified after its inclusion in the ESF, although such access be restricted mostly to primary care, not no references to the attention of middle and high complexity. Finally, we know the views of managers, practitioners and officials on possible advances promoted by the ESF. All of the managers said that there have been advances in the model of oral health care after the the incorporation of ESB in the ESF.. Dentists and dental

assistant (ASB), but are not unanimous on these advances. Improved access and the introduction of preventive activities were the most cited in relation to such developments. According to respondents, the population is also more aware of the importance of oral health. In this light, the greater conclusion of the study is that it is useless simply include oral health in the ESF hope we will achieve progress in the care model The change in practice will only occur through the efforts of all actors involved.

Keywords: Dentistry. Family health. Oral health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1. Mapa da Microrregião de Manhuaçu.....	38
Ilustração 2. Pirâmides de Estrutura etária populacional Microrregião de Manhuaçu 1980-2006	42
Gráfico 1. Número absoluto e % das Equipes de Saúde Bucal em relação ao vínculo contratual do ASB. Microrregião de Manhuaçu-2009.....	48
Gráfico 2. Proporção das Equipes de Saúde Bucal em relação à modalidade de incorporação do ASB na Equipe de Saúde Bucal. Microrregião de Manhuaçu-2009	49
Gráfico 3. Número absoluto e % das Equipes de Saúde Bucal em relação ao vínculo contratual do CD. Microrregião de Manhuaçu-2009	50
Gráfico 4. Proporção das Equipes de Saúde Bucal em relação à modalidade de incorporação do CD na Equipe de Saúde Bucal. Microrregião de Manhuaçu-2009	50
Gráfico 5. Proporção das respostas relativas aos motivos para implantação da Saúde Bucal na ESF de acordo com o nível de importância estabelecido pelos gestores. Microrregião de Manhuaçu-2009	54
Gráfico 6. Proporção das respostas relativas aos motivos para implantação da Saúde Bucal na ESF de acordo com o nível de importância considerado pelos CD. Microrregião de Manhuaçu-2009	56
Gráfico 7. Avaliação da qualidade do Sistema de Referência e Contra-Referência em saúde bucal segundo os gestores. Microrregião de Manhuaçu-2009	59
Gráfico 8. Avaliação da qualidade do Sistema de Referência e Contra-Referência em saúde bucal segundo os CDs. Microrregião de Manhuaçu-2009	60
Gráfico 9. Proporção das atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde Bucal juntamente com a Equipe de Saúde da Família segundo os CD. Microrregião de Manhuaçu – 2009.....	65
Gráfico 10. Proporção das atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde Bucal juntamente com a Equipe de Saúde da Família segundo os ASB. Microrregião de Manhuaçu – 2009	65

Gráfico 11. Frequência de realização de visitas domiciliares pelos CDs. Microrregião de Manhauçu – 2009.....	67
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal, de 1991 e 2000. Municípios pertencentes a Microrregião de Manhuaçu	41
Tabela 2. Número de participantes da pesquisa por categoria e município. Microrregião de Manhuaçu-2009.....	43
Tabela 3. Tempo de implantação da ESF e tempo de inclusão da saúde bucal na ESF por município (em anos), segundo os gestores. Microrregião de Manhuaçu-2009.....	47
Tabela 4. N° absoluto e % de dentistas referentes à jornada de trabalho contratada (em horas semanais). Microrregião de Manhuaçu-2009	52
Tabela 5. Frequência e % da participação da ESB em reuniões de avaliação/planejamento das ações com a ESF, segundo dentistas e auxiliares. Microrregião de Manhuaçu-2009.....	64
Tabela 6. Ações intersetoriais envolvendo a saúde bucal segundo os gestores e os dentistas. Microrregião de Manhuaçu-2009.....	68
Tabela 7. Frequência absoluta das respostas referentes às ações introduzidas após a incorporação da saúde bucal na ESF segundo os gestores. Microrregião de Manhuaçu - 2009.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião Dentista
CNS	Conferência Nacional de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano do Município
INAMPS	Instituto nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LESS	Laboratório de Estatística da Universidade Federal de Juiz de Fora
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PSF	Programa Saúde da Família
RCA	Repasse de Custeio Ambulatorial
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação em Atenção Básica
SPSS	Statistical package for Social Science
SRCR	Sistema de Referência e Contra Referência
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene dental
TSB	Técnico em Saúde Bucal
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo geral	18
2.2	Objetivos específicos	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	Breve contextualização a respeito das premissas do sistema de saúde brasileiro	19
3.2	A Estratégia Saúde da Família no Brasil	21
3.3	Processos de trabalho em odontologia	23
3.4	A saúde bucal no cenário da Estratégia Saúde da Família	29
4	METODOLOGIA	36
4.1	Tipo de pesquisa	36
4.2	Cenário de estudo	36
4.3	Amostra	42
4.4	Sujeitos do estudo	44
4.5	Estratégias de coleta de dados	44
4.6	Estratégias de análise de dados	45
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	46
5.1	Resultados dos questionários	46
<i>5.1.1</i>	<i>Caracterização dos auxiliares, dentistas, gestores e da implantação da Equipe Saúde Bucal nos municípios</i>	46
<i>5.1.2</i>	<i>Percepção dos gestores, dentistas e auxiliares sobre os motivos para implantação da saúde bucal na ESF</i>	54
<i>5.1.3</i>	<i>O acesso da população aos serviços de saúde bucal</i>	57
<i>5.1.4</i>	<i>Organização do Trabalho</i>	61
<i>5.1.5</i>	<i>Estratégias de Programação</i>	70
5.2	Os Sistemas de Informação em Saúde e sua aplicação na saúde bucal: realidade da micro Manhuaçu	75
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICES	94
	ANEXOS	110

1 INTRODUÇÃO

Antes de tratarmos da inserção da odontologia no contexto da Equipe de Saúde da Família (ESF) e o papel que a saúde bucal representa precisamos discutir as bases nas quais foram fundamentadas a odontologia no Brasil e as raízes que geraram os modelos de atenção em saúde bucal adotados pelo sistema público de saúde brasileiro.

Historicamente, os serviços de saúde bucal no Brasil caracterizavam-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativas e mutiladoras, com acesso restrito e prioridade para escolares. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de urgência, geralmente mutiladores, caracterizando a odontologia como uma área de extrema exclusão social. Não havia no país uma política nacional para o setor (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Culturalmente e socialmente partimos do princípio orientador que a prática odontológica no Brasil foi construída segundo os moldes do modelo flexneriano ou medicina científica, caracterizando-se como uma prática biologicista, especializada, curativa e individualista.

Sabe-se que a odontologia advém da área de conhecimento do campo das ciências médicas e, por conseguinte, tem seu marco conceitual e seu alicerce na medicina científica. O seu paradigma começa quando se institucionaliza o Relatório Flexner que pretendeu a reformulação do ensino médico no século 20 na Faculdade de Medicina de Johns Hopkins, e publicado em 1910, conjuntamente com a Fundação Carneger dos Estados Unidos (MENDES, 1985). São citações tratadas no Relatório Flexner: 1) definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos; 2) introdução ao ensino laboratorial; 3) estímulo à docência em tempo integral; 4) expansão do ensino clínico, especialmente hospitalar; 5) vinculação das escolas médicas às universidades; 6) ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; 7) estímulo à especialização médica; 8) vinculação da pesquisa ao ensino; e 9) controle do exercício profissional pela profissão organizada.

Durante a década de 40, houve uma grande reforma curricular das faculdades de medicina no Brasil, com o intuito de enquadrar o novo currículo nos pressupostos do modelo flexneriano. Diante desse contexto, surge o modelo de

prática odontológica conhecida como odontologia científica ou flexneriana (MENDES, 1985). Esse modelo expressa um conjunto que envolve o mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnicista do ato odontológico, com ênfase na odontologia curativa e de gestão tecnocrática.

A prática odontológica é, portanto, baseada nesse modelo, embora demonstre ser ineficaz, na medida em que não responde, em níveis significativos, aos problemas de saúde bucal da população, e ineficiente, uma vez que é de alto custo e baixíssimo rendimento, apesar de apresentar um grande desenvolvimento científico e tecnológico, experimentado pela odontologia brasileira (PEREIRA, D. Q.; PEREIRA, J. C. M.; ASSIS, 2003).

A odontologia executada no último século revelou-se contraditória: de um lado uma odontologia tecnicamente desenvolvida, com novos equipamentos e procedimentos mais aprimorados e do outro uma prática com alcance social mínimo, o que evidencia o enfoque curativo e de alta complexidade desse modelo assistencial.

Daí a importância da inserção da odontologia no Sistema Único de Saúde (SUS), como transformação de uma prática, que leva novos conceitos, conteúdos e formas de organização, buscando a melhoria das condições de saúde bucal da população e criando novos vínculos entre os sujeitos históricos que entram como atores sociais no SUS (trabalhadores de saúde, gestores, acadêmicos e a população, todos em igualdade de condições para, de uma maneira mais radical e mais orgânica, intervir na solução das necessidades da sociedade total, isto é, a construção de uma saúde bucal coletiva) (CORDÓN, 1997).

Contudo, ao se analisar a política de saúde no Brasil nos anos 90, a complexidade do desafio representado pela implementação do SUS deve ser considerada. A necessidade de concretização da agenda progressista construída pelo movimento sanitário dos anos 80 e o rompimento com o modelo distorcido sobre o qual o sistema de saúde brasileiro foi estruturado ao longo de várias décadas, em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas, indicam o grau dessa complexidade (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Algumas variáveis estruturais impõem enormes desafios à consolidação do SUS e muitas vezes obscurecem os avanços alcançados pela reforma sanitária

brasileira: a marcante desigualdade social no país, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico - assistencial privatista sobre o qual o sistema de saúde foi construído (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Todavia, pode-se considerar que há certo consenso sobre os progressos que aconteceram na área da descentralização. Os anos 90 testemunharam à transição de um sistema centralizado ao extremo do ponto de vista político, administrativo e financeiro para uma nova situação em que milhares de gestores estaduais e, principalmente, municipais passaram a se tornar atores fundamentais no campo da saúde.

O SUS criou, na esfera jurídica, oportunidades para que os municípios organizassem as ações em saúde, fazendo surgir propostas de mudanças que pudessem, na prática, romper com o modelo tradicional de assistência. Muitas propostas e programas surgiram na tentativa de operacionalizar seus princípios doutrinários e organizativos nos modelos de atenção à saúde. Segundo Chaves e Vieira da Silva (2007), a possibilidade de executar uma política de saúde dentro dos preceitos da integralidade e da equidade e a chance de finalmente universalizar o acesso em saúde tem demonstrado as limitações de um modelo de atenção à saúde bucal excludente, voltado para as ações de caráter eminentemente curativo e sem participação popular nas arenas decisórias.

Nesse contexto, surge na década de 1990 o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual tem se tornado a principal estratégia alavancadora de mudanças para os modelos de atenção à saúde nos últimos anos. Acredita-se que, por se tratar de uma estratégia para a reorganização da Atenção Básica que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde, a ESF possa reorganizar as ações em saúde nos municípios, produzindo mudanças no processo de trabalho – introduzindo vínculo, responsabilização e humanização no atendimento, possibilitando o trabalho em equipe – e resultados com impacto epidemiológico (SOUZA, 2005).

Entendendo o papel que a saúde bucal representa para a saúde geral do indivíduo e a importância do seu desenvolvimento no sistema público de saúde, a inclusão da Odontologia na ESF tem sido vista como uma possibilidade de romper com os modelos de atenção à saúde bucal ineficientes e excludentes, baseados no curativismo e biologicismo. Isso porque a ESF tenta modificar a lógica programática

dos modelos de atenção antes adotados pela odontologia pública, visto que, articula as propostas da vigilância à saúde (território, riscos, problemas ou danos e ações), baseando-se na integralidade, procurando organizar a atenção através da busca ativa de famílias e promovendo mudanças no processo de trabalho.

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

A incorporação das equipes de saúde bucal na ESF tem ocorrido de modo crescente por todo país. Muitos são os motivos que têm sido apontados como principais estimuladores dessa incorporação: os incentivos financeiros fornecidos pelo Ministério da Saúde; o fato dos gestores acreditarem que esse novo modelo de atenção possa melhorar a saúde bucal da população; a constatação de que a Estratégia Saúde da Família tem se tornado, especialmente na saúde bucal, a principal (em alguns casos a única) maneira de organização dos recursos físicos, humanos, tecnológicos para responder às necessidades da população; a possibilidade de reorganizar as ações em saúde bucal baseadas na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

O presente trabalho propôs-se a discutir a inclusão da saúde bucal na ESF das cidades pertencentes à Microrregião de Manhuaçu cuja realidade se assemelha às outras cidades da Macrorregião da Zona da Mata do Estado de Minas Gerais; pois com a crescente adoção da ESF por essas cidades, torna-se pertinente quantificar quantas delas optaram por incluir a saúde bucal na estratégia, o porquê dessa inclusão, como se deu esse processo, quais as facilidades e dificuldades encontradas e se já é possível considerar alguns resultados encontrados

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Discutir o processo de implantação da saúde bucal na estratégia saúde da família de cidades pertencentes à microrregião de Manhuaçu - MG.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o processo de inclusão da atenção à saúde bucal na ESF dessas cidades;
- Verificar a adequação do modelo de atenção à saúde bucal implantado com o modelo preconizado pela ESF.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para falarmos da incorporação da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, fez-se necessário uma apresentação do arcabouço que delineou o sistema de saúde brasileiro e a sua relação com a saúde bucal.

3.1 Breve contextualização a respeito das premissas do sistema de saúde brasileiro

Uma divisão marcou a evolução do sistema de saúde brasileiro no decorrer do século XX: a separação entre a denominada saúde pública e a chamada saúde previdenciária. A primeira esteve sob comando dos órgãos aos quais incumbia controlar endemias e epidemias, implementar as ações de vacinação e de educação sanitária e outras consideradas de interesse coletivo. Neste âmbito se incluía o SESP – Serviço Especial de Saúde Pública (MELLO, 1977). Já a saúde previdenciária vinculada às Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões, era por sua vez encarregada de prestar assistência aos trabalhadores e seus dependentes, desde que vinculados ao mercado formal de emprego, ou seja, aos portadores de carteira de trabalho (POSSAS, 1981). Neste âmbito ganhou destaque o INAMPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

O enfrentamento dessa divisão é retomado com a emergência, nos anos 1970, de um movimento conhecido como Reforma Sanitária gestado nas lutas populares contra a ditadura militar, em governos municipais populares (Montes Claros, por exemplo) e, sobretudo, nas mobilizações populares em torno da campanha das “Diretas Já” (1984), reivindicando eleições diretas para a Presidência da república (SCOREL, 1998).

A campanha das “Diretas Já” fortaleceu, impulsionou e conferiu maior vigor político à Reforma Sanitária, que buscava a instauração no Brasil de um sistema nacional de saúde unificado, de acesso universal, reconhecendo a saúde como um direito social, e pondo fim à dicotomização saúde pública – saúde previdenciária (NARVAI, 2003). Cabe sublinhar que o movimento de Reforma Sanitária se articulou

no período mais duro da ditadura militar, na primeira metade dos anos 1970, quando estava em curso um processo de crescente privatização das ações e serviços de saúde, impulsionado fortemente no âmbito previdenciário (MELLO, 1981; LANDMANN, 1983).

A partir de núcleos de oposição política ao regime militar com atuação no setor saúde, o movimento de Reforma Sanitária conseguiu articular diferentes segmentos sociais em torno de um conjunto de proposições sintetizadas na consigna pela democratização da saúde e da sociedade e se expressava setorialmente defendendo várias propostas nas quais se destacavam: a unificação do sistema; a descentralização das ações de modo a que os municípios pudessem tomar decisões em nível local; a universalização do acesso (eliminação da exigência da carteira de trabalho para ingresso aos ambulatórios, hospitais, laboratórios e medicamentos); e, por fim, que tudo isso se fizesse sob controle popular (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Esse conjunto de proposições teve na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília em março de 1986, um momento privilegiado de discussões e pactuação política (PIRES FILHO, 1987). Foi de tal ordem essa pactuação política que as principais deliberações da 8ª CNS tiveram acolhida favorável entre os parlamentares eleitos para a Assembleia Nacional Constituinte de modo que, quando esses constituintes promulgaram, em 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil, ali estavam as principais deliberações da 8ª. CNS consagradas na Carta Magna. Em síntese referiam-se à: (a) saúde como um direito de todos e um dever do Estado (art.196); (b) criação de um sistema único de saúde – SUS (art. 198); (c) gestão descentralizada do SUS, com comando único em cada esfera de governo (art. 198); (d) integralidade das ações de saúde, com prioridade para as medidas preventivas (art. 198), (e) participação da comunidade nas decisões relativas à saúde (art. 198). Posteriormente, em 1990, as leis federais n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a) e n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b) viriam a regulamentar esses preceitos constitucionais e estabelecer novas bases legais para o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro. Desde então, a luta para que a saúde seja efetivamente um “direito de todos e dever do Estado”, conforme se conseguiu inscrever na Carta Magna (BRASIL, 2009a, art. 196), mobiliza diariamente centenas de milhares de trabalhadores e militantes sociais em todo o país (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

3.2 A Estratégia Saúde da Família no Brasil

A Estratégia Saúde da Família foi originalmente pensada no Brasil como integrante da política pública de saúde para reorganizar a atenção primária, no sentido de concretizar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade no acesso aos serviços, integralidade nas práticas de atendimento e equidade na distribuição dos recursos, com controle social. Segundo Franco e Merhy (1999) objetivo da estratégia é:

[...] a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura das doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas [...] (FRANCO; MERHY, 1999, p.1).

A estratégia baseia-se em três premissas: 1) na equipe multiprofissional; 2) na territorialidade pela qual a equipe tem uma população adscrita sob sua responsabilidade; 3) no controle social da comunidade atendida, inclusive mediante a presença de agentes comunitários originários do local, constituindo a equipe sempre que possível. Além disto, e com base em atributos essenciais da atenção primária, a estratégia deve orientar-se por princípios como: a) a qualidade do primeiro contato, frente a uma população específica que receberá cuidados centrados na pessoa; b) a longitudinalidade do cuidado desta população; c) a integralidade do cuidado; d) a forte coordenação entre os vários pontos de atenção, intra ou extra-setorialmente, tendo a equipe de saúde da família como referência primeira e primária; e) a competência cultural, com forte ênfase nas características familiares e comunitárias (STARFIELD, 2001).

O êxito das ações de uma equipe da ESF depende, em grande parte, das suas interações com a comunidade, o que implica não somente em boa assistência clínica, mas também no uso apropriado de tecnologias relacionais. Os agentes comunitários exercem um papel fundamental nessas interações. Para organizar as demandas de atendimento nos serviços e a oferta de cuidados promocionais, educativos e preventivos, a equipe precisa articular-se com as redes de apoio social

da comunidade e estar atenta às idiossincrasias e às representações culturais da população adscrita (PATUSSI et al., 2008).

Segundo Viana e Dal Poz (1998), a ESF faz parte da fase de expansão incremental do SUS. Os autores fazem referência à terminologia empregada por France em 1997 para as reformas no setor saúde, na qual podem se distinguir dois tipos de reforma, a do tipo *big bang*, onde grandes transformações ocorrem em um curto espaço de tempo, e a do tipo incremental, onde são realizados pequenos ajustes sucessivos. Dessa maneira, a introdução do SUS na Constituição de 1988 (BRASIL, 2009a) pode ser considerada uma reforma do tipo *big bang* e o período pós-1995 se configura como um processo de reforma incremental em que novas propostas vêm sendo colocadas para o modelo de prestação de serviços.

A Saúde da Família, como estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil, reafirma os princípios e valores da promoção da saúde quando propõe a atuação a partir de uma visão ampla da saúde da família, no seu território de vida. Com base em uma ação multidisciplinar, a equipe de saúde é estimulada a reconhecer, por meio do vínculo e do fortalecimento da participação social, as potencialidades locais e possibilidades de parcerias intersetoriais para alcançar a integralidade da atenção. A articulação deve garantir o foco na identificação de vulnerabilidades e criação de mecanismos que protejam a saúde e defendam a equidade e a participação social (BRASIL, 2006a).

Para a ESF, a família é a unidade social de intervenção onde se coloca grande ênfase, sendo lócus importante onde o processo saúde-doença se manifesta, e onde se encontra potencialmente parte de sua boa resolução. Por isso, ela é a unidade primária para a saúde e para o cuidado de seus membros. O desafio é saber se a saúde da família é simplesmente a soma da saúde ou doença dos indivíduos que a compõem, ou a família é ela mesma, possuidora de uma situação diversa dos seus membros. Nesse sentido se poderia falar de família saudável ou doente, mesmo quando não haja correspondência direta com a situação de um de seus membros. O critério é se ela tem uma estrutura e organização para definir os seus objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. Isso depende da qualidade das relações afetivas ao interno da família e da qualidade das suas relações de inserção e de participação na comunidade (PATUSSI et al., 2008).

Segundo Ayres (2004), a estratégia saúde da família dá nova base para articulações intersetoriais e promove a entrada de novos cenários, sujeitos e linguagens na cena da assistência; a sensibilidade para os aspectos sócio-culturais do processo saúde-doença ganha novo ímpeto com a crescente ênfase dada à promoção da saúde; quadros como o da vulnerabilidade resgatam os aspectos contextuais e institucionais como esfera de diagnóstico e intervenção em saúde, chamando à interação entre diferentes disciplinas e áreas de conhecimento; a vigilância da saúde incorpora novos objetos e tecnologias e, especialmente, propicia um intenso protagonismo comunitário na definição de finalidades e meios do trabalho sanitário.

Nessa perspectiva, o envolvimento governamental em áreas prioritárias como educação, saneamento, alimentação, renda, moradia e segurança, torna-se fundamental para a construção do novo processo assistencial, possibilitando a adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes. Configura também uma nova concepção de trabalho, com capacidade de formar vínculos e propor alianças, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do fortalecimento sistema-usuário (BALDANI et al., 2005).

A estratégia saúde da família propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próxima do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próxima das pessoas, famílias e comunidades, assumindo o compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem seu acesso garantido através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (ROSA; LABATE, 2005).

3.3 Processos de trabalho em odontologia

O termo modelo assistencial ou modelo de assistência é amplamente utilizado nos dias de hoje e é importante tratarmos da sua definição para embasarmos o desenvolvimento desse estudo. Quando se pensa na assistência à saúde, vem de imediato à mente a aplicação de tecnologias para o bem estar físico

e mental das pessoas. Em geral a formulação é simples: a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais de saúde aplicam esses saberes e instrumentos e produz-se a saúde (AYRES, 2004).

Segundo Narvai (1992, p. 4), a palavra “assistência” remete a uma relativa “limitação do objeto”, pois se refere exclusivamente ao “conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais”. Narvai (1992) também faz referência à palavra “atenção”, em oposição à palavra “assistência”, sendo definida como

[...] um conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, podendo acumular inclusive ações externas ao setor saúde. Já o termo modelo remete a maneira como é organizado o serviço prestado ou como ele deve ser organizado [...] (NARVAI, 92. p.24).

Para Roncalli (2000), em algumas situações, a confusão nos termos parece existir porque os limites entre o que é assistência e o que é atenção são muito tênues. Da mesma forma que está explicitada em seu trabalho, consideraremos o termo consagrado modelo assistencial sem uma maior preocupação com as distinções conceituais. O importante é notar que, diante da concepção ampliada descrita por Teixeira (2003), uma proposta de mudança do modelo de atenção deve atuar sobre as três dimensões citadas acima, de forma sinérgica e complementar. Contudo, mudanças parciais em uma das dimensões podem facilitar transformações mais amplas (SOUZA, 2005).

Os primeiros modelos de atenção implementados na odontologia brasileira deixaram traços marcantes na prática odontológica atual. Antes da Constituição Federal de 1988 e da criação do SUS, só tinham direito a assistência odontológica pública os trabalhadores contribuintes ao INAMPS, a exemplo do que também acontecia em outros setores da saúde. No entanto, com o SUS, o acesso universal da população aos serviços de saúde foi garantido legalmente e não mais se admite exclusão de clientela (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Percorrendo-se a trajetória dos modelos de atenção em saúde bucal percebe-se que a lógica de atendimento à livre demanda da esfera privada foi transposta acriticamente para a esfera pública. No âmbito da Odontologia, as ações de saúde pública a partir da década de 1950, centraram-se em dois grandes eixos: a

fluoretação das águas de abastecimento público, com um caráter mais preventivo e coletivo e o atendimento aos escolares, de caráter mais curativo e individual. Esses eixos influenciaram um dos principais modelos de assistência em Odontologia e que deixou resquícios até os dias atuais: o Sistema Incremental (SOUZA, 2005).

O Sistema Incremental caracterizou-se por ser um sistema de atendimento odontológico aos escolares. Ele surgiu no início da década de 50 e perdurou como sendo o modelo de assistência odontológica no Brasil por quatro décadas. Segundo Pinto (2000), esse sistema é um método de trabalho que visa o completo atendimento de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas. Para Zanetti e outros (1996) o Sistema Incremental era um programa intensivo e curativo, amparado em pobre metodologia preventiva-educativa, que tentou resolver em curto espaço de tempo problemas acumulados em uma parcela populacional. Seus resultados são satisfatórios quanto aos tratamentos completados em escolares, porém não houve redução do índice de cárie da população brasileira, como pretendia seu objetivo inicial (CORRÊA, 1985).

Apesar de suas limitações, esse sistema possuía uma estrutura organizacional muito forte com um sistema de atendimento bem normatizado (atendimento por hemi-arcada, realização de procedimentos básicos, como restaurações simples e exodontias, lógica de atendimento por Tratamento Completado), o que provavelmente justifica sua expansão para diversos municípios de todo país (SOUZA, 2005).

Contudo, pode-se dizer que o sistema incremental é ultrapassado para a odontologia atual, não somente por causa da criação do Sistema Único de Saúde e pela universalização do atendimento, mas pela preocupação atual com a promoção da saúde e a prevenção da doença, embora muitos municípios ainda insistam em utilizá-lo como referência de assistência odontológica (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008; ZANETTI, 2001).

O impacto de políticas sociais sobre a condição de saúde bucal tem sido pauta de estudos recentes. Moysés e outros (2006) explicitam o impacto do ambiente de vida sobre a condição de saúde bucal de crianças, relacionando a condição de saúde bucal com o ambiente físico de moradia e o nível de implantação de políticas públicas sociais e de coesão social na comunidade. Diferenciais intra-urbanos na experiência de agravos demonstraram estar fortemente correlacionados

com estes aspectos da vida coletiva. O ambiente da escola pode também ter impacto importante na construção da saúde. A implementação de ações de promoção de saúde no ambiente escolar pode determinar maior vulnerabilidade de grupos ao desenvolvimento de doenças e agravos de saúde bucal (MOYSÉS et al., 2003).

Segundo Cordón (1997), sendo os processos de saúde/doença bucal problemas de caráter essencialmente sócio-político, uma intervenção em saúde bucal coletiva deve iniciar-se em termos de políticas sociais. A abordagem da promoção da saúde deve incluir o nível macropolítico do espaço – território, o envolvimento intelectual no diagnóstico e planejamento das estratégias, para resolver os principais problemas de saúde (agricultura, educação, saúde, cultura e lazer, trabalho e emprego, transporte, habitação) – e o nível micropolítico, o planejamento intersetorial e interdisciplinar, com a equipe de saúde, coordenando seus esforços no estudo e abordagem integral dos fatores de risco num processo participante de planejamento de estratégias e ações de promoção da saúde para o espaço-território, particularmente a saúde bucal.

Com o surgimento da ESF, a odontologia se viu imersa num contexto de mudança de paradigmas, numa ótica diferente de atenção em saúde que busca olhar o paciente como um todo e não somente os seus problemas bucais. O sistema de atendimento utilizado na ESF pelas equipes de saúde bucal deve ser voltado à promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais, sendo prioritária a eliminação da dor e da infecção. É recomendada a utilização de recursos epidemiológicos na identificação dos problemas da população adscrita para, posteriormente, agir segundo critérios de risco (SOUZA et al., 2001).

A ampliação da atenção primária em saúde bucal no Brasil e sua (re) valorização através da incorporação de cirurgiões-dentistas às equipes da ESF apontam para a necessidade de se investigar como se formulam e se implementam as práticas de saúde bucal em diferentes contextos organizacionais e políticos e em que medida os agentes dessas práticas estabelecem suas ações e as compreendem (CHAVES; VIEIRA DA SILVA, 2007).

Antes da implantação da ESF, a assistência odontológica promovida pelos sistemas públicos de saúde no Brasil priorizava as ações curativas, restritas e isoladas, em nível ambulatorial e de livre demanda, realizada individualmente pelo Cirurgião-Dentista. A saúde bucal pública ainda preservava grandes resquícios da

assistência baseada no modelo incremental, que prestava serviços odontológicos curativos somente aos escolares de 6 a 14 anos e que considerava ações preventivas de saúde bucal somente a fluoretação da água de abastecimento e a aplicação tópica de flúor (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

A prática odontológica vem carregando uma enorme contradição, que é retratada na evolução técnica da odontologia, com novos equipamentos, medicamentos e procedimentos mais simplificados, porém com seu alcance social mínimo, o que torna cientificamente questionáveis as medidas de intervenção, fazendo com que o modelo assistencial seja de alta complexidade e com ênfase no enfoque curativo (PEREIRA, D. Q.; PEREIRA, J. C. M.; ASSIS, 2003).

Portanto, a incorporação da Odontologia à ESF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos de atenção em saúde bucal ultrapassados e excludentes. Para Andrade e Ferreira (2006, p. 127):

[...] as ações de saúde bucal na ESF devem expressar os princípios e diretrizes do SUS e ter como objetivo ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas pela ESF. Nessa perspectiva, além de resolver os problemas de saúde-doença bucal instalados, a atenção em Saúde Bucal também deve interferir diretamente nos seus fatores determinantes.

Três grupos de fatores são determinantes do processo saúde-doença bucal mediante o conhecimento da população do território: os biológicos, as condições de vida e os estilos de vida. Os biológicos referem-se às questões da placa bacteriana, dos processos de (des) remineralização, da capacidade de recomposição do pH, da presença constante de flúor, do ciclo biológico e da exposição aos fatores de risco. As condições de vida referem-se: ao saneamento básico, acesso à água fluoretada, acesso aos serviços de saúde e educação, à organização destes serviços, ao poder aquisitivo, ao tipo de moradia, às políticas públicas. Os estilos de vida referem-se: ao autocuidado (escovação, fio dental e alimentação), aos aspectos culturais (valores e conceitos), acesso e uso da informação, motivação, auto-estima, às oportunidades para fazer escolhas e à experiência anterior acumulada. Portanto, interferem nos determinantes do processo saúde-doença bucais dimensões de ordem coletiva e individual, e atuando sobre esta diversidade é que devem se organizar as práticas das equipes de Saúde Bucal na Saúde da Família (SILVEIRA FILHO, 2008).

Apesar do consciente campo de evidências sobre os determinantes sociais da saúde bucal, o modelo de atenção hegemônico, mesmo quando a abordagem é centrada na família, ainda prioriza ações de natureza paliativa. Estas são centradas em abordagens preventivas e educativas individualistas e descontextualizadas de suas reais causas. A referência teórica que suporta estas práticas segue o princípio de que a simples transmissão/aquisição de informações sobre fatores de risco à saúde e cuidados individuais são suficientes para provocar mudanças de comportamento. Entretanto, sabe-se que os comportamentos em saúde estão intimamente ligados ao contexto de vida coletiva e são forjados na relação do homem, em sociedade, com seu ambiente. Portanto, mudanças de comportamentos estão, na maioria das vezes, fora do alcance dos indivíduos. São então necessárias ações voltadas para os indivíduos, para os coletivos e para os ambientes, favorecendo escolhas saudáveis (MOYSÉS; KUSMA, 2008).

Há consenso que melhorias sustentáveis em saúde bucal e o combate às iniquidades exigem uma mudança radical para promover saúde, com atuação sobre os determinantes da saúde bucal. O foco central deve ser a criação de um ambiente social que facilite e mantenha uma boa saúde bucal (WATT, 2007), por meio da integração da saúde bucal a programas e ações voltadas para a saúde geral e o desenvolvimento social, dando suporte ao empoderamento comunitário (MOURADIAN et al., 2007).

Prioridades devem ser apontadas para a ampliação de estruturas e processos não apenas no setor saúde, mas em todos os setores envolvidos com políticas públicas; o reforço de práticas baseadas em evidência de efetividade; além da construção de competências de trabalhadores em promoção de saúde (INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION; CANADIAN CONSORTIUM FOR HEALTH PROMOTION, 2007).

A promoção de saúde bucal deve ser garantida por meio da implementação de múltiplas estratégias em diferentes ambientes como domicílios, escolas, creches, centros comunitários, locais de trabalho. É importante direcionar ações para tomadores de decisão e líderes comunitários (diretores de escolas, políticos locais, representantes comunitários), oportunizando o empoderamento coletivo e o fortalecimento de redes sociais que suportem a real participação de todos na construção de estratégias de ação (WATT, 2007).

Promover a saúde bucal implica em recolocar a boca dentro do corpo, o corpo dentro da pessoa, e a pessoa dentro de seu contexto de vida em sociedade. Uma abordagem sobre fatores comuns de risco a doenças crônicas como obesidade, doenças cardiovasculares, cárie dentária e doença periodontal, pode favorecer a conexão entre a saúde geral e bucal e propiciar a integralidade da atenção (MOYSÉS; KUSMA, 2008).

Com o advento do SUS, a busca por um modelo de atenção que incorpore e reafirme na prática os princípios do SUS tem se tornado o principal desafio para a saúde bucal.

3.4 A saúde bucal no cenário da Estratégia Saúde da Família

A questão da saúde das populações passou por um processo de alargamento no que diz respeito não apenas à busca por melhores resultados de políticas específicas, mas também uma redefinição dos próprios termos do conceito, especialmente se considerarmos seu imbricamento com a especificidade das condições de vida das populações a que é dirigida (BONET; TAVARES, 2008).

A implementação de programas de saúde está relacionada às condições do Estado de mobilizar recursos técnicos, institucionais, financeiros e políticos que são exigidos para execução de suas decisões. Para tal é necessário que os recursos estejam disponíveis, se não, deve-se criá-los e, também levar em conta os recursos decorrentes da competência técnica e excelência do quadro administrativo. Além desses aspectos, é importante garantir as condições de sustentação política das decisões. Nesse contexto, podemos dizer que a inserção da saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família não aconteceu por mecanismos diferentes. Considera-se que a implementação possua um caráter eminentemente político e que, desse modo, ela exige uma estratégia de manutenção de canais abertos tanto com a sociedade quanto com o sistema representativo como, por exemplo, os partidos políticos (DINIZ, 1997), além de se garantir o apoio ao mesmo por parte dos funcionários de linha.

Narvai (1994) refere que as proposições de prática odontológica da saúde bucal coletiva opõem-se frontalmente à hegemonia da odontologia de mercado. A

saúde bucal coletiva tem procurado constituir-se em referência de uma práxis capaz de recuperar para o trabalho em odontologia suas dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral indispensáveis às práticas no campo da saúde que tenham como horizonte sociedades democráticas e solidárias, nas quais as questões de saúde-doença tenham, efetivamente, relevância pública e assim sejam consideradas pelo Estado e pelo conjunto da sociedade.

Para ampliar o acesso da população às ações de Saúde Bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas pela ESF, respeitando os seus princípios organizativos e operacionais, estimulando desta forma a reorganização das ações de Saúde Bucal na atenção básica foi proposta a inclusão das ESB (equipes de saúde bucal) na ESF, que se deu através da Portaria GM 1.444, de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000a).

A Portaria n. 267 06 de março de 2001 (BRASIL, 2001a) regulamentou e estabeleceu o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, descrevendo o elenco de procedimentos compreendidos na Atenção Básica bem como os tipos: Modalidade I - composta por Cirurgião Dentista (CD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) – atual Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); Modalidade II (composta por CD, ACD e Técnico de Higiene Dentária (THD) – atual Técnico de Saúde Bucal (TSB).

Segundo Calado (2002), havia relatos de 76 experiências de incorporação do cirurgião-dentista nas equipes de saúde da família pelo Brasil, antes da inclusão oficial da saúde bucal na ESF. Em fevereiro de 2002, num intervalo de apenas dois anos após a divulgação da Portaria de incentivos, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), o número de municípios com equipe de saúde bucal aumentou substancialmente para 1.526 em todo país. De dezembro de 2002 até agosto de 2009, o número de Equipes de Saúde Bucal passou de 4.261 para 18.482 – aumento de 334% (BRASIL, 2009b).

Conforme o que trata o texto de Souza e Roncalli (2007, p. 2728)

[...] caso o incentivo financeiro seja visto como “atraente” pelos prefeitos, esse crescimento exponencial das equipes de saúde bucal pelo Brasil será desorganizado, pautado no ensaísmo programático, constituindo um crescimento ‘tumoral’ e não orgânico’ ao sistema.

O maior e mais amplo levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado no país concluído em 2003 apontou para uma realidade caótica da situação de saúde bucal brasileira (BRASIL, 2004a).

A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2003, o Programa Brasil Sorridente, significou marco, ao compreender um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo e abranger a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Esse programa visa à melhoria da organização do sistema de saúde e propõe um modelo que se centre nas efetivas necessidades de saúde da população, procurando superar a desigualdade em saúde, por meio da reorganização da prática assistencial e da qualificação dos serviços oferecidos.

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal por meio da estratégia Saúde da Família, a ampliação e qualificação da Atenção Especializada com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público (BRASIL, 2006b).

Em 2004, o Ministério da Saúde apresentou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS. Segundo Brasil (BRASIL, 2004) essas diretrizes constituem o

[...] eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado. Desta forma, deve ser compreendido como uma referência conceitual [...] (BRASIL, 2004a, p.2)

Posteriormente, por iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e Ministério da Saúde, foram elaborados instrumentos técnicos para oferecer subsídios ao desenvolvimento das atividades em saúde bucal consoantes com o novo modelo proposto (BRASIL, 2006c; MINAS GERAIS, 2006).

Desde o início da aprovação da inserção da saúde bucal na ESF, vários estudos e trabalhos com abordagens distintas, tem sido realizados numa perspectiva de relatar experiências municipais em várias regiões do país, descrever os processos e apontar os nós críticos para o avanço na construção desta nova

proposta. (ANDRADE; FERREIRA, 2006; CERÁVOLO, 2006; FARIAS; MOURA, 2003; LOURENÇO, 2005; OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

Farias e Moura (2003) realizaram um estudo no município de Iracema-Ceará com o objetivo identificar os benefícios e obstáculos relacionados à implementação de ações de saúde bucal do Programa Saúde da Família (PSF). Os resultados demonstraram que a ESF traz benefícios significativos à saúde bucal da população na medida em que a inserção do Cirurgião Dentista na equipe proporciona maior abrangência das ações voltadas para a promoção e prevenção, atendimento aos grupos específicos, com enfoque de risco, e maior cobertura populacional das ações de saúde bucal. Em relação aos obstáculos, citaram: maior expectativa da população voltada às práticas curativas; insuficiência de serviços especializados, gerando excessiva demanda reprimida e a ausência de técnico em higiene dental na equipe de saúde bucal.

Lourenço (2005) realizou um estudo em 292 municípios de Minas Gerais, e buscou analisar o perfil de implantação e atuação das ESB na ESF identificando aspectos administrativos e operacionais destas equipes. Foram encaminhados dois tipos de questionários: um abordando aspectos administrativos e o segundo abordando aspectos operacionais das ESB, sendo que 56,8% dos municípios (166) retornaram os questionários. Dentre os resultados obtidos 66,9% dos municípios relataram formas de contratação instáveis e 82,5% dos dentistas recebiam salário abaixo de R\$ 2.200,00 para uma jornada de oito horas diárias de trabalho. Em média, 79,6% das ESB relataram atender todas as faixas etárias e 48,9% dos CD relataram não ter participado de nenhum curso de capacitação para ESF; a maior parte deles (76,2%) relatou haver integração entre os profissionais das ESB e Equipes de Saúde da Família. No entanto, apenas 54% realizam reuniões frequentes e 69% não utilizam prontuários únicos. Nesse estudo, os pontos positivos apontados foram o princípio da universalidade, a jornada de trabalho de oito horas e a ampliação quantitativa, possibilitando um maior acesso aos serviços de saúde bucal e, como pontos negativos, a falta de capacitação das ESB, a demanda excessiva, a precarização do trabalho com baixos salários e contratações instáveis e a falta de envolvimento entre ESB e Equipe de Saúde da Família.

Padilha e outros (2005) descreveram as características do planejamento, programação e avaliação em Odontologia na ESF de 12 municípios no Estado da Paraíba. Foram 74 entrevistados entre secretários de saúde, gerentes de ESF, CD,

superintendentes e supervisores dos núcleos. Os resultados obtidos quanto ao planejamento, descrevem situações distintas e paradoxais onde em alguns casos há ausência de qualquer parâmetro, passando por ações exclusivamente individuais e curativas com regime de demanda espontânea e em outros existem propostas consistentes, baseadas na estrutura da família, no diagnóstico epidemiológico e no risco social. Para a avaliação de desempenho foram encontradas propostas em diferentes níveis baseadas na forma de atuação, na opinião do usuário, na produtividade em termos de procedimentos curativos ou em indicadores pactuados com o governo federal. Concluiu-se que as atividades de planejamento e programação adequadas ainda são raras e o mesmo ocorre com as propostas de avaliação, entretanto, foram encontradas propostas de trabalho consistentes, em fase de implantação.

O estudo de natureza qualitativa realizado por Santos e Assis (2006) sobre a prática de saúde bucal no PSF – atual ESF – de Alagoinhas/BA (2001-2004), teve o objetivo de analisar os dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal: vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização e resolubilidade. Foram realizadas entrevistas com trabalhadores, gestores e usuários, observação da prática e fontes documentais. Os resultados revelaram que a prática é organizada através de ações individuais e coletivas, construídas por uma demanda reprimida. O atendimento é fragmentado com a valorização excessiva da técnica e da especialidade, de resolubilidade limitada. Enfim, a prática da saúde bucal é plena de conflitos e contradições e se constitui em potencial ferramenta de mudança nos processos de trabalho, convivendo com o velho (fragmentação) e o novo (integralidade), num processo inacabado, em construção.

Araújo e Dimenstein (2006) desenvolveram uma pesquisa com objetivo de analisar o perfil de atuação dos CD inseridos na ESF de municípios do Rio Grande do Norte, buscando conhecer e compreender a experiência de trabalho que desenvolvem. Foram realizadas 21 entrevistas semi-estruturadas com os CD, com perguntas abertas. Os principais resultados encontrados foram: predominância do sexo feminino; maioria dos entrevistados sem pós-graduação, verificando-se, entre seus portadores, a falta de relação entre o referido curso e a saúde pública ou coletiva; os CD têm perfil voltado para a atividade clínica. Concluíram que há necessidade de motivá-los a refletir e redirecionar as suas práticas, tendo como

medida inicial o investimento e estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

Para Araújo e Dimenstein (2006) é inegável a expansão das ESB no PSF nos estados brasileiros, entretanto em alguns municípios ocorre de maneira desorganizada, sem planejamento o que acarreta apenas um aumento nas horas de atendimento e do número de pacientes atendidos e procedimentos realizados.

Vilarinho, Mendes e Prado Júnior (2007), realizaram uma pesquisa para avaliar o perfil dos 113 CD da ESF de Teresina (PI) tendo um questionário como instrumento de coleta. Dentre os resultados encontrados, tem-se: a maioria dos profissionais são mulheres, escolheram trabalhar na estratégia devido à afinidade com a saúde pública e procuram inserir-se no novo modelo de atenção à saúde, possuem boa integração com a equipe, possuem capacitação na área de saúde, realizam visitas domiciliares, e procedimentos curativos são predominantes. O trabalho é desenvolvido no sistema de expediente corrido, totalizando 35 horas semanais. A existência de grande demanda reprimida e necessidade acumulada dificultam a substituição total do modelo tradicional pelo atendimento centrado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Com o objetivo de avaliar a inserção da odontologia no programa saúde da família (PSF) do município de Pompeu-MG, pelo olhar do usuário, Andrade e Ferreira (2006) entrevistaram um grupo de 120 usuários de um PSF da cidade, utilizando um questionário como instrumento de coleta de dados. As principais queixas dos usuários foram relacionadas à presteza no atendimento e à resolutividade do serviço. Como fatores positivos, elucidaram a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS) e a proximidade da unidade de saúde das suas residências. Os fatores negativos observados na saúde foram desigualdades no acesso, ausência de integralidade, insuficiência pessoal, insuficiência de recursos financeiros.

Mesmo com a promessa de reorganização das ações na atenção básica baseadas numa nova concepção do processo saúde-doença e mesmo com sua rápida expansão por todo o país, impulsionada pelo próprio Ministério da Saúde, isso não acarreta, necessariamente, uma mudança do modelo de atenção em saúde bucal. Algumas características inerentes à própria profissão conferem à saúde bucal particularidades que dificultam sua prática no setor público como, por exemplo, a necessidade do uso de tecnologias duras na atenção básica (SOUZA, 2005).

A mão de obra em odontologia para o trabalho no serviço público também é um nó crítico que deve ser desatado para a consolidação da Saúde Bucal na ESF. A integração da equipe de saúde bucal com a de saúde da família para a realização de um trabalho em conjunto tem sido um dos maiores desafios. Moysés e Silveira Filho (2002) acreditam que a inclusão de equipes multiprofissionais no processo de assistência ou do cuidado possibilita organizar o trabalho com níveis de complementaridade e, ao mesmo tempo, de especificidade, ou seja, há que se complementarem os campos de saberes das profissões sem excluir a especificidade de cada uma.

Facó e outros (2005) realizaram um estudo quantitativo entre 18 CD inseridos no PSF de 10 municípios da Microrregião II do Estado do Ceará, que objetivou analisar o perfil do CD na ESF, levando em consideração aspectos importantes como o tipo de trabalho desenvolvido e a satisfação dos profissionais em fazê-lo, a motivação dos CD neste programa e a qualificação profissional. Encontraram como resultados negativos os baixos salários, condições inadequadas de trabalho e falta de vínculo empregatício, determinando grande insatisfação. Os pontos positivos incluíram a promoção de ação multidisciplinar (trabalho em equipe) e a delimitação da clientela, com conseqüente melhoria de seu acompanhamento.

Diante de todas as contradições, possibilidades e limitações citadas acima, há uma certeza, a de que a ESF não é uma proposta passageira. Apesar do debate sobre a fragilidade da sua política de financiamento (legalmente a ESF iniciou-se como um programa), a sua implantação por todo Brasil já é um fato consolidado. Além disso, a incorporação da saúde bucal também é um caminho sem volta. Cabe agora, a cada município, aproveitar as oportunidades oferecidas pela ESF e oferecer à sua população um modelo de atenção à saúde universal, integral e equânime (SOUZA, 2005).

Nesse sentido, é necessária a realização de estudos que possam verificar e discutir a realidade da saúde bucal no ESF, identificando os problemas e apontando soluções.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Para discutirmos o processo de inclusão da saúde bucal nas estratégias saúde da família de cidades pertencentes à microrregião de Manhuaçu, utilizamos como modelo de estudo o transversal descritivo com abordagem quantitativa.

O presente trabalho é considerado descritivo, uma vez que busca identificar em primeiro momento quais as tendências seguidas pela microrregião de saúde de Manhuaçu. A preocupação não está em delimitar as causas ou as consequências dos fenômenos sociais, mas sim em descrever as características desse fenômeno; não está simplesmente nos resultados, mas sim na análise do processo.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinado fenômeno, e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. “As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática” (GIL, 2006 p.44).

4.2 Cenário de estudo

Em Minas Gerais, as primeiras experiências de implantação do PSF, atual ESF, ocorreram em 1994. Já no fim de 2008, o estado contava com 3.623 equipes de ESF atuando em 831 municípios (97,3%) (MINAS GERAIS, 2008a).

Dentre os projetos prioritários que têm sido implantados pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais está o da Saúde em Casa, lançado em abril de 2005, com o objetivo de ampliar e fortalecer a ESF, através de um investimento financeiro ofertado aos municípios onde as equipes do programa atuam. Estes recursos se destinam à qualificação de pessoal, obras em postos de saúde, compra de equipamentos e de material de consumo (MINAS GERAIS, 2007a).

No ano de 2007, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais propôs, como estratégia de implantação do projeto estruturante Saúde em Casa, a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde a ser elaborado numa ação conjunta com o Ministério da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, com o intuito de dar um choque de qualidade na atenção primária à saúde em Minas Gerais nos próximos anos (MINAS GERAIS, 2007a).

Outro projeto desenvolvido e que merece destaque é o Plano Diretor de Regionalização (PDR), elaborado no ano de 2000, e ajustado em 2003. Constitui-se numa série de ações que visam organizar e implementar o modelo de serviços assistenciais, dentro dos princípios preconizados pelo SUS: de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. Isso é feito tendo em vista a qualidade do atendimento e ainda a melhor e mais adequada aplicação dos recursos financeiros (MINAS GERAIS, 2008a).

Para realizar essa estruturação, o PDR dividiu o Estado de Minas Gerais em 13 macrorregiões sanitárias e 75 microrregiões sanitárias, e o objetivo (MINAS GERAIS, 2008b, p. 5)

[...] é garantir o acesso dos cidadãos, em todos os níveis, a partir do atendimento o mais próximo possível de sua residência, conforme seja o conjunto de ações e serviços necessários à solução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção [...]

A Macrorregião Leste do Sul (Ponte Nova), uma das 13 macrorregiões de Minas Gerais, possui 52 municípios e é subdividida por 03 microrregiões sanitárias: Manhuaçu, Viçosa, e Ponte Nova. Nos 52 municípios desta macrorregião estão atuando 145 Equipes de Saúde Bucal/ESF, conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de setembro de 2009 (MINAS GERAIS, 2007b).

A cidade de Manhuaçu, cenário do presente estudo, fica próxima a divisa de Minas Gerais com o estado do Espírito Santo e a microrregião onde se localiza - e que leva o mesmo nome da cidade - conta, ainda, com os municípios de Abre Campo, Alto Caparaó, Alto Jequitibá, Caputira, Chalé, Conceição de Ipanema, Durandé, Ipanema, Lajinha, Luisburgo, Manhumirim, Martins Soares, Matipó, Mutum, Pocrane, Reduto, Santa Margarida, Santana do Manhuaçu, São João do Manhuaçu, São José do Mantimento, Sericita, Simonésia e Taparuba (Ilustração 1).

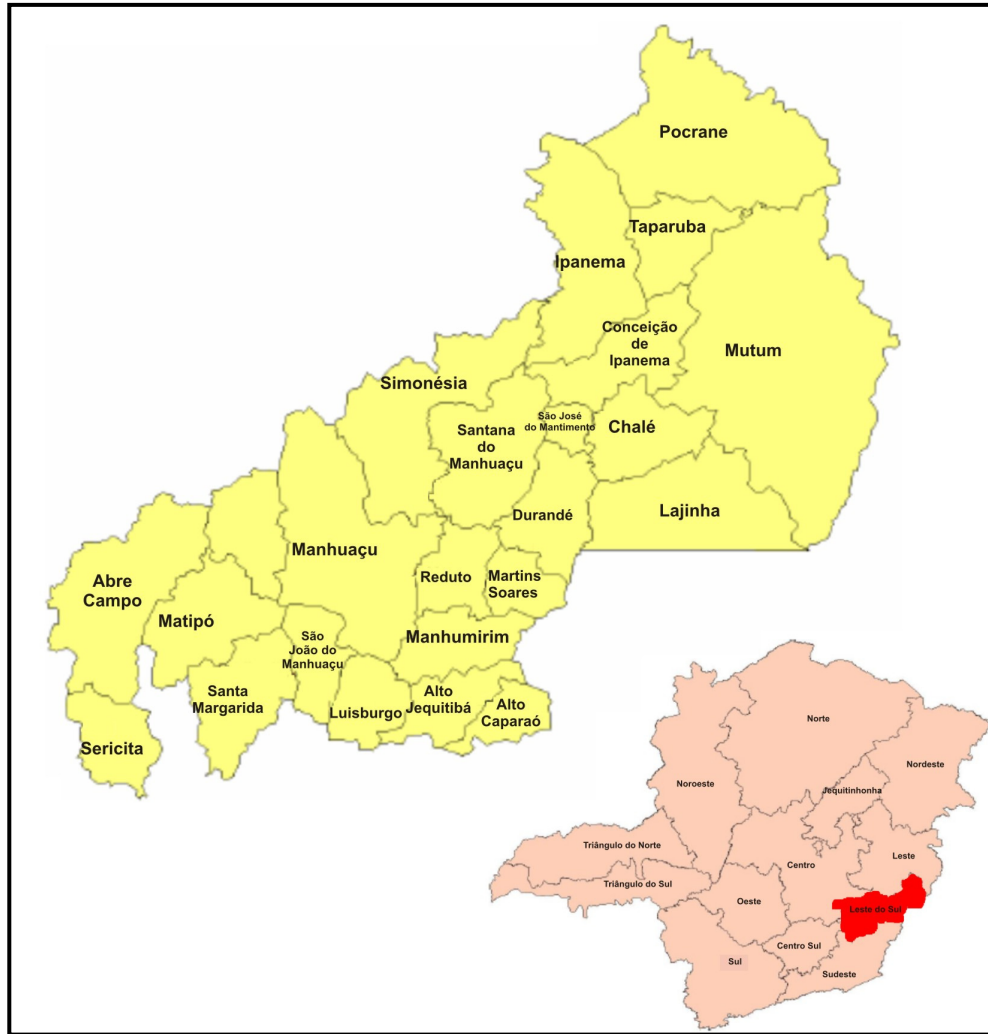


Ilustração 1. Mapa da Microrregião de Manhuaçu
Fonte: Minas Gerais (2007)

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2001), a microrregião de Manhuaçu possui uma população em torno de 271.000 habitantes, uma área de cerca de 4.900 km² e é pertencente à mesorregião da Zona da Mata. Já a cidade, que dá o nome a micro, ocupa uma área de 627 km², com uma população estimada em 75.000 habitantes e está localizada às margens da BR-262, que liga o estado mineiro ao estado capixaba. É o maior município da microrregião, além de ser pólo-econômico e de prestação de serviços.

A fim de contextualizar e reforçar a pertinência do presente trabalho, faremos um pequeno resumo histórico da região baseado em dados fornecidos pela Gerência Regional de Saúde de Manhumirim.

A ocupação e o povoamento da Zona da Mata, onde está Manhuaçu, tem muita relação com os povos indígenas, mas o desenvolvimento do café, sua

principal riqueza, aconteceu com grande destaque durante o Ciclo do Ouro, no Brasil Colônia. Enquanto as regiões de Ouro Preto, São João Del Rei, Mariana e Congonhas se baseavam na extração mineral, a Zona da Mata se dedicava aos produtos agrícolas, justamente para suprir a demanda dos mineradores. O nome do município é originado da palavra indígena *mayguaçu*, que significa rio grande, numa designação dos índios, os primeiros habitantes, ao rio local.

Os primeiros grupos de sertanistas que chegaram às partes dos rios Pomba, Muriaé e Manhuaçu tinham como objetivo a captura dos índios para trabalharem como escravos nas fazendas da Capitania do Rio de Janeiro, além de buscas de riquezas minerais e medicinais (como a planta chamada poaia ou ipecacuanha) e, posteriormente, com a intenção de criar fazendas férteis na região. No início do século XIX, o comércio de poaia - erva da família das rubiáceas que fornece a emetina - se estabeleceu em Manhuaçu, através de Domingos Fernandes Lana que, junto com os índios, abriu caminhos para diferentes locais da área recebendo o título de desbravador do Manhuaçu. Alguns anos mais tarde, o Guarda-Mór Luís Nunes de Carvalho e o Alferes José Rodrigues da Siqueira Bueno, vindos de Ponte Nova e Abre Campo (Manhuaçu pertenceu a Ponte Nova até 1877), implantaram as primeiras unidades de exploração agrícola, usando da mão de obra indígena (WIKIPÉDIA, [S.d.]).

O declínio do ciclo do Ouro intensificou o processo de ocupação da Zona da Mata. Em 1830, a pecuária começou a desdobrar-se para o interior do estado e o café foi expandindo-se. A região de Manhuaçu foi influenciada e, já nesse período, adotou o produto como sua principal cultura. A população deixou a região aurífera e foi para as lavouras de café. Entre 1822 e 1880, a região viu seu número de habitantes saltar de 20 para 430 mil pessoas. O café criou uma enorme dependência, inclusive uma ligação maior com o Rio de Janeiro, já que era o caminho da exportação, mas foi ele também que impulsionou o crescimento urbano na segunda metade do século XIX. Nesse período foram elevados a município: Juiz de Fora e Ubá (1853), Muriaé (1855), Rio Pomba (1858), Mar de Espanha (1859), Cataguases (1875), Manhuaçu (1877) e Carangola (1878). Também é interessante ressaltar que, entre 1860 e 1874, imigrantes alemães, suíços e franceses, vindos da Colônia de Nova Friburgo (RJ) e do Vale do Canaã (ES) ocuparam a região manhuaçuense e ajudaram a compor esse cenário (WIKIPÉDIA, [S.d.]).

Em 1905, a produção cafeeira da Zona da Mata era significativa, sendo Muriaé o maior produtor, com 1,5 milhões de arrobas. Contudo, o Rio de Janeiro ainda era o maior produtor nacional, até que a hegemonia fluminense entrou em decadência e foi superada por São Paulo, que antes estava atrás de Minas Gerais. Entre os anos de 1880 e 1930, o café ganhou força na região mineira e foi a partir daí que se desenvolveu a produção da região de Manhuaçu. O município foi emancipado em 5 de novembro 1877 e só passou à condição de cidade alguns anos depois. Nesse período, perdeu uma área territorial que originou mais de 70 municípios da porção leste do estado de Minas Gerais e que hoje, destes 70, 24 compõem a microrregião do nosso cenário de estudo (WIKIPÉDIA, [S.d.]).

Na perspectiva da gestão em saúde, a microrregião de Manhuaçu está inserida na Gerência Regional de Saúde de Manhumirim responsável por duas microrregiões distintas: a de Manhuaçu com 24 cidades e que pertence a Macrorregião Leste do Sul (Ponte Nova) e a de Carangola com 12 cidades e que pertence a Macrorregião de Juiz de Fora. A microrregião de Manhuaçu, onde foi executado o estudo, possui um Índice Médio de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)¹ no ano 2000 que varia de 0,662 a 0,776 (Tabela 1), com uma estrutura etária populacional predominante de adultos e taxas de mortalidade infantil que vem decrescendo substancialmente desde o ano 2000 (Ilustração 2).

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

**Tabela 1. Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal, de 1991 e 2000.
Municípios pertencentes a Microrregião de Manhuaçu**

CÓDIGO	MUNICÍPIO	IDHM, 1991	IDHM, 2000
313940	Manhuaçu (MG)	0,669	0,776
310205	Alto Caparaó (MG)	0,656	0,758
315350	Alto Jequitibá (MG)	0,649	0,735
313950	Manhumirim (MG)	0,664	0,732
313120	Ipanema (MG)	0,615	0,724
311600	Chalé (MG)	0,614	0,72
310030	Abre Campo (MG)	0,627	0,719
315415	Reduto (MG)	0,586	0,715
314400	Mutum (MG)	0,585	0,712
314053	Martins Soares (MG)	0,645	0,707
311740	Conceição de Ipanema (MG)	0,598	0,704
313867	Luisburgo (MG)	0,576	0,701
316805	Taparuba (MG)	0,568	0,7
316255	São João do Manhuaçu (MG)	0,586	0,698
315790	Santa Margarida (MG)	0,603	0,696
313770	Lajinha (MG)	0,623	0,694
311290	Caputira (MG)	0,579	0,693
315190	Pocrane (MG)	0,603	0,69
314090	Matipó (MG)	0,576	0,683
316360	São José do Mantimento (MG)	0,58	0,683
316760	Simonésia (MG)	0,577	0,679
312352	Durandé (MG)	0,548	0,675
315890	Santana do Manhuaçu (MG)	0,58	0,669
316630	Sericita (MG)	0,554	0,662

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2000)

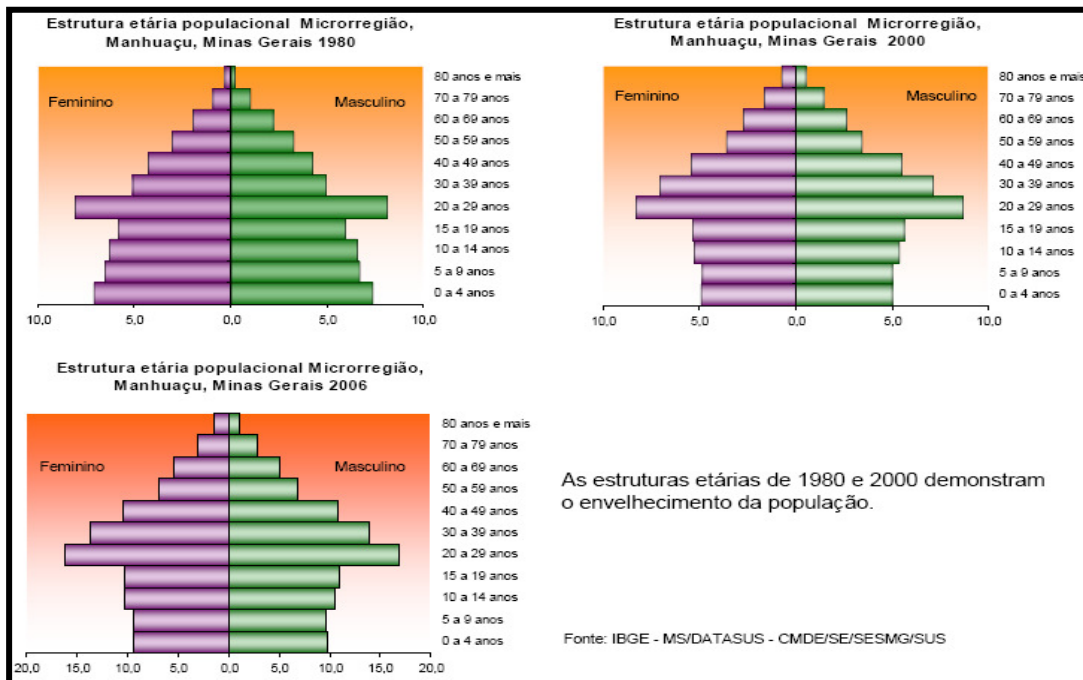


Ilustração 2. Pirâmides de Estrutura etária populacional Microrregião de Manhuaçu 1980 – 2006
Fonte: Minas Gerais (200-)

No âmbito da saúde bucal, percebe-se que seu processo de inclusão na saúde da família das cidades da microrregião vem acontecendo de forma mais lenta e irregular, com um grande crescimento nos últimos anos. Entretanto, até o presente momento, nenhum estudo havia sido realizado na intenção de buscar características que apontem se houve realmente uma mudança do modelo assistencial em saúde bucal nas cidades que optaram por fazer essa inclusão.

4.3 Amostra

Dentre os 24 municípios pertencentes à microrregião de Manhuaçu, foram selecionados para participar do estudo aqueles que possuísem a saúde bucal incluída na ESF com no mínimo dois anos de implantação em fevereiro de 2009, o que totalizou 20 municípios. O período mínimo de dois anos foi exigido por se considerar que para a constatação de alguma mudança no modelo de atenção seja necessário um tempo mínimo de dois anos, visto que mudanças num modelo

dependem, dentre outros fatores, do contexto político, da organização dos serviços, de processos de capacitação e do envolvimento da equipe.

Dos 20 municípios que faziam parte da amostra, 16 aceitaram fazer parte da pesquisa, foram eles: Abre Campo, Caputira, Chalé, Conceição do Ipanema, Durandé, Ipanema, Lajinha, Luisburgo, Manhumirim, Martins Soares, Matipó, Mutum, Reduto, Santa Margarida, São José do Mantimento e Simonésia. Dos 144 questionários enviados aos ASBs, CDs e gestores de saúde bucal dos 20 municípios, o número de questionários respondidos e devolvidos foi 105 (72,92%) (Tabela 2).

Tabela 2. Número de participantes da pesquisa por categoria e município. Microrregião de Manhauçu - 2009

MUNICÍPIO	GESTORES	DENTISTAS	AUXILIARES DE SAÚDE BUCAL
Abre Campo	1	2	2
Caputira	1	2	2
Chalé	1	1	1
Conceição de Ipanema	1	1	1
Durandé	1	1	3
Ipanema	0	1	3
Lajinha	1	6	6
Luisburgo	1	2	2
Manhumirim	1	3	3
Martins Soares	1	1	1
Matipó	1	6	6
Mutum	1	8	9
Reduto	1	1	1
Santa Margarida	0	3	3
São José do Mantimento	1	1	1
Simonésia	1	4	4
Total participantes	14	43	48

Fonte: Dados da pesquisa.

O mês de fevereiro foi escolhido como ponto de corte por ser considerado, durante a definição da metodologia, o provável mês anterior ao início da coleta de dados.

4.4 Sujeitos do estudo

Os sujeitos participantes da pesquisa foram os informantes-chaves do serviço de saúde bucal: os membros ESB - Cirurgiões-Dentistas e auxiliares de consultório dentário e o responsável pela coordenação da Saúde Bucal (Coordenador de Saúde Bucal ou Secretário Municipal de Saúde) em cada município.

O estudo obteve um número total de 105 participantes dentre gestores e membros das equipes de saúde bucal implantadas em cada município.

4.5 Estratégias de coleta de dados

Para a aplicação do questionário, instrumento utilizado para coletar os dados da pesquisa, foi requerido uma autorização para a execução do presente trabalho que foi concedida pelo Secretário Municipal de Saúde de cada cidade (APÊNDICE A). Foram aplicados questionários junto aos informantes-chaves (dentistas, gestores e auxiliares), apresentados nos Apêndices B, C e D, respectivamente.

Seguimos a Resolução 196, do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996, que determina as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa com Seres Humanos. Foram observadas suas determinações e princípios éticos, sendo que o projeto de pesquisa foi encaminhado previamente para o Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, para apreciação e recebeu aprovação conforme parecer consubstanciado n. 021/2009 (ANEXO A). Após a aprovação pelo comitê de ética da UFJF iniciamos a coleta de dados, realizada no período de maio a agosto de 2009.

Após o esclarecimento dos informantes-chaves a respeito dos objetivos da pesquisa, foi encaminhado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E) ressaltando que aos participantes e aos colaboradores diretos ou indiretos da pesquisa seria resguardado o direito de participar por sua livre e espontânea vontade, sem nenhum ônus para si ou para o seu ambiente de trabalho.

Um estudo piloto foi realizado no município de Alto Jequitibá, que também é pertencente à microrregião de Manhuaçu, mas não participou da amostra, por não possuir dois anos de inclusão da saúde bucal na ESF. Esse estudo foi realizado dois meses antes do início da coleta dos dados. Não foi constatada a necessidade de fazer modificações no instrumento. Dados secundários dos municípios, relativos à Saúde Bucal, foram obtidos através do Sistema de Informação de Saúde do Ministério da Saúde. Os indicadores utilizados foram os disponíveis no Pacto da Atenção Básica 2006 e 2007.

4.6 Estratégias de análise de dados

Os dados levantados foram armazenados em um banco de dados informatizado criado através do programa Statistical Package For Social Sciences - SPSS 13.0 com a ajuda do Laboratório de Estatística da Universidade Federal de Juiz de Fora – LESS, e analisados por meio de tratamento estatístico, com números relativos e absolutos, e, apresentados, sob a forma de tabelas e gráficos. Os dados secundários obtidos através do Sistema de Informações de Saúde foram analisados através de frequências absolutas e percentuais.

A análise e discussão dos dados consistiram em uma apresentação objetiva dos dados levantados pela pesquisa com análise quantitativa e qualitativa.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo apresentamos e discutimos os dados obtidos em consonância com os objetivos do trabalho, na seguinte ordem de apresentação: em um primeiro momento fizemos uma caracterização dos auxiliares, dentistas, gestores e da implantação da Equipe de Saúde Bucal nos municípios.

5.1 Resultados dos questionários

5.1.1 Caracterização dos auxiliares, dentistas, gestores e da implantação da Equipe Saúde Bucal nos municípios

Em relação ao tempo de inclusão da saúde bucal na ESF nos municípios estudados, este foi de quatro a oito anos até o momento da pesquisa. A totalidade dos municípios implantou a Equipe de Saúde Bucal após a Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000a) que estabelece os incentivos federais, o que vem corroborar conforme já demonstrado no referencial teórico a importância dos incentivos federais na viabilização da implantação da ESB. O tempo de implantação das primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF) variou de quatro a 12 anos (Tabela 3). Entretanto, segundo resposta de um gestor de um dos municípios da amostra, a ESF foi implantada na sua cidade há 17 anos, apesar do início da implementação da Estratégia Saúde da Família no Estado de Minas Gerais ter ocorrido a partir do ano de 1994. Em 62,50% dos municípios a relação Equipe de Saúde da Família/Equipe de Saúde Bucal está em 1:1, ou seja, para cada Equipe de Saúde da Família implantada existe também uma Equipe de Saúde Bucal.

Tabela 3. Tempo de implantação da ESF e tempo de inclusão da saúde bucal na ESF por município (em anos), segundo os gestores. Microrregião de Manhuaçu – 2009

MUNICÍPIOS	TEMPO DE IMPLANTAÇÃO DA ESF NO MUNICÍPIO (EM ANOS)	TEMPO DE INCLUSÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESF (EM ANOS)
Abre Campo	4	4
Caputira	8	8
Chalé	6	6
Conceição de Ipanema	12	12
Durandé	8	4
Lajinha	17	6
Luisburgo	6	6
Manhumirim	12	4
Martins Soares	Não respondeu	3
Matipó	8	8
Mutum	8	3
Reduto	4	4
São José do Mantimento	8	4
Simonésia	5	5

Fonte: Dados da pesquisa

Sabe-se que, em 2001, o Ministério da Saúde definiu que cada Equipe de Saúde Bucal deverá atender, em média, 6.900 habitantes. Isto significa uma ESB para cada duas ESF, exceto em municípios com 6.900 habitantes, onde a relação pode ser de 1:1 (BRASIL, 2001b). Entretanto, a portaria GM 673 de 3 de junho de 2003 (BRASIL, 2003) estabelece que poderão ser implantadas nos municípios quantas equipes de saúde bucal forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde de que não ultrapassem o número existente de equipes de saúde da família, e considerem a lógica de organização da atenção básica. A partir daí considerou-se a implantação de uma ESB para cada 3450 habitantes, numa relação de uma ESB para uma ESF.

Com relação aos 48 auxiliares de saúde bucal que participaram do estudo, 29 (60,42%) deles possuem curso para auxiliar de saúde bucal e 28 (58,33%) deles já trabalhavam no serviço de saúde bucal do município antes de sua inserção na ESB. Podemos constatar que 19 (39,58%) dos auxiliares exercem a função de ASB, mas não receberam nenhum treinamento específico para isso, exercendo a função seguindo somente instruções e orientações do dentista da própria equipe. Essa

realidade aponta para a precarização das relações de trabalho, evidenciada pela falta de capacitação técnica formal e regulamentada para a função de ASB e pelas formas informais de vinculação e de contratação dos profissionais, quando se observa que 25 (52,08%) dos auxiliares possui uma relação com o município firmada através de contratos temporários o que possibilita instabilidade no emprego. Além disso, a forma de contratação de 18 (37,50%) auxiliares foi através de indicação, ou seja, não houve forma alguma de seleção para esses profissionais, fato que pode levar a práticas clientelistas.

Os 14 (29,17%) auxiliares estatutários, que possuem um vínculo estável são profissionais que já faziam parte do serviço e que foram remanejados para as ESB. As formas de vínculo e as formas de incorporação dos auxiliares estão explicitadas nos Gráficos 1 e 2.

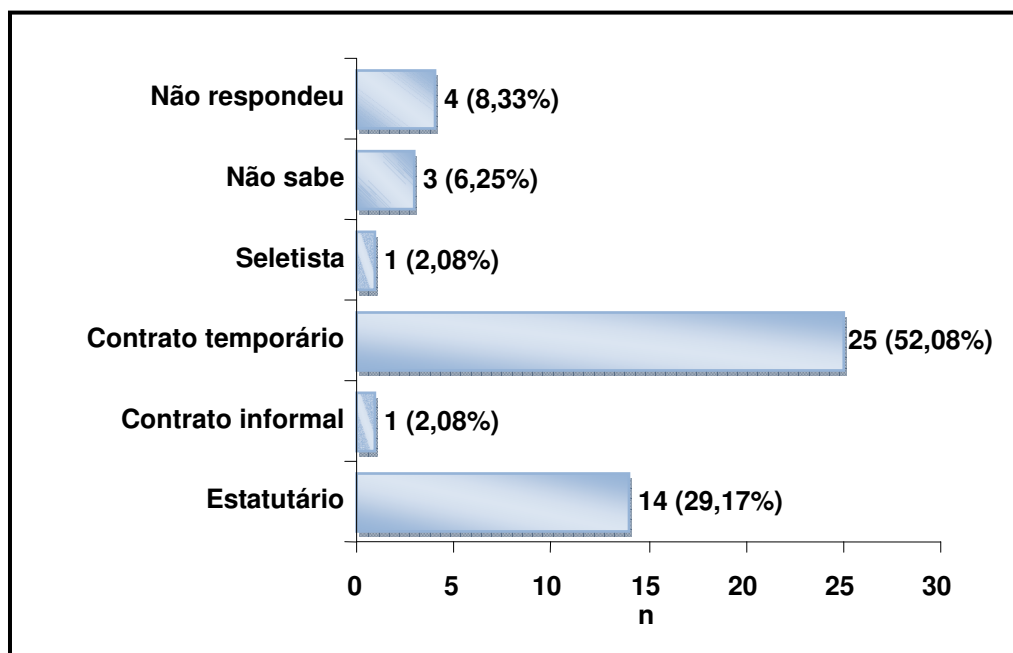


Gráfico 1. Número absoluto e % das Equipes de Saúde Bucal em relação ao vínculo contratual do ASB. Microrregião de Manhuaçu – 2009
 Fonte: Dados da pesquisa

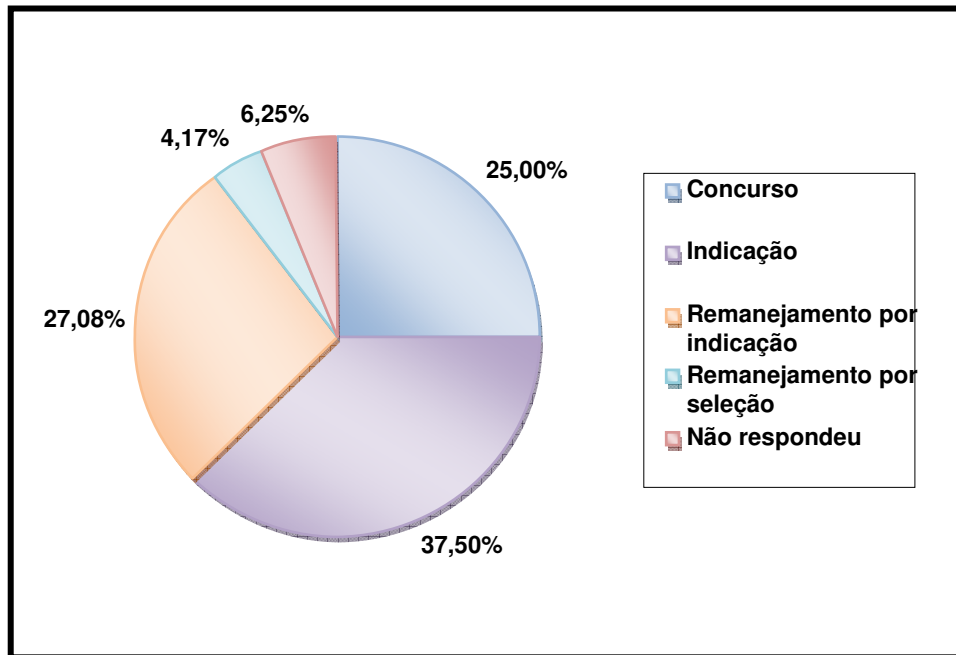


Gráfico 2. Proporção das Equipes de Saúde Bucal em relação à modalidade de incorporação do ASB na Equipe de Saúde Bucal. Microrregião de Manhuaçu - 2009
 Fonte: Dados da pesquisa

Com relação aos 43 cirurgiões-dentistas que participaram do estudo, 12 (27,91%) deles já trabalhavam no serviço de saúde bucal do município antes de sua inserção na ESB. Interessante apontar para a precarização das relações de trabalho que ocorre ainda em maior grau em relação aos dentistas se comparados aos auxiliares, evidenciada pelas formas informais de vinculação e de contratação dos profissionais, quando se observa que 29 (67,44%) dentistas possuem uma relação com o município firmada através de contratos temporários o que possibilita instabilidade no emprego. Além disso, a forma de contratação de 28 (58,30%) dentistas foi através de indicação, ou seja, não houve forma alguma de seleção para grande parte desses profissionais, fato que pode levar a práticas clientelistas ainda em maior intensidade. As formas de vínculo e as formas de incorporação dos dentistas estão explicitadas nos Gráficos 3 e 4.

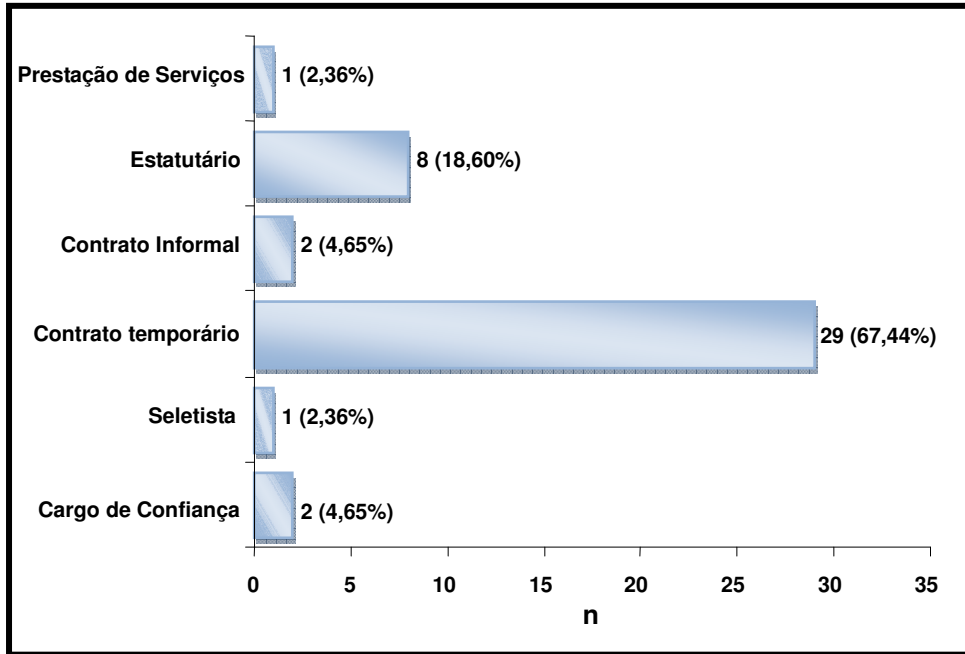


Gráfico 3. Número absoluto e % das Equipes de Saúde Bucal em relação ao vínculo contratual do CD. Microrregião de Manhuaçu – 2009
 Fonte: Dados da pesquisa

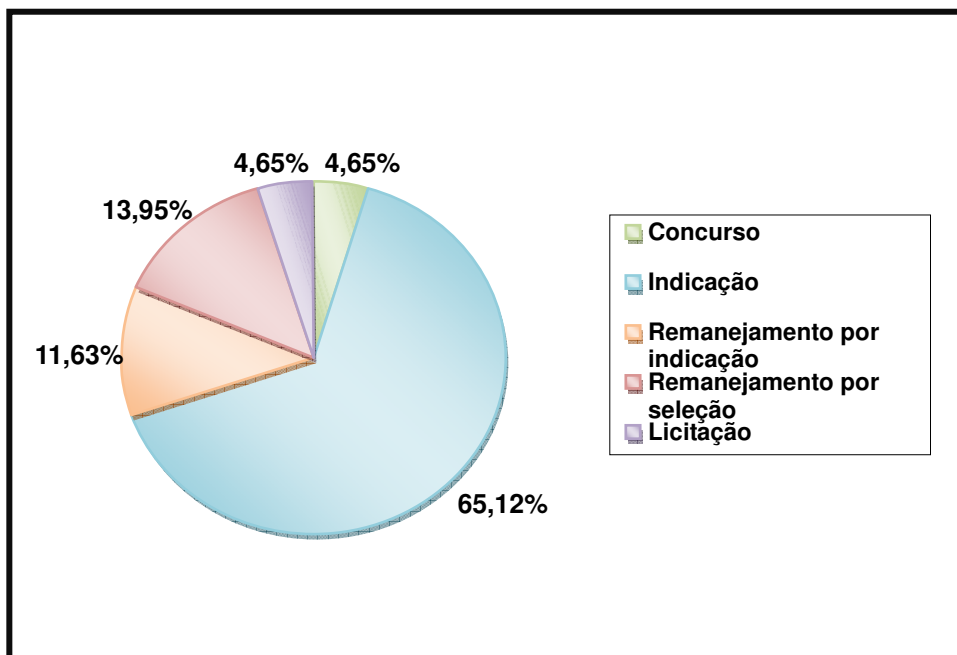


Gráfico 4. Proporção das Equipes de Saúde Bucal em relação à modalidade de incorporação do CD na Equipe de Saúde Bucal. Microrregião de Manhuaçu – 2009]
 Fonte: Dados da pesquisa

Ainda nessa discussão, Carvalho e Girardi (2002) também verificaram em uma pesquisa de âmbito nacional, que as contratações são realizadas na maior parte dos municípios via prefeituras municipais, sendo a principal forma de contratar

os profissionais da ESF e ESB através de contratos temporários ou prestação de serviços, o que enfraquece o vínculo do profissional. Na metade dos municípios a forma de contratação precária se estende a outros setores da prefeitura além do setor saúde.

O profissional que compõe a ESF deve conhecer a comunidade com a qual está trabalhando, suas necessidades, vulnerabilidades, a fim de reforçar o vínculo, criando possibilidades para poder atuar na promoção e prevenção da saúde. Esse vínculo fundamental não é possível quando não há a permanência do profissional no serviço.

A flexibilização foi o primeiro motivo considerado pelos municípios para a adoção de formas precárias de contratação de profissionais. Tal flexibilização considerada por Viana e Dal Poz (1998, p.229) como “elementos de reforço ao processo de mudança”, infelizmente na prática, tem sido traduzida em instabilidade no emprego e em práticas clientelistas, especialmente nos municípios de menor porte com até 100 mil habitantes (CARVALHO; GIRARDI, 2002).

Contradições são observadas ao confrontarmos dados a respeito da jornada de trabalho contratada e da jornada de trabalho cumprida em relação ao profissional cirurgião dentista. Observa-se que 37 (86,05%) dentistas possuem contrato de 40 horas semanais de trabalho, mas foram encontrados também contratos de 25, 20, 15 e 10 horas semanais, como pode ser visualizado na Tabela 4. Portanto, alguns municípios estão contratando profissionais para trabalhar na ESF sem seguir as orientações do Ministério da Saúde que preconiza a jornada semanal de trabalho de 40 horas. Some-se a isso, o fato de 17 (45,95%) dos 37 dentistas contratados para 40 horas não cumprir tal carga horária.

Tabela 4. N° absoluto e % de dentistas referentes à jornada de trabalho contratada (em horas semanais). Microrregião de Manhauçu - 2009

Jornada de trabalho contratada	N° de dentistas	%
40 horas semanais	37	86,05
25 horas semanais	1	2,33
20 horas semanais	1	2,33
15 horas semanais	1	2,33
10 horas semanais	1	2,33
Não respondeu	2	4,65
Total de respostas	43	100,00

Fonte: Dados da pesquisa

Essa realidade já não é encontrada quando se trata dos auxiliares de saúde bucal. Dos 38 (79,17%) auxiliares contratados para uma jornada de 40 horas semanais, todos afirmam cumprir a carga horária, fato esse que evidencia a responsabilização cada vez maior desse profissional no que se refere à saúde bucal de cada Unidade Básica de Saúde, pois é o auxiliar que fica a maior parte do tempo na unidade e é ele que responde pela saúde bucal na ausência do cirurgião dentista. No que diz respeito ao local de moradia, dentre os 20 (54,05%) dentistas que afirmam cumprir às 40 horas semanais, mais da metade mora no município no qual está trabalhando. Por outro lado, dentre os que não cumprem o horário, a grande maioria não mora no município.

Provavelmente, além da questão da residência fixa no município, a questão salarial pode estar interferindo no cumprimento da carga horária o que, por sua vez, interfere no estabelecimento de vínculo com a comunidade, no desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Analisando os dados relativos à remuneração dos dentistas constata-se que 5 (11,63%) deles recebem menos de R\$ 1.600,00, 13 (30,23%) recebem entre R\$ 1.600,00 e R\$ 1.800,00, 20 (46,51)% recebem entre R\$ 1.801,00 e R\$ 2.900,00, apenas 1 (2,33%) recebe acima de R\$ 2.900,00 e 4 (9,30%) dentistas não responderam essa pergunta.

Carvalho e Girardi (2002) relatam em seu estudo que o PSF (ESF) paga a médicos e enfermeiros salários maiores que os valores de mercado em todo o Brasil. Com relação aos dentistas, o salário é menor do que o valor de mercado em todas as regiões do país, com exceção do Nordeste. Além disso, a média salarial é maior

para os médicos, ou seja, os médicos são os que recebem os maiores salários dentre os profissionais da equipe.

É possível perceber, portanto, através dos dados encontrados no nosso estudo, que as relações de trabalho dos profissionais da ESF estão precarizadas, o que é evidenciado por alguns aspectos como, a forma de incorporação, muitas vezes sem critérios ou concursos o que favorece às práticas clientelistas, as formas de contratação informais e precárias provocando instabilidade no emprego, a questão salarial, onde não há isonomia salarial e a remuneração ainda baixa para os dentistas, e a jornada de trabalho semanal de 40 horas, que por muitos fatores, incluindo a residência fixa e os salários, não tem sido cumprida. Esses fatores na sua inter-relação, mesmo não sendo determinantes no modo como se define a assistência ao usuário do serviço, podem estar interferindo nessa questão.

Com relação à formação dos dentistas percebe-se que a maioria deles - 32 (74,42%) - não possuem pós-graduação ou, se possuem especialização, esta é em áreas diferentes da saúde coletiva ou saúde da família, porém, 29 (67,44%) deles participaram de capacitações após o ingresso na ESB, principalmente a Capacitação em Saúde Bucal para Odontólogos da Estratégia de Saúde da Família.

Já em relação aos auxiliares de saúde bucal, como já mencionamos acima, dos 48 auxiliares que participaram do estudo 29 (60,42%) deles possuem curso para auxiliar de saúde bucal e 23 (47,92%) participaram de alguma capacitação ou treinamento após o ingresso na Estratégia Saúde da Família. Cabe ressaltar que os recursos humanos constituem um dos pontos críticos para a implementação da ESF e para a mudança do modelo de atenção. Nesse sentido, a formação profissional pode contribuir diretamente para a maneira como se desenvolve a assistência. Daí a importância das capacitações contínuas, tanto de nível médio quanto de nível superior, e das reformas curriculares, seja em cursos para formação de ASB ou na graduação e pós-graduações de dentistas.

Realizando-se uma caracterização dos 14 gestores, observou-se que 4 (28,57%) deles possuem alguma formação profissional de nível superior, sendo dois dentistas e um fisioterapeuta. Considerando-se o tempo que trabalha como gestor, o mesmo variou de três meses a 6 anos.

5.1.2 Percepção dos gestores, dentistas e auxiliares sobre os motivos para implantação da saúde bucal na ESF

A possibilidade de mudança do modelo tecno-assistencial em saúde bucal de acordo com os princípios do SUS foi o motivo mais citado pelos gestores para a implantação da Saúde Bucal na ESF, seguido de incentivo financeiro do Ministério da Saúde para a ESB e possibilidade de ampliação da oferta de recursos humanos capacitados para a população. Esta variável foi questionada de duas formas. Inicialmente o gestor respondia que fatores ele considerava como motivos para a implantação da saúde bucal. Em seguida, dentre os fatores relacionados, ele atribuiu um valor de importância, hierarquizando as respostas. Analisando o nível de importância dado a tais motivos podemos perceber que a mudança do modelo de atenção em saúde bucal corresponde à maior proporção (57,10%) no primeiro nível hierárquico (o mais importante). É interessante também observar que a possibilidade de criação de novos empregos além de ter sido pouco citada, possui maior proporção ficando no quarto nível de importância (42,90%) (Gráfico 5).

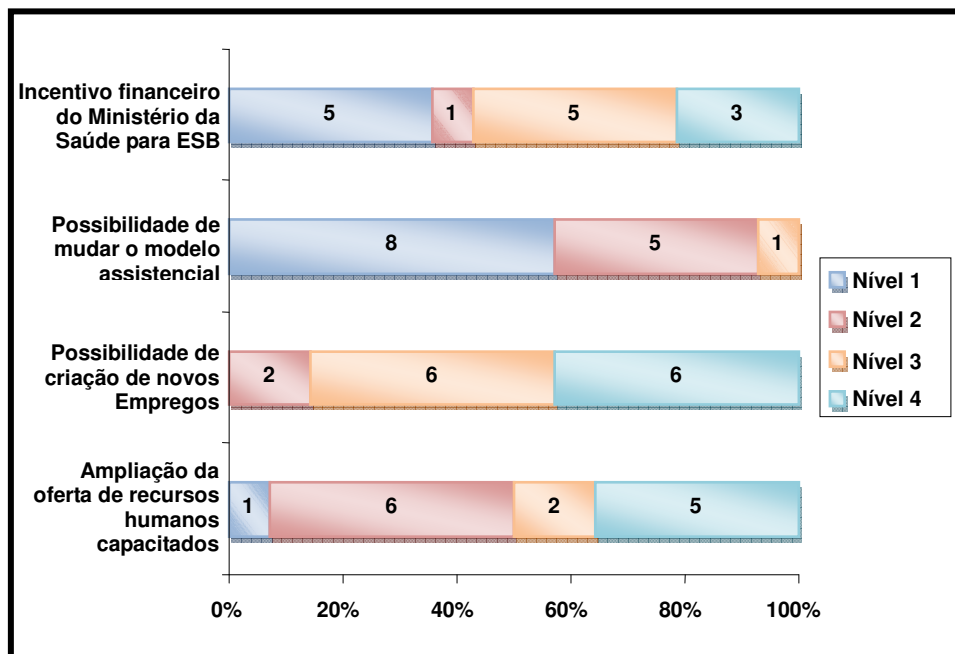


Gráfico 5. Proporção das respostas relativas aos motivos para implantação da Saúde Bucal na ESF de acordo com o nível de importância estabelecido pelos gestores. Microrregião de Manhuaçu – 2009
 Fonte: Dados da pesquisa

O entendimento da Estratégia Saúde da Família pelo gestor parece exercer grande influência na forma de concretização da assistência e na maneira como a implantação da Saúde Bucal se desenvolve no município. Para a maioria dos gestores deste estudo (57,10%), a implantação da Saúde Bucal na ESF reflete a concepção de uma política que se propõe à reorientação do modelo de atenção seguindo os princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Apesar de avanços político-administrativos, reconhecem-se dificuldades para adequar o modelo de atenção aos princípios reformadores com maior equidade no acesso e maior integralidade das práticas. As principais limitações para sua operacionalização seriam decorrentes da formação inadequada dos profissionais, número insuficiente de médicos, falta de recursos financeiros e de entendimento por parte dos gestores (CONILL, 2002).

Em nosso estudo, quando questionados a respeito de suas motivações para ingresso na ESB, os dentistas e os auxiliares também citaram a possibilidade de mudança na prática assistencial com 58,50% das respostas dos dentistas e 58,10% das respostas dos auxiliares. Ao hierarquizarmos tais motivações, a partir dos níveis de importância estabelecidos pelos dentistas, a maior proporção no primeiro nível de importância também é a possibilidade de mudança na prática, porém a questão salarial também é expressiva (Gráfico 6).

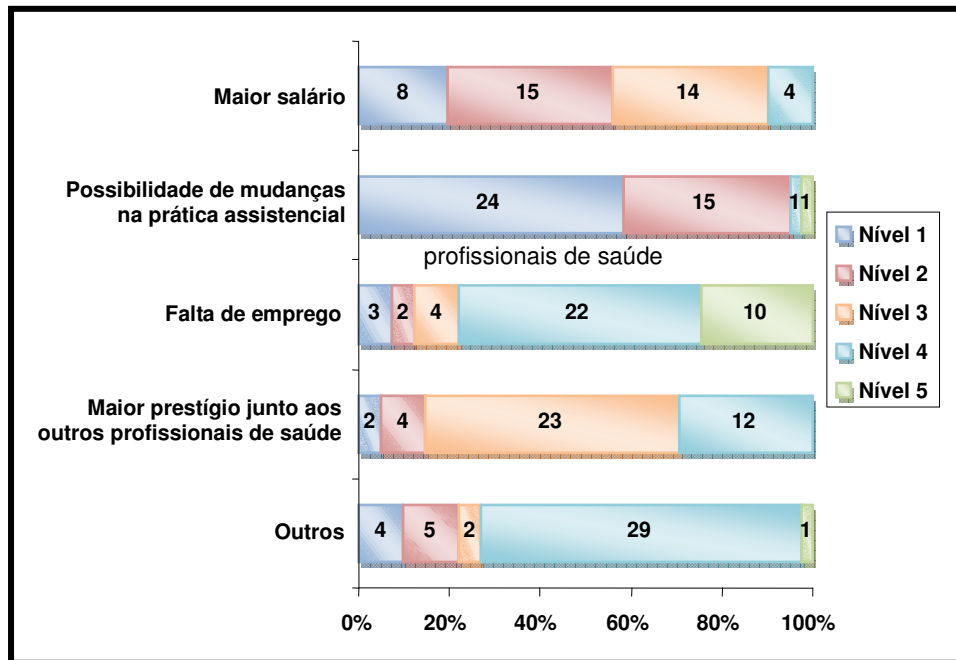


Gráfico 6. Proporção das respostas relativas aos motivos para implantação da Saúde Bucal na ESF de acordo com o nível de importância considerado pelos CD. Microrregião de Manhuaçu – 2009
 Fonte: Dados da pesquisa

Apesar de o principal motivo para a incorporação da Saúde Bucal, segundo a opinião dos gestores, ser a possibilidade de mudar o modelo de práticas atendendo aos princípios do SUS, após serem questionados a respeito da importância do incentivo financeiro federal, a grande maioria dos gestores - 12 (85,71%) - considerou tal incentivo muito necessário, principalmente pelo fato de ser uma assistência onerosa e o município isoladamente não ter condições de arcar com as despesas.

Na avaliação da implantação da ESF em dez grandes centros urbanos o incentivo financeiro do Ministério da Saúde também não foi mencionado como fator decisivo para implantação, embora tenha influenciado na decisão dos municípios em aderirem a Estratégia. Objetivos de capitalização política por parte do executivo local com a expansão de cobertura de assistência à saúde propiciada pela ESF, também puderam ser observados, por vezes, com indícios de clientelismo (BRASIL, 2002).

Particularmente para a Saúde Bucal, a questão financeira parece ter uma maior influência na sua implantação e no desenvolvimento, principalmente, das ações de reabilitação, devido aos altos custos advindos da necessidade de compra de materiais, instrumentais e equipamentos indispensáveis mesmo na Atenção Básica, fato confirmado pelos gestores entrevistados. O que se justifica quando

percebe-se que a incorporação expressiva da Saúde Bucal na ESF só se deu após o estabelecimento de incentivos financeiros federais para os municípios. Ao avaliar a Saúde Bucal após um ano de qualificação para incentivo federal, Zanetti (2002), concluiu que os estados que possuíam mais de 70% dos seus municípios qualificados para o recebimento de incentivos federais eram os que menos participavam no PIB nacional, portanto, os estados mais pobres.

Analisando o PSF (ESF hoje) em alguns municípios, Viana e Dal Poz, (1998), identificam três modelos: regional, singular e principiante. O primeiro se caracteriza pelo desenvolvimento regional do Programa, sendo fortemente influenciado por uma política estadual de apoio à mudança nas práticas assistenciais, o segundo desenvolve uma experiência singular, sem envolvimento de outras esferas de governo e o terceiro se desenvolve de forma incipiente e incerta. O que melhor dá resultados é o regional, fortemente apoiado por políticas estaduais sinérgicas. Há aumento da produção, o tipo de gestão não parece interferir, mesmo havendo problemas na composição e manutenção das equipes. Seria interessante, portanto, pensar na participação do estado nas políticas de financiamento para a Atenção Básica, dando mais autonomia ao mesmo. Pois como é o estado a esfera que lida de maneira mais próxima com a gestão municipal, isso permite que ele realize um acompanhamento e avaliações sistemáticas da implementação das políticas na ponta do sistema.

5.1.3 O acesso da população aos serviços de saúde bucal

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

Mais de 95% das ESB trabalham com uma área definida, porém apenas 81,40% possuem o mapeamento da área. A forma de entrada na Unidade de Saúde da Família para os serviços de saúde bucal em mais de 90% dos municípios se dá

principalmente através do agendamento. Em 2,30% dos municípios a principal forma de entrada ainda se dá através da livre demanda, entretanto, essa forma de acesso as ações de saúde bucal apareceu como segunda opção, logo após o agendamento, em 79,10% dos municípios. A articulação entre a “oferta organizada” e a “demanda espontânea” (PAIM, 2003) ainda tem muito a melhorar entre os municípios da microrregião de Manhuaçu. O agendamento descrito acima pode ser interpretado de duas formas. Em algumas unidades os pacientes têm acesso aos serviços através do agendamento feito pelo Agente Comunitário de Saúde; em outras, o agendamento é feito pelo Auxiliar de Saúde Bucal em um dia específico na unidade ou nas escolas.

A opção: utilização de dados epidemiológicos de saúde bucal coletados junto a população de referência juntamente com a opção: o não estabelecimento de prioridades no tratamento, foram as mais citadas tanto pelos dentistas quanto pelos auxiliares com relação à prioridade de tratamento na Unidade (as duas opções tiveram 31% das respostas no caso dos dentistas e 36,60 e 31,70% respectivamente no caso dos auxiliares).

Com relação à Atenção Secundária e Terciária em Saúde Bucal, de acordo com um gestor (7,14%) o sistema de Referência e Contra-Referência (SRCR) existe no próprio município; sete (50,00%) afirmam que há pactuação com outro município para a realização da referência e contra-referência em Saúde Bucal e seis (42,86%) afirmam que não há referenciamento dos pacientes. O gestor que afirma existir referenciamento no próprio município, afirma também que o Sistema funciona precariamente. Dos sete gestores que afirmam que há pactuação com outro município, cinco consideram que o referenciamento não funciona, ou funciona precariamente (Gráfico 7).

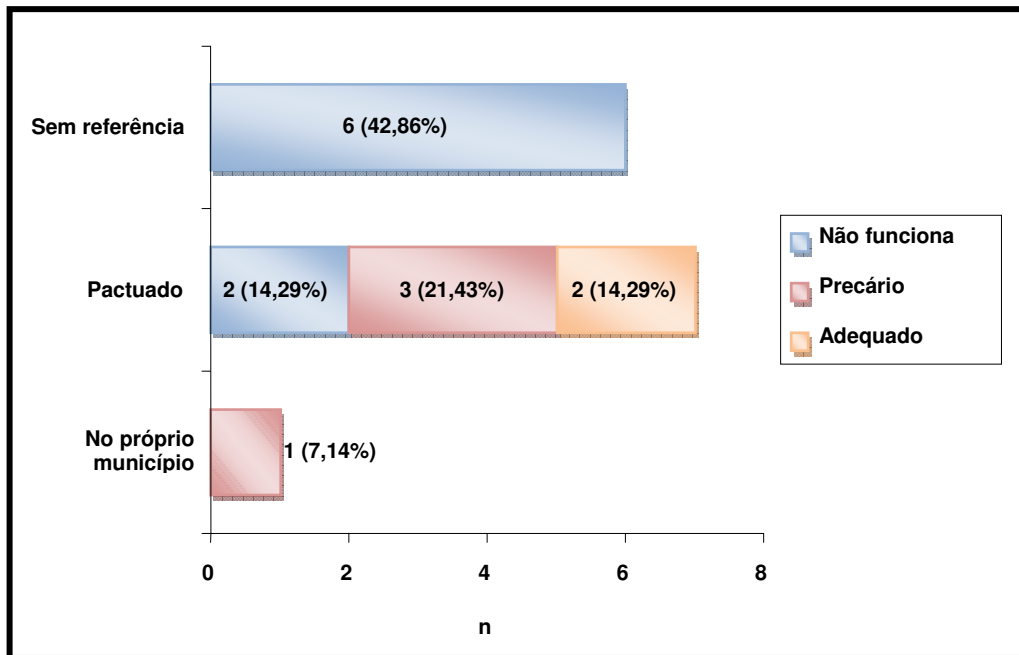


Gráfico 7. Avaliação da qualidade do Sistema de Referência e Contra-Referência em saúde bucal segundo os gestores. Microrregião de Manhuaçu – 2009
 Fonte: Dados da pesquisa

As principais dificuldades apontadas para que o SRCR não funcione dizem respeito à falta de recursos humanos capacitados para atividades de média complexidade, ao número limitado de vagas e à falta de centros de referência em Saúde Bucal na região.

Para os dentistas, por sua vez, a opinião de que o SRCR não é adequado é quase unânime. Dentre os 39 dentistas que responderam essa pergunta, 28 (65,12%) afirmam que não existe referenciamento dos pacientes e 4 (9,30%) afirmam que o mesmo existe, porém não funciona ou funciona de maneira irregular e insatisfatória. Apenas 7 (16,28%) consideraram adequado o SRCR existente (Gráfico 8).

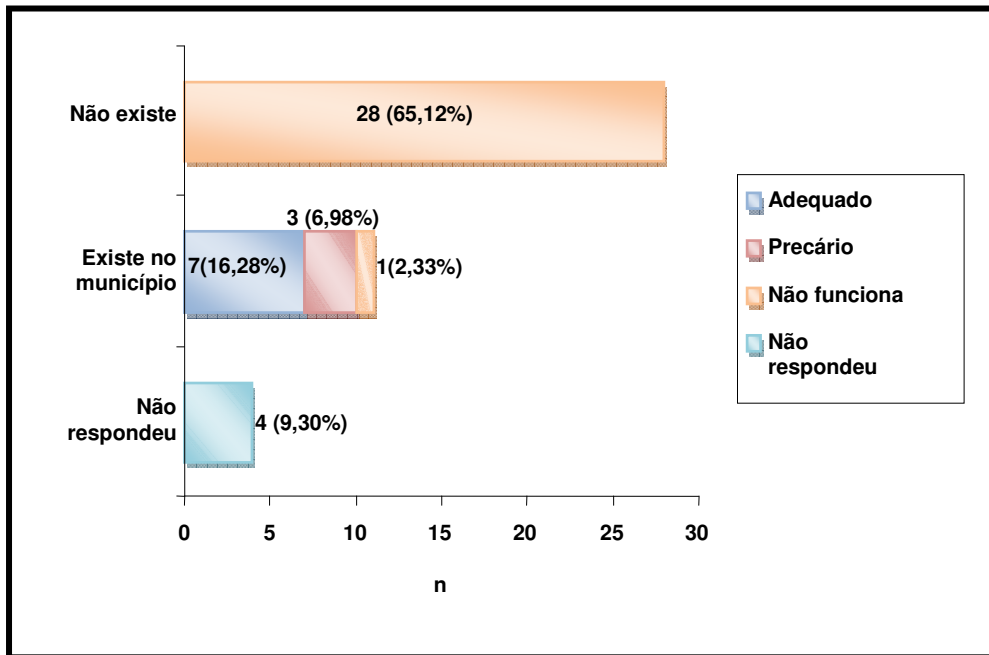


Gráfico 8. Avaliação da qualidade do Sistema de Referência e Contra-Referência em saúde bucal segundo os CDs. Microrregião de Manhuaçu – 2009
 Fonte: Dados da pesquisa

Estes dados nos remetem ao fato de que o referenciamento para a Atenção Secundária e Terciária no modelo de atenção desenvolvido pela Saúde Bucal ainda é um nó crítico, que precisa ser analisado e discutido para que se possam ter propostas de superação. Considerando a importância de oferecer à população todos os níveis de complexidade do tratamento, incluídos no princípio da integralidade da atenção, observa-se que a maioria dos municípios ainda não oferece o referenciamento para as ações de média e alta complexidade.

Segundo os gestores, as principais dificuldades para que isso aconteça se encontram no fato de não haver número suficiente de vagas disponíveis, profissionais capacitados e centros de referência em Saúde Bucal.

Na nossa análise, a insuficiência do número de vagas está diretamente relacionada a ausência de profissionais capacitados e centros de referência em Saúde Bucal. Com relação aos recursos humanos, talvez o problema seja o limitado aparato no Serviço Público para absorver essa mão de obra especializada e o direcionamento da formação profissional para o setor privado.

No que diz respeito à falta de centros de referência, a atual Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, se propõe a assegurar o atendimento aos níveis secundários e terciários de Atenção. Para isso, foram e estão sendo

construídos os Centros de Referência de Especialidades Odontológicas (CEOS), que segundo o Ministério da Saúde, são unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica e, sempre integrados ao processo de planejamento loco-regional, ofertam, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos incluem-se, tratamentos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade, próteses e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção (BRASIL, 2004a). Atualmente, o estado de Minas Gerais conta com 8 Centros de Referência de Especialidade Odontológicas em funcionamento (MINAS GERAIS, 2007b)

Para 90,20% dos dentistas e 86,00% dos auxiliares, o acesso da população aos serviços de Saúde Bucal foi modificado após a inclusão da mesma na ESF, principalmente pela introdução do agendamento, apesar de esse acesso restringir-se na maioria das vezes à Atenção Básica, não havendo referenciamento para a atenção de média e alta complexidade.

Além disso, foi possível perceber que grande parte das respostas, tanto de dentistas quanto de auxiliares, relacionadas a modificação do acesso refere-se ao aumento do número de profissionais de saúde no município e à proximidade desses da população, características que expressam a expansão da ESF, bem como do número de ESB.

5.1.4 Organização do Trabalho

A mudança do processo de trabalho parece ser um dos maiores desafios para a Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal na ESF. Segundo Franco e Merhy (2003)

[...] A Estratégia reconhece um dos pontos principais para a mudança da prática assistencial, que é o processo de trabalho. O modo de assistir as pessoas, a produção do cuidado, que requer vínculo, divisão de responsabilidades e resolutividade, está diretamente ligada à concepção de trabalho e à subjetividade de cada profissional e usuário. (FRANCO; MERHY, 2003, p.3)

A incorporação da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família tem sido alvo de muitas críticas, não pelo que se propõe a fazer que é a mudança da prática centrada no modelo individual e curativo para o modelo de vigilância à saúde, mas sim pela forma como estas ações vêm sendo implementadas e pelo rumo que estas ações vem tomando.

Partindo de uma análise do próprio termo utilizado, Equipe de Saúde Bucal (ESB) para referir-se à saúde bucal na ESF tem-se a impressão de que se trata de uma equipe distinta da Equipe de Saúde da Família. Na verdade o dentista, o auxiliar de saúde bucal e o técnico de saúde bucal não constituem uma equipe à parte da ESF, mas são sim são componentes importantes dela.

Talvez esta separação das equipes seja reflexo da inclusão tardia da Odontologia na ESF e da separação histórica entre Odontologia e Medicina (incentivada pela própria Odontologia) como se a boca não fizesse parte do corpo, falando-se da saúde da boca como se esta não fizesse parte da saúde como um todo. Na organização do trabalho em equipe isto também se verifica, porque apesar de ter como um dos seus princípios, o trabalho em equipe multiprofissional e de propor práticas centradas no usuário na esfera da “produção do cuidado”, não se pode garantir que o atendimento na ESF rompa com o modelo médico-centrado hegemônico. E isto é um ponto importante na medida em que produção de cuidado requer a interação de saberes e fazeres dos profissionais da equipe (FRANCO; MERHY, 2003).

Cabe neste momento, esclarecermos o que estamos considerando como trabalho em equipe. O termo utilizado pela ESF para referir-se ao trabalho em equipe como multiprofissional, provavelmente não é o mais adequado. Segundo Almeida Filho (1997), no trabalho multidisciplinar o problema no campo da saúde é tratado sem que os profissionais estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico, ou seja, cada um trabalha de maneira isolada, frequentemente sem qualquer intercâmbio ou cooperação mútua e, na maioria das vezes, limitam-se a fazer circular o mínimo de informações entre eles como, por exemplo, encaminhando pacientes.

A saúde por sua vez, é um objeto complexo, que necessita de uma abordagem que supere a organização do trabalho baseada em disciplinas autônomas ou estanques. Para isto, o ideal seria um trabalho em equipe transdisciplinar. A transdisciplinaridade é baseada em um sistema de vários níveis e

com objetivos diversificados e sua coordenação é assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder. Implica a criação de um campo novo que idealmente desenvolverá uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o compõem (ALMEIDA FILHO, 1997). Em nossa análise, para alcançar a transdisciplinaridade no trabalho em equipe, os profissionais precisariam superar inúmeras barreiras, inclusive a do corporativismo.

Porém, existe outro nível do trabalho em equipe que apesar de não atingir a transdisciplinaridade, supera a multidisciplinaridade, como a interdisciplinaridade. Essa última implica uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas, cujas relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior ocupado por uma delas, que atua como integradora e mediadora da circulação dos discursos disciplinares e, principalmente, como coordenadora do campo disciplinar. Deve ser entendida como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência a uma horizontalização das relações (ALMEIDA FILHO, 1997).

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

Com relação à realização de reuniões para avaliação e planejamento das ações da Equipe de Saúde da Família, a maioria dos dentistas – 36 (83,72%) - afirma participar, sendo que 17 (39,53%) participam sempre e 19 (44,19%) participam esporadicamente. Em 6 (13,95%) equipes não são realizadas reuniões e 1 (2,33%) dentista afirma nunca participar das reuniões. Pode-se afirmar que o resultado dos auxiliares retrata realidade semelhante, dos 43 que responderam essa questão, 30 (62,50%) afirmam participar das reuniões, sendo que 13 (27,08%) participam sempre e 17 (35,42%) participam esporadicamente, 2 (4,17%) auxiliares afirmam nunca participar e 11 (22,92%) ASB afirmam que não são realizadas reuniões nas suas equipes (Tabela 5).

Tabela 5. Frequência e % da participação da ESB em reuniões de avaliação/planejamento das ações com a ESF, segundo dentistas e auxiliares. Microrregião de Manhauçu - 2009

Participação da ESB em reuniões com a ESF	Dentistas		Auxiliares	
	n	%	n	%
Participa sempre	17	39,53	13	27,08
Participa esporadicamente	19	44,19	17	35,42
Nunca participa	1	2,33	2	4,17
Não são realizadas reuniões	6	13,95	11	22,92
Não respondeu	0	0,00	5	10,42
Total	43	100,00	48	100,00

Fonte: Dados da pesquisa

Quando se questiona a respeito do desenvolvimento de ações articuladas entre a Equipe de Saúde Bucal e a Equipe de Saúde da Família, 12 (29,27%) dentistas afirmam sempre realizá-las, 24 (58,54%) afirmam realizá-las esporadicamente e apenas cinco (12,20%) admitem que não desenvolvem ações em conjunto com a Equipe de Saúde da Família. Já segundo os auxiliares, somente 29 (67,44%) afirmam que a ESB desenvolve ações em conjunto com a ESF, 13 (30,23%) afirmam que as ações são realizadas sempre e 16 (37,21%) afirmam que são realizadas esporadicamente. 14 (32,56%) ASB afirmam que a ESB nunca desenvolve ações em conjunto com a ESF. As ações desenvolvidas em conjunto (ESF e ESB), segundo os dentistas e auxiliares estão explicitadas a seguir (Gráficos 9 e 10).

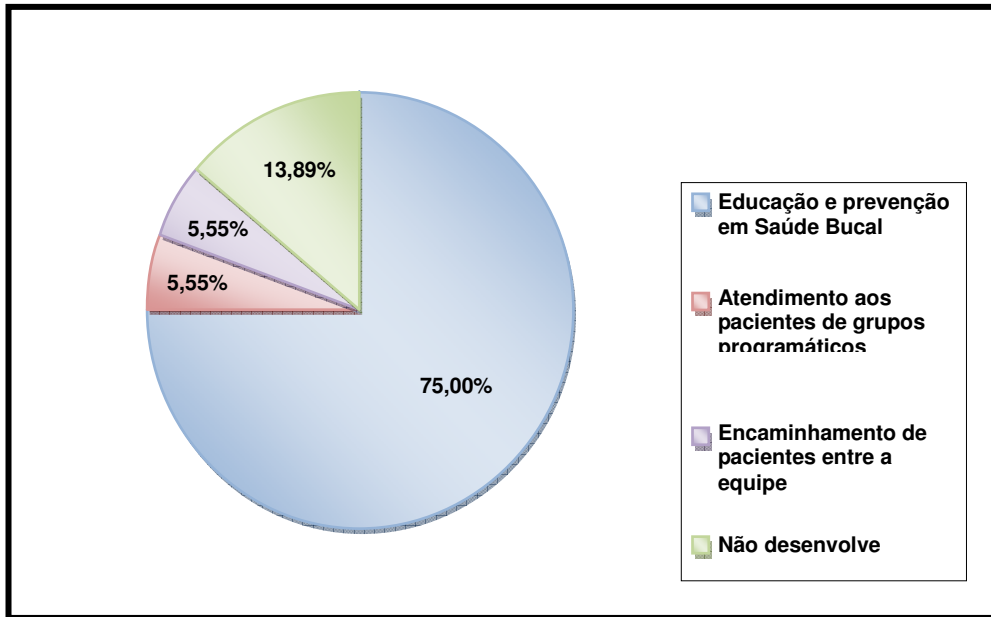


Gráfico 9. Proporção das atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde Bucal juntamente com a Equipe de Saúde da Família segundo os CD. Microrregião de Manhauçu – 2009

Fonte: Dados da pesquisa

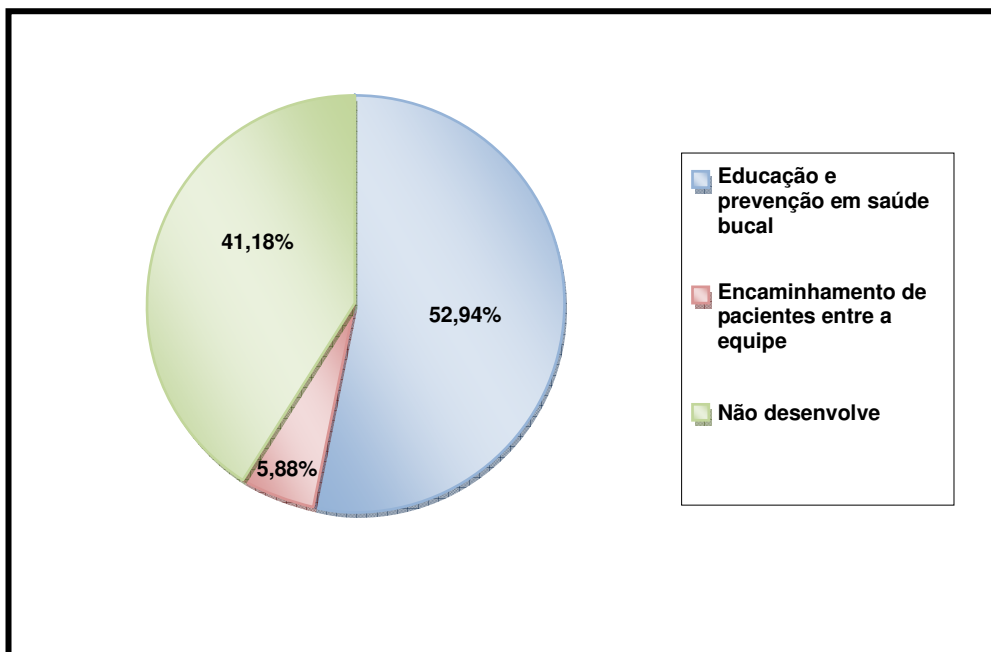


Gráfico 10. Proporção das atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde Bucal juntamente com a Equipe de Saúde da Família segundo os ASB. Microrregião de Manhauçu – 2009

Fonte: Dados da pesquisa

Ainda nessa discussão, 33 dentistas (76,74%) afirmaram que capacitam os seus agentes comunitários de saúde e auxiliares de saúde bucal principalmente para ações de educação e prevenção em Saúde Bucal. Entretanto, somente 31 (72,09%) auxiliares afirmaram serem capacitados pelo dentista.

Apesar de nosso instrumento não conseguir captar os microprocessos envolvidos no trabalho em equipe, nossos resultados apontam para um trabalho de caráter multidisciplinar.

Com relação às dificuldades encontradas no trabalho em equipe, a maioria dos dentistas considera a falta de formação para trabalhar em equipe como o grande motivo que impede a integração dos profissionais (50,00% das respostas). Dificuldades de relacionamento (5,26%) e falta de estrutura física e de pessoal (23,68%) também foram considerados. Porém, 4 (9,30%) dentistas consideram não haver dificuldades no trabalho em equipe. O interessante é que, confrontando-se esse resultado com as afirmações dos auxiliares, temos que o fator que mais dificulta o trabalho em equipe entre a ESB e a ESF é a falta de entrosamento por parte dos profissionais constituintes das equipes (39,47% das respostas). Todos os auxiliares consideram haver dificuldades no trabalho em equipe.

Pelo que podemos perceber, parece que existe certa resistência por parte da própria equipe de saúde bucal na execução do trabalho em equipe com a ESF. Resistência essa percebida com maior intensidade pelo olhar do ASB. Podemos atribuir esse fato as características inerentes à formação atual do cirurgião dentista, que atribui valorização extrema ao desenvolvimento de habilidades técnicas, em detrimento das habilidades necessárias ao trabalho em equipe e com a coletividade.

A abordagem da ESF para o trabalho do cirurgião dentista vai muito além do trabalho clínico, pois é uma lógica de pensar na saúde de forma integral e ampliada. No entanto, a formação acadêmica dos profissionais de saúde bucal não contempla ainda estas questões, ou contempla-as apenas de forma pontual e isolada, o que reflete na falta de preparo para o trabalho em equipe, para o olhar interdisciplinar e para a vivência do paradigma de promoção de saúde. Há a necessidade de motivar os profissionais para que reflitam e redirecionem suas práticas, tendo como medida inicial o investimento e estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações por eles desenvolvidas. A partir dos dados observados e tendo por base o trabalho de Cericato, Garbin e Fernandes (2007), pode-se afirmar que a

inserção da odontologia no PSF vem acontecendo como um direito, mas não de fato.

Outro aspecto que se deve levar em consideração é a interação da equipe com a comunidade adstrita. Pressupondo-se que as visitas domiciliares são realizadas constantemente pelos agentes comunitários de saúde, procurou-se identificar se essas visitas também são realizadas pelo dentista. Somente 17 (39,53%) dentistas afirmam realizar visitas domiciliares periódicas. A frequência das visitas está explicitada no Gráfico 11. Os auxiliares da saúde bucal foram questionados sobre a percepção da existência de vínculo entre o profissional e a comunidade assistida, no sentido de um sentimento de responsabilidade do profissional com a comunidade, e a este respeito apenas 8 (19,00%) auxiliares percebem a existência desse vínculo.

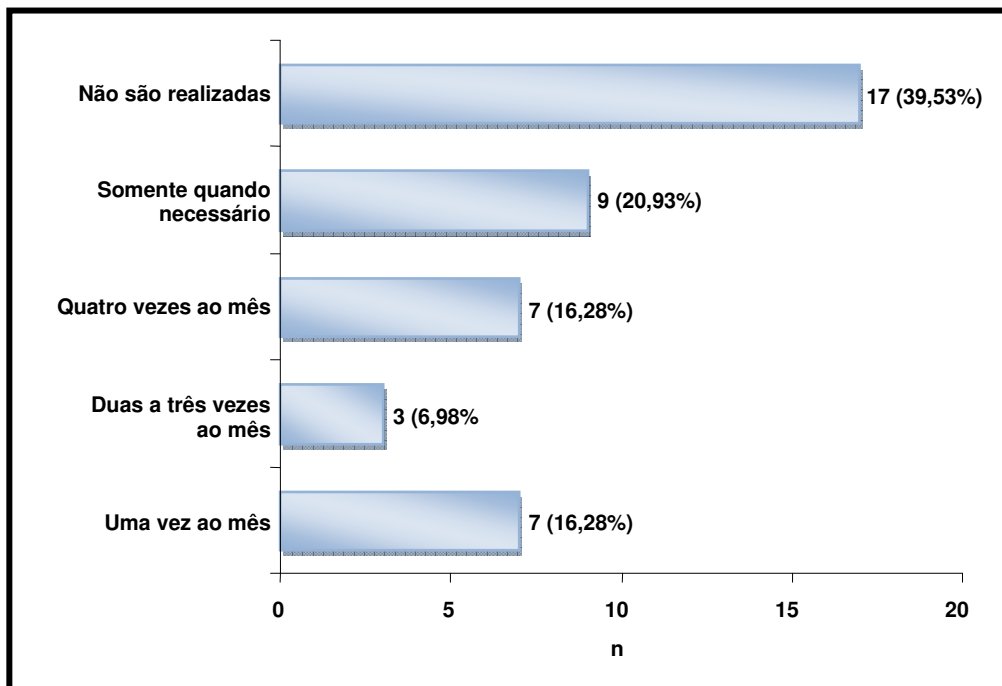


Gráfico 11. Frequência de realização de visitas domiciliares pelos CDs. Microrregião de Manhuaçu – 2009

Fonte: Dados da pesquisa

Há que se considerar também que visitas domiciliares não constituem (ou pelo menos não deveriam constituir) uma novidade da ESF. Não se pode afirmar, portanto, que o fato de o profissional (médico ou dentista) estar visitando famílias

implique necessariamente uma mudança de práticas clínico-centradas. Além disso, de nada adianta um profissional realizar essas visitas sem saber o que realmente ele dever fazer no ambiente domiciliar (FRANCO; MERHY, 2003).

Em relação à realização das visitas domiciliares acreditamos que estas devem estar sendo um desafio para os dentistas, pois sua realização pressupõe a utilização de tecnologias que não são as habitualmente utilizadas, uma vez que os dentistas de modo geral, até como decorrência da formação acadêmica, estão habituados a utilizar no seu dia a dia de tecnologias duras, visto que não há como desenvolver, por exemplo, um procedimento restaurador sem os equipamentos necessários. Assim acreditamos que este seria, então, um campo propício para a utilização de estratégias como estabelecimento de vínculo, responsabilização e, conseqüentemente, a produção do cuidado.

Do total de 57 dentistas e gestores entrevistados, no que se refere ao desenvolvimento de ações intersetoriais, 43 (75,44%) afirmam realizar ações intersetoriais que integrem a Saúde Bucal. Dentre elas as atividades mais citadas se referem às ações de educação e prevenção em saúde bucal desenvolvidas na comunidade ou nas escolas. As categorias citadas encontram-se na Tabela 6.

Tabela 6. Ações intersetoriais envolvendo a saúde bucal segundo os gestores e os dentistas. Microrregião de Manhuaçu - 2009

AÇÕES INTERSETORIAIS DESENVOLVIDAS	n	%
Parceria com a Secretaria de Educação para desenvolvimento de educação e prevenção em saúde bucal nas escolas.	12	30,0
Ações coletivas	12	30,0
Atividades preventivas na Unidade de Saúde da Família	6	15,0
Conferência em Saúde Bucal	1	2,50
Não desenvolve ações intersetoriais	9	22,50
Total	40	100,00

Fonte: Dados da pesquisa

Cabe aqui uma discussão a respeito do que se entende por ação intersetorial em saúde. Silva (1998) coloca que todo esforço de desenvolvimento da saúde, com um enfoque mais amplo exige a associação de todas as forças sociais e econômicas com o propósito do bem-estar coletivo. A intersetorialidade materializa-

se em atividades no nível local, porém sua articulação deve-se dar em todos os níveis de governo.

A este respeito ainda um estudo realizado em Curitiba (TEIXEIRA et al, 2007) explorou as ações intersetoriais desenvolvidas por equipes de saúde bucal da rede pública. Das 65 equipes pesquisadas, apenas 23% afirmaram realizar ações intersetórias, referindo-se, em sua maioria, a ações de educação em saúde bucal, palestras educativas, levantamentos epidemiológicos, escovação supervisionada, aplicação tópica com flúor e bochechos fluoretados, realizadas em outros espaços que não a Unidade de Saúde, prioritariamente em escolas, centros de educação infantil e outras instituições de ensino. Empresas, entidades comunitárias, igrejas e a Unidade de Saúde também foram apontadas como lócus para o desenvolvimento destas ações.

Práticas educativas e de prevenção de doenças bucais em escolas têm sido tradicionalmente desenvolvidas por equipes de saúde bucal. Entretanto, muitas destas iniciativas são informais e não envolvem um trabalho prévio de planejamento conjunto, caracterizando-se por ações isoladas com efeitos positivos temporários, mas pouco impactantes em melhoria das condições de saúde bucal da população.

As ações qualificadas no estudo como intersetoriais referiam-se a ações com evidências de vínculo de co-responsabilidade entre os setores envolvidos. Nesta perspectiva, foram citadas ações de incentivo a alimentação saudável, atividades visando à educação do cidadão para viver em sociedade e promover sua autonomia, prevenção ao uso e abuso de substâncias como álcool ou outras drogas, reciclagem de lixo, cuidados com o meio ambiente e escolas promotoras de saúde.

Parece haver uma falta de entendimento do real sentido da intersetorialidade em saúde por parte da maioria dos entrevistados. Ao se considerar o desenvolvimento de ações educativas e preventivas em Saúde Bucal nas escolas em parceria com a Secretaria de Educação deve-se questionar como essas ações estão sendo desenvolvidas.

Será que há uma integração saúde-educação no sentido de, por exemplo, desenvolver um processo de capacitação continuada com os professores, a fim de transformá-los em multiplicadores de saúde? Será que há uma discussão entre saúde-educação no sentido de planejar e integrar conteúdos relativos à saúde bucal no plano de aula das escolas a fim de serem trabalhados periodicamente pelos professores? Ou será que tais atividades “educativas e preventivas em saúde bucal”

estão sendo traduzidas em palestras aos alunos e professores, aliadas a eventuais aplicações tópicas de flúor? Nesse sentido, tais atividades não necessariamente teriam que ser desenvolvidas nas escolas, poderiam ser realizadas na própria Unidade de Saúde e, então, não seriam caracterizadas como ações intersetoriais, mas simplesmente estaria havendo uma transposição do local de trabalho do dentista. As escolas estariam sendo reduzidas apenas ao aproveitamento de sua estrutura física e dos alunos que estão contido nelas.

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

5.1.5 Estratégias de Programação

O cumprimento dos princípios do SUS, como a universalidade e equidade, requer das ESB o conhecimento de sua realidade local, da sua comunidade adstrita. Daí a necessidade de organizar as ações a partir de estratégias de programação que utilizem critérios para a priorização da população mais necessitada. Quando os serviços conseguem se apropriar dessa tecnologia, e priorizarem de maneira compartilhada com a comunidade suas prioridades, todos se beneficiam e põe-se em prática dois princípios do SUS, o da equidade e o controle social (SILVEIRA FILHO, 2002).

De acordo com 11 (78,57%) gestores, houve realização de algum tipo de diagnóstico epidemiológico em saúde bucal no município e, dentre os que

realizaram, os instrumentos utilizados pela grande maioria foram os dados contidos na ficha clínica do dentista.

Tão importante quanto à realização desses diagnósticos, é a utilização dos mesmos pelos profissionais e a continuidade na sua realização. Nesse sentido, foi interessante observar que dos 43 dentistas da nossa amostra, apenas 27 (62,79%) afirmaram utilizar os dados dos levantamentos epidemiológicos que possuíam. Mesmo assim, os instrumentos citados pelos dentistas, na sua maioria, não foram os mesmos considerados pelos gestores.

Portanto, podemos fazer algumas considerações diante do que acabamos de expor. Primeiro que não há uma utilização, na prática, dos levantamentos realizados por alguns municípios; segundo, que não se tem interpretado bem o significado de levantamento epidemiológico, considerando como tais, algumas técnicas como dados de fichas clínicas e levantamento de necessidades; e terceiro, que a periodicidade na realização desses diagnósticos epidemiológicos ainda não existe nos municípios que os realizam.

Há que se considerar também que o instrumental epidemiológico indica problemas relevantes na população, porém, além de não ser o único para orientar a priorização e a definição de ações coletivas, é insuficiente para identificar e para lidar com os problemas de saúde que ocorrem nas pessoas, pela sua própria identidade conceitual/epistemológica, que não inclui a singularidade da natureza humana do adoecer (CAMPOS, 1991 apud CAPOZZOLO, 2003).

Isto aponta para a alta complexidade da Atenção Básica: implementar um atendimento integral que responda às necessidades expressas de adoecimento, contemplando seus aspectos físicos, emocionais e sociais; atuar sobre riscos de adoecimento, desenvolvendo ações preventivas; integrar a assistência com a promoção da saúde - são processos bastante complexos, que envolvem dificuldades na definição das necessidades de saúde, nas ações pertinentes ao atendimento dessas necessidades e na articulação e integração efetiva de ações individuais e coletivas (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996 apud CAPOZZOLO, 2003).

De acordo com os gestores participantes, as principais ações introduzidas após a incorporação da saúde bucal na ESF foram as ações de caráter preventivo e educativo. Todas as ações consideradas estão descritas na Tabela 7.

Tabela 7. Frequência absoluta das respostas referentes às ações introduzidas após a incorporação da saúde bucal na ESF segundo os gestores. Microrregião de Manhuaçu - 2009

AÇÕES INTRODUZIDAS	N	(%)
Atividades educativas e preventivas	10	40,0
Visitas domiciliares	1	4,0
Atividades curativas (restaurações)	6	24,0
Atendimento aos escolares	4	16,0
Atendimento às gestantes e idosos	1	4,0
Atendimento grupos prioritários	1	4,0
Não sabe	2	8,0
Total	25	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

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

A realização de palestras foi a atividade coletiva mais considerada (74,40%) seguida da escovação supervisionada (16,30%) e da evidenciação de placa bacteriana (7,10%) e os espaços mais considerados para o desenvolvimento dessas ações foram as escolas, com 100% das respostas, seguido das creches e das associações, com 62,80% e 27,90% de respostas respectivamente. Quanto à população que não se encontra nesses espaços institucionalizados grande parte não é coberta por ações coletivas.

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

Chaves e Vieira da Silva (2002) realizaram uma revisão sistemática de vários estudos experimentais que tinham como objetivo avaliar a efetividade de

medidas preventivas no controle da cárie dental. As práticas preventivas mais avaliadas foram os dentifrícios, os bochechos com flúor e os selantes oclusais. Chegaram à conclusão de que a educação em saúde bucal, como ferramenta básica para qualquer ação preventiva específica, está sendo pouco considerada nos estudos de intervenção isolados. Além disso, constataram uma grande heterogeneidade nos resultados encontrados, o que, pode ter sido consequência, dentre outros fatores, de onde, de como e de quem implementa as medidas preventivas, ou seja, estão diretamente ligados ao contexto histórico, cultural, social e organizacional de onde as medidas são implementadas.

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

Não há protocolo de atendimento para as ações de Saúde Bucal em 80% dos municípios. Dos 20% que afirmam ter desenvolvido um protocolo de atendimento para a Equipe de Saúde Bucal, apenas dois disponibilizaram tal documento para possível análise documental.

A avaliação das ações em Saúde Bucal é realizada por 10 (76,92%) gestores, sendo que, destes, seis afirmam realizá-la sempre e quatro afirmam que realizam avaliações esporadicamente. Dentre os que realizam avaliação, a grande maioria relata utilizar a folha de produção mensal como instrumento para essa avaliação. Esse fato demonstra a fragilidade de como ações realizadas pela ESB estão sendo avaliadas, ficando completamente a margem dessa avaliação quesitos importantes tratados pela Estratégia Saúde da família.

Com relação aos dentistas, 17 (39,53%) responderam realizar sempre a avaliação das ações e 17 (39,53%) responderam avaliar as ações esporadicamente. 8 (18,60%) dentistas responderam nunca ter realizado avaliação e 1 (2,33%) profissional não respondeu essa questão. Dentre os que realizam avaliação, a grande maioria também utiliza a folha de produção mensal como instrumento de avaliação.

Com relação aos dados apresentados, podemos fazer algumas considerações. Inicialmente fica claro que as fontes utilizadas para avaliação, tanto pelos gestores, como pelos dentistas, parecem frágeis e precárias. Utilizar a folha de

produção mensal como instrumento ou mesmo as informações contidas no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), não significa dizer que está havendo uma avaliação mais criteriosa por parte dos municípios que o utilizam, até pelas limitações postas pelos Sistemas de Informação, como os poucos indicadores específicos para a saúde bucal e a informação muitas vezes registradas de forma incorreta pelos municípios. Além disso, não há indicadores disponíveis para a saúde bucal no SIAB, com exceção dos procedimentos coletivos.

Conill (2002) chegou à conclusão em seu estudo que a gerência, o controle e o acompanhamento da ESF parecem ser ainda precários, apesar da implantação do SIAB ser vista por alguns com otimismo. Para outros, porém, a estratégia expansionista apesar de positiva por difundir os princípios da integralidade, quando não associada a um acompanhamento, traz alguns perigos para o desempenho da estratégia.

Adiante, nos deteremos mais nessa questão da avaliação dos serviços de saúde utilizando como ferramenta o Pacto da Atenção Básica, visto que as informações contidas nessas bases foram fontes de dados para o nosso estudo.

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

A participação com autodeterminação e co-responsabilidade da coletividade na identificação, prevenção e solução dos problemas bucais introduz a diferença fundamental com qualquer outra intervenção, desde que esta seja gerada na própria coletividade numa ação dialógica e de intercâmbio de saberes, com protagonistas ativos no esforço comum de gerar e manter a saúde de um determinado espaço social-território (CORDÓN, 1997).

5.2 Os Sistemas de Informação em Saúde e sua aplicação na saúde bucal: realidade da micro Manhuaçu

As mudanças operadas na política de saúde no país na última década, como os avanços na municipalização, o estabelecimento de novas regras para o financiamento das ações e serviços e a formulação de mudanças no modelo de atenção, principalmente após a implantação da Estratégia Saúde da Família, evidenciou a necessidade de serem estabelecidos processos sistemáticos de avaliação no Brasil. Além disso, ao incorporar a avaliação como rotina, há o desenvolvimento de uma nova cultura institucional, capaz de reconfigurar as relações de trabalho em consonância com as propostas atuais de modernização administrativa, estimulando a co-responsabilidade entre profissionais e gestores do SUS (MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000).

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

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

produção e composição das equipes de saúde (BRASIL, 2008a; MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000).

O SIA é um sistema de informações que trabalha com dados de serviços ambulatoriais, ou seja, aquelas atividades que não são caracterizadas como internação hospitalar. Oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA). Oferece também informações para o gerenciamento de capacidade instalada e produzida, bem como dos recursos financeiros orçados e repassados aos prestadores de serviços. O SIA possui informações que extrapolam a esfera financeira constituindo-se em importante instrumento para o planejamento, o controle e a avaliação dos serviços de saúde (BRASIL, 2008b).

O Pacto da Atenção Básica, iniciado em 1999 e modificado em 2006, constitui-se em um instrumento formal de negociação entre gestores das três instâncias de governo (municipal, estadual e federal) tomando como objeto de negociação as metas a serem alcançadas em relação aos indicadores de saúde previamente acordados. Desde a sua implantação, o processo de pactuação tem sido aperfeiçoado, tanto com relação à sua forma de condução, quanto aos indicadores selecionados para avaliação (BRASIL, 2008c).

Especificamente para a saúde bucal existem no Pacto quatro indicadores, os quais são, (24) cobertura de primeira consulta odontológica programada, (25) cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, (26) média de procedimentos odontológicos básicos individuais, e (27) proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais². Consultamos, para todos os municípios da nossa amostra, esses quatro indicadores em dois períodos (2006 e 2007), a fim de observar alguma tendência, como por exemplo, um aumento das ações coletivas ou não, do número de primeiras consultas de forma programada ou não. Todas as consultas encontram-se nos Anexos B, C e D.

A opção pelos indicadores do Pacto, como fonte de análise para nosso estudo, parte da necessidade de aprofundamentos na discussão a respeito da

² A forma de cálculo desses indicadores se encontra no Anexo E.

importância que eles devem ter para o sistema, desde o registro diário da produção até o momento em que ele é utilizado como ferramenta para avaliação. Além disso, seria interessante correlacionar estes indicadores com os resultados dos questionários.

Essa correlação se tornaria possível pelo fato destes indicadores apontarem, com certa limitação, para algumas dimensões no modelo de atenção por nós analisadas. O indicador de primeira consulta odontológica programada, por exemplo, reflete o acesso da população aos procedimentos odontológicos individuais; as ações coletivas apontam para a abordagem coletiva do modelo, ou seja, quanto maior este indicador maior o número de ações coletivas desenvolvidas, a média de procedimentos básicos odontológicos individuais reflete se a prática clínica está incorporando os procedimentos odontológicos da atenção básica na atenção em saúde bucal.

E a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais, revela, por sua vez, a característica do modelo do ponto de vista da integralidade das ações individuais, ou seja, quanto menor este indicador, melhor para o município, que está ofertando outras ações na Atenção Básica, que não somente procedimentos especializados.

Os resultados encontrados mostram que não há uma tendência de aumento ou diminuição destes indicadores ao longo dos períodos estudados principalmente quando se refere ao indicador de primeira consulta odontológica programática. Este, provavelmente, é um dos indicadores onde o dado é registrado na ponta do serviço de forma incorreta, pois o que acontece é que o profissional registra a 1ª consulta várias vezes durante o tratamento de um paciente, o que gera dúvidas na veracidade da informação, não se traduzindo em um real indicador de acesso. A média do estado para este indicador em 2006 era de 13 primeiras consultas programadas em 2007 era de 11,6. A grande maioria dos municípios participantes do estudo encontra-se abaixo da média de Minas Gerais nos referidos anos (BRASIL, 2008d).

Com relação às ações coletivas, também percebe-se uma grande variação dos dados. A média de Minas Gerais foi de 6,2 em 2006 e 6,3 em 2007 (BRASIL, 2008d). Percebe-se que a maioria dos municípios da amostra, em 2006 e 2007, está acima da média do estado, e apesar deste indicador apresentar-se de uma maneira geral muito baixo, ao compararmos às médias de outros estados e regiões, ele se

comporta de maneira similar. Há que se considerar também, a dificuldade que os serviços têm de entender o que são procedimentos coletivos, e mais ainda, de como informá-los ao sistema.

O indicador da média de procedimentos odontológicos básicos individuais também apresentou-se de maneira muito variável. Apesar de teoricamente ser o indicador, dentre os que já citamos, menos susceptível ao viés da informação. A média do estado não oscilou muito entre os dois anos, passando de 0,7 em 2006 para 0,72 em 2007 (BRASIL, 2008d). Percebe-se através desse indicador, que o número de procedimentos odontológicos básicos individuais executados ainda é muito baixo se comparado estimativamente com a população de cada município durante o período referido. No ano de 2006, todas as cidades do estudo apresentaram esse indicador abaixo da média do estado, e, no ano de 2007, somente três municípios mantiveram-se acima dessa média.

O outro indicador utilizado foi à proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais. Como esse indicador pode ser o considerado o que mais se difere daqueles que eram utilizados pelo pacto antes da sua modificação em 2006, constatamos que somente 10 municípios possuem os dados relativos a essa proporção em 2006 e apenas cinco em 2007. Infelizmente, além também da grande variabilidade entre os números encontrados, a baixa alimentação do sistema nos impossibilita de fazer análises conclusivas com esse indicador.

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

Diante do exposto, decidimos não utilizar os indicadores do Pacto da Atenção Básica, como nos propusemos inicialmente. Achamos importante, entretanto, expor nossa preocupação com relação às informações que estão sendo disponibilizadas pelas bases de dados citadas anteriormente. A nossa intenção é de promover um estímulo ao debate entre os atores sociais – gestores, profissionais,

Ministério da Saúde - no sentido de superar as deficiências e tornar mais confiável os dados dos Sistemas de Informação de Saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

A despeito de tantas discussões, o fato é que a ESF se expandiu por todo o país, até mesmo nos municípios de maior porte, onde houve, no início, dificuldade de implantação. Além disso, as discussões em torno da incorporação de outros profissionais na equipe se intensificaram nos últimos anos.

A saúde bucal, incorporada oficialmente na ESF somente em 2000, também apresenta todos os conflitos citados acima, porém, com algumas particularidades. Da mesma forma que a Estratégia, passa por um momento de grande expansão em todo o país, principalmente após o estabelecimento de incentivos financeiros para a sua incorporação. A própria Política Nacional de Saúde Bucal, lançada em 2004, promoveu um grande estímulo à reorganização do modelo de atenção à saúde bucal através da ESF. Este contexto é que nos estimulou a realizar este estudo com o objetivo de discutir o processo de implantação da saúde bucal na estratégia saúde da família de cidades pertencentes à microrregião de Manhuaçu.

Entretanto, é importante ressaltar que pelo fato de termos optado por um estudo mais abrangente e horizontal, não tivemos como objetivo realizar uma verticalização em relação ao objeto estudado. Assim sendo, descrevemos o processo de inclusão da atenção à saúde bucal na ESF dessas cidades e verificamos a adequação do modelo de saúde bucal implantado com o modelo preconizado pela ESF, fazendo uma triangulação entre as informações dos instrumentos de coleta e os estudos de outros autores, o que permitiu a identificação de vários fatores que estão dificultando a implementação da saúde bucal de acordo com os princípios do SUS e da ESF.

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

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

A maioria dos dentistas e auxiliares em nosso trabalho apresentou relações de trabalho com o serviço precárias e informais, traduzindo-se em instabilidade, o que não contribui, associado a outros fatores, como, salário e residência fixa, a um estabelecimento de vínculo do profissional com a comunidade. A forma de

contratação foi realizada, na maioria dos casos, através de indicações, o que favorece as práticas clientelistas. Constatamos também que essa expansão, não tem sido acompanhada de uma articulação aos níveis de média e alta complexidade e na maioria dos municípios não há estratégias de territorialização bem definidas.

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

A intersetorialidade considerada pelos gestores, dentistas e auxiliares resume-se, na maioria das vezes, ao desenvolvimento de ações educativas e preventivas em escolas, o que consideramos como resquícios do modelo anterior, onde a escola era o locus das ações e os escolares o grupo alvo delas.

As estratégias de programação ainda não se apoderaram de instrumentos de diagnóstico epidemiológico, nem da avaliação do serviço como rotina. Há falhas no registro dos dados nos Sistemas de Informação e, na maioria dos municípios, ausência de documentos como relatórios das ações desenvolvidas.

Diante do exposto, podemos constatar que os municípios pertencentes a microrregião de Manhuaçu ainda têm muitos desafios a enfrentar e muitas barreiras a romper para que se possa considerar o modelo de atenção à saúde bucal implementado na região, após o advento da Estratégia Saúde da Família, condizente com as premissas e orientações preconizadas pela ESF.

Não adianta simplesmente implantar a saúde bucal na ESF para alcançarmos avanços no modelo de atenção. É preciso mais do que uma política de financiamento para que a saúde bucal na ESF dê certo. É preciso a articulação de todos os setores administrativos do município a fim de implementar políticas públicas universais, equânimes e integrais em todos os serviços, não somente na saúde. É preciso ainda uma formação dos profissionais para que eles consigam efetivar os princípios do SUS nas suas práticas cotidianas. E, por fim, é preciso que a própria população, habituada a consumir procedimentos nos serviços de saúde, esteja amparada por políticas públicas saudáveis, para valorizar a promoção da saúde. A Estratégia possui uma filosofia à frente da nossa realidade. A mudança na prática só

irá ocorrer mediante os esforços de todos os atores envolvidos e a certeza q fica é de que ainda existe um caminho muito longo a ser trilhado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n.1/2, p.5-19, 1997.

ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.123-130, jan./mar. 2006.

ARAÚJO, Y.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.219-227, jan./mar. 2006

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.8, n.14, p.73-92, set./fev. 2004.

BALDANI M. H. et al. A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p1026-1035, jul./ago. 2005.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990a. p.18055.

BRASIL. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990b. p.25694.

BRASIL. Portaria n. 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29/12/2000a. Seção 1, p.85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**: caderno 1. Brasília/DF: Ministério da saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 267 de 06 de março de 2001. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07/03/2001a. Seção 1, p.67.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **A Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 673 de 3 de junho de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04/06/2003. Seção 1, p.44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de Controle de Riscos em Serviços Odontológicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal**. n.17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Desafio de construir, a partir das Equipes de saúde bucal na Saúde da Família, um sistema hierarquizado para assistência a saúde bucal no SUS. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v.7, n.12, p.9-13, out./dez. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB – Sistema de informação da Atenção Básica: Apresentação**. 2008a. Disponível em:
<<http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=0>>. Acesso em: 13 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de informação. **Manual do Sistema de Informação Ambulatorial/ SIA/Atualização**. 2008b.
Volume II

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação.

Processos/Estratégias de Monitoramento e Avaliação: Pacto de Indicadores da Atenção Básica - PACTO-AB. 2008c. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/caa/monitoramento.php>>. Acesso em: 13 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde. **Cadernos do Pacto de Atenção Básica 2006 – Minas Gerais.** 2008d. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/pacto2006/mg.htm>>. Acesso em: 13 dez. 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.**

12.ed. Belo Horizonte : Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal investe R\$ 53,1 milhões na ampliação de ações:** MS anuncia medidas como a criação de consultórios móveis, reajuste de 100% no recurso para próteses dentárias e habilitação de 96 novos Centros de Especialidades. 2009b. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=10622>. Acesso em: 13 dez. 2009.

BONET, O.; TAVARES, F. O usuário como mediador. Em busca de uma perspectiva “ecológica” sobre os condicionantes sociais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidar do Cuidado:** responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008. p.191-209.

CALADO, G. S. **A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família:** principais avanços e desafios. 2002. 122f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão:** o trabalho médico e o programa saúde da família. 2003. 299f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)– Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CARVALHO, C. L; GIRARDI, S. B. **Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa Saúde da Família no Brasil:** relatório de pesquisa. Belo Horizonte: Ministério da Saúde, 2002.

CERÁVOLO, M. C. S. **Perfil do Cirurgião Dentista no Programa Paidéia Saúde da Família, na cidade de Campinas/SP.** 2006. 120f. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva)– Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2006.

CERICATO, G. O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A. P. S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO UPF**, Passo Fundo, v.12, n.3, p.18-23, set./dez. 2007.

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA DA SILVA, L. M. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.129-139, jan./fev. 2002.

———. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1697-1710, nov./dez. 2007.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.18, p. 191-202, 2002. Suplemento 1.

CORDÓN, J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.557-563, jul./set. 1997.

CORRÊA, A. P. **Análise comparativa dos efeitos de um programa incremental sobre a saúde oral de seus beneficiados**. 1985. 53 folhas. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1985.

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. (orgs.). **A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 59 p. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11.

DINIZ, E. Governabilidade, democracia e reforma do Estado: os desafios da construção de uma nova ordem no Brasil dos anos 90. In: DINIZ, E.; AZEVEDO, S. **Reforma do Estado e democracia no Brasil**. Brasília: UnB/ENAP, 1997. p.19-54.

ESCOREL, S. **Reviravolta da saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1998.

FACÓ, E. F. et al. O Cirurgião Dentista e o Programa Saúde da Família na Microrregião II, Ceará, Brasil. **Revista brasileira em promoção da saúde**, Fortaleza, v.18, n.2, p.70-77, 2005.

FARIAS, M. A. V.; MOURA, E. R. F. Saúde Bucal no Contexto do Programa Saúde da Família do Município de Iracema, no Ceará. **Revista de odontologia da UNESP**, Marília, v.32, n.2, p.131-137, jul./dez. 2003.

FRANCO, T.; MERHY, E. PSF: Contradições e novos desafios. In: **Conferência Nacional de Saúde On-Line**. 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em: 28 abr. 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.1-13, set./dez. 2003.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2006. p.44.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000**. Indicadores sociais municipais. 2001. Disponível em: <www.ibge.gov.br/munic2001/tabelas.php?codmun=313940&descricao=Manhuaçu>. Acesso em: 20 out. 2008.

LANDMANN, J. **Medicina não é saúde**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.269-291, 2001.

LOURENÇO, E. C. **A inserção das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais**. 2005. 90 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva)– Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2005.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulgação em saúde para debate**, Londrina, n.21, p.15-28, dez. 2000.

MELLO, C. G. **Saúde e assistência médica no Brasil**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1977.

MELLO, C. G. **O sistema de saúde em crise**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas.** Belo Horizonte / Brasília: PUC/MG / Finep, 1985.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Observatório de Saúde de Minas Gerais:** Microrregião Manhuaçu. [200-]. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude/observatorio-de-saude/municipios/MANHUACU.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em Saúde Bucal.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Projeto Saúde em Casa. **Proposta de Implantação do Plano Diretor de Atenção Básica à Saúde.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização:** Saúde em Casa. 2007b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr>. Acesso em: 10 de out. 2009>. Acesso em: 10 de ago 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde:** Redes de Atenção à Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte: ESPMG, 2008a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Anexos I e II da deliberação CIB-SUS/MG n. 482 de 15 de outubro de 2008.** 2008b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2008/Anexos%20I%20e%20II%20da%20Del%20482%20Saude%20na%20Praca.pdf>. Acesso em: 10 de jul. 2008.

MOURADIAN, W. E. et al., Links Beyond access: the role of family and community in children's oral health. **Journal of Dental Education**, Washington, v.71, n.5, p.619-631, 2007.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. Saúde bucal da família: quando o corpo ganha uma boca. In: SILVEIRA FILHO, A. D.; DUCCI, L.; SIMÃO, M. G.; GEVAERD S. P. (orgs.). **Os dizeres da boca em Curitiba:** boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2002. p.133-61.

MOYSÉS, S. J. et al. Intra-urban differentials in child dental trauma in relation to healthy cities policies in Curitiba, Brazil. **Health & place**, Oxford, v.12, n.1, p.48-64, Mar. 2006.

MOYSÉS, S. T. et al. Associations between health promoting school's policies and indicators of oral health in Brazil. **Health promotion international**, Washington, v.18, n.3, p.209-218, Sep. 2003.

MOYSÉS, S. T.; KUSMA, S. Promoção de Saúde e intersectorialidade na abordagem familiar. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (orgs.). **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.247-257.

NARVAI, P. C. **Saúde bucal: assistência ou atenção?** São Paulo: Rede CEDROS, 1992.

———. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec; 1994.

———. Saúde: governo transgênero? **Revista Adusp**, São Paulo, v.29, p.28-33, maio 2003.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Políticas de Saúde Bucal no Brasil. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (orgs.). **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.1-20.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.241-246, fev. 2008.

OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, p.297-302, set./dez. 2005. Suplemento 0.

PADILHA, W.W.N. et al. Planejamento e Programação Odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: Estudo Qualitativo. **Pesquisa brasileira de odontopediatria e clínica integrada**, João Pessoa, v.5, n.1, p.65-74, jan./abr. 2005.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância à Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-583.

PATUSSI, M. P. et al. A influência do capital social no contexto da Estratégia Saúde da Família. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (orgs.). **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.207-215.

PEREIRA, D. Q. PEREIRA, J. C. M.; ASSIS, M. M.A. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de

municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.599-609, 2003.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4.ed. São Paulo: Santos, 2000.

PIRES FILHO, F. M. O que é Saúde Pública? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.62-70, jan./fev. 1987.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. [On-Line]. 2008. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>> Acesso em: 14 nov. 2008.

POSSAS, C. A. **Saúde e trabalho: a crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.1027-1034, nov./dez. 2005.

RONCALLI, A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva**. 2000. 238f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social)– Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, 2000.

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. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.11, n.1, p.53-61, jan./mar. 2006.

SILVA, J. R. A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVEIRA FILHO, A. D. **A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática**. Secretaria de Políticas de Saúde. [On line]. 2002. Disponível em: <http://www.fop.unicamp.br/saudecoletiva/files/A_SB_no_PSF.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2008.

SILVEIRA FILHO, A. D. Processo de trabalho das equipes multiprofissionais sob a lógica da Estratégia Saúde da família. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.65-80.

SOUZA, D. S. et al. A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. **Revista brasileira de odontologia**, Rio de Janeiro, v.2, p.7-29, 2001.

SOUZA, T. M. S. **A incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte**: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial. 2005. 122f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social)– Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.2727-2739, nov. 2007.

STARFIELD, B. Basic concepts in population health and health care. **Journal of epidemiology and Community Health**, London, v.55, n.7, p.452-454, July 2001.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em debate**, Londrina, v.27, n.2, p.57-77, set./dez. 2003.

TEIXEIRA, F. F. et al. **Intersectorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba-PR**. 2007. 32f. Monografia (Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva)– Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2007.

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION (IUHPE); CANADIAN CONSORTIUM FOR HEALTH PROMOTION. **Shaping the future of health promotion: priorities for action**. 2007. p.3-6. Disponível em: <http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Scientific_Affairs/SFHP_ENG.pdf>. Acesso: 13 out. 2009.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.11-48, jul./dez. 1998.

VILARINHO, S. M. M.; MENDES, R. F.; PRADO JUNIOR, R. R. Perfil dos Cirurgiões Dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). **Revista odonto ciência**, Porto Alegre, v.22, n.55, p.48-54, jan./mar. 2007.

WATT, R. G. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. **Community dentistry and oral epidemiology**, Copenhagen, v.35, n.1, p.1-11, Feb. 2007.

WIKIPEDIA, a enciclopédia livre. **Manhuaçu**. [S.d.]. Disponível em <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Manhuaçu>>. Acesso em: 13 out. 2008.

ZANETTI, C. H. G. **Opinião:** a inclusão da saúde bucal no PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS. 2001. Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>> Acesso em: 12 set. 2008.

ZANETTI, C. H. G. **Atenção básica em saúde bucal:** avaliando um ano de qualificação para incentivo federal. 2002. Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/>>. Acesso em: 11 set. 2009.

ZANETTI, C. H. G. et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, v.13, p.18-35, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A – MODELO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO



Universidade Federal de Juiz de Fora

Ilmo(a). Sr(a) Secretário(a) Municipal de Saúde de _____

Eu, aluna do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, ministrado pelo Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG, venho por meio deste, requerer a V.S^a permissão para a aplicação de um questionário junto ao(s) Coordenador Municipal de Saúde Bucal, Odontólogo(s) e Auxiliar(es) de Saúde Bucal inserido(s) na(s) Equipe(s) de ESF de seu município.

Este instrumento subsidiará elementos para a conclusão da dissertação de mestrado intitulada: “A INCORPORAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DE CIDADES PERTENCENTES À MICRORREGIÃO DE MANHUAÇU - MG”, projeto de pesquisa apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa, da UFJF.

Desde já, agradeço a atenção de V.S^a a esta solicitação, nos propondo a socializar os resultados com esta instituição, disponibilizá-los para auxiliar na elaboração e implementação do Plano de Regionalização da Atenção Primária e a contribuir para desenvolver estratégias de melhorias do serviço.

Atenciosamente,

Autorizo: Secretário Municipal de Saúde

Juiz de Fora, 15 de maio de 2009.

Grazielle Christine Maciel Mattos
Aluna pós-graduação UFJF

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS CIRURGIÕES-DENTISTAS

Questionário a ser aplicado ao Cirurgião-Dentista



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA – MESTRADO ACADÊMICO

QUESTIONÁRIO – CIRURGIÃO-DENTISTA

Município: _____ UF: _____

Data: ____ / ____ / ____

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

1.1 Formação profissional:

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

() Especialização

() Mestrado

() Outros _____

() Não possui Pós-graduação na área

b) Tempo de formado (em anos): _____

1.2 Relação dos Cirurgiões-Dentistas com o serviço:

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

() SIM () NÃO

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

b) Vínculo empregatício na ESB:

() Estatutário

() Contrato Informal

() Contrato Temporário

() CLT

() Prestação de Serviços

() Cargo Comissionado

() Outros: _____

c) Modalidades de incorporação na ESB:

Prof. Dr. Jeda Maria A. Vares Das
Coordenadora do CEP/UFJF

Concurso Indicação Remanejamento do serviço Remanejamento do serviço através de seleção Outros: _____

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

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

1.3 Participação em capacitações e instituições:

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

Conselho Municipal de Saúde

Sindicato dos Trabalhadores

Associação

Não participa

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

SIM NÃO

Caso afirmativo, qual o tipo de capacitação?

Treinamento Introdutório

Treinamento Introdutório Específico para Saúde Bucal

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

Outros _____

1.4 Salário

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

2. Acesso da população ao serviço de saúde bucal

a) A ESB possui área de abrangência definida?

SIM NÃO

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

SIM NÃO

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

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

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

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

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

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

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

Através do agendamento com ACS ou o ACD

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

Prof.ª Dr.ª Ieda Regina A. Vargas Dias
Coordenadora do CEP/UFJF

- Através do acolhimento oferecido pela Unidade
 Outros _____

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

- f) O atendimento às urgências é realizado pela ESB na Unidade de Saúde da Família?
 Sempre Esporadicamente Nunca
 Caso negativo, para onde o paciente é encaminhado?

- g) Durante a espera o paciente participa de ações preventivas e/ou educativas em saúde bucal?
 Sempre Esporadicamente Nunca

- h) Na sua opinião, o PSF modificou o acesso aos serviços de saúde bucal?
 SIM NÃO
 Porque? _____

3. Organização do Trabalho

- a) Motivação para a sua inserção na ESB (hierarquizar):
 Possibilidade de mudanças na prática assistencial
 Maior salário
 Mais prestígio junto aos outros profissionais de saúde
 Falta de emprego
 Outros _____
- b) Dificuldades para realizar/desenvolver as atribuições da ESB (hierarquizar):
 Falta de material odontológico de consumo
 Falta de instrumental ou equipamentos odontológicos
 Falta de manutenção dos equipamentos no consultório
 Baixos salários
 Falta de entrosamento com a Equipe de Saúde da Família (ESF)
 Outros _____
- c) A ESB participa de reuniões de avaliação/planejamento das ações com a ESF?
 Sempre Esporadicamente Nunca Não há reuniões de planejamento/avaliação das ações

Prof.^a Dr.^a Ieda Maria A. Vargas Dias
 Coordenadora do CEP/UFJF

- d) A ESB desenvolve ações em conjunto com a ESF?
 Sempre Esporadicamente Nunca

Caso afirmativo, que ações são desenvolvidas?

- e) A ESB desenvolve ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal?
 Sempre Esporadicamente Nunca
 Caso afirmativo, que ações são desenvolvidas?

- f) Capacita a ESB (Atendente de Consultório Dentário – ACD - e/ou Agente Comunitário de Saúde - ACS) para a realização de ações de promoção e prevenção em saúde bucal?
 Sempre Esporadicamente Nunca
 Caso afirmativo, para quais ações o ACD e/ou o ACS são capacitados?

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

- h) Com que frequência às visitas domiciliares são realizadas pelo Cirurgião-Dentista?
 Menos de 1 vez por mês 1 vez por mês 2 a 3 vezes por mês 4 vezes
 ao mês Somente quando necessário Não são realizadas visitas domiciliares

- i) No momento da prática clínica:

- Há higiene bucal supervisionada e uso de métodos preventivos antes ou após os procedimentos
 Há orientação profissional sobre métodos preventivos no momento da consulta
 Há prática restauradora tradicional, sem observar aspectos relacionados ao risco e a orientação ao paciente

Prof.^a Dr.^a Leda Maria A. Vargas Dias
 Coordenadora do CEP/UFJF

j) Na relação profissional/paciente:

- Há um respeito às necessidades do paciente, sendo que todos que buscam o serviço de saúde bucal recebem algum tipo de atendimento
 Observa-se um vínculo entre o profissional e a comunidade assistida, no sentido de um sentimento de maior responsabilidade sobre a mesma

4. Estratégias de Programação

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

Caso afirmativo, que tipo de dados epidemiológicos você utiliza?

b) Que ações individuais o CD desenvolve no consultório? (hierarquizar)
 Exodontia Restaurações simples Procedimentos básicos de periodontia
 Orientação de Higiene Oral Orientação da Dieta Evidenciação de Placa Bacteriana Aplicação tópica de flúor Outros _____

c) Que ações coletivas a ESB desenvolve? (hierarquizar)
 Palestras sobre saúde bucal Aplicação tópica de flúor
 Evidenciação de placa bacteriana Escovação supervisionada Trabalhos lúdicos com as crianças
 Outros _____

d) Em que local elas são realizadas?
 Escolas Creches Associações Conselhos comunitários

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

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

Sempre Esporadicamente Nunca

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

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

Prof. Dr. João Maria A. Vargas Dias
 Coordenador do CEPÁUFJF

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS GESTORES

Questionário a ser aplicado ao gestor



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA – MESTRADO ACADÊMICO

QUESTIONÁRIO – COORDENADOR DE SAÚDE BUCAL; GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE

Município: _____

UF: _____

Data: ____ / ____ / ____

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

- a) Formação Profissional: _____
- b) Tempo que trabalha no serviço como coordenador/gestor: _____
- c) Tempo de implantação do Programa de Saúde na Família (PSF) no município (em anos): _____
- d) Tempo de funcionamento da 1ª Equipe de Saúde Bucal (ESB) implantada no PSF no município (em anos): _____
- e) Motivos para a implantação da saúde bucal no PSF: (hierarquizar)
- () Incentivo financeiro do Ministério da Saúde para a ESB
 - () Possibilidade de mudar o modelo assistencial em saúde bucal no município atendendo aos princípios do SUS
 - () Possibilidade de criação de novos empregos para o Cirurgião-Dentista
 - () Ampliação da oferta de recursos humanos capacitados para a população
 - () Outros _____
- f) Para a realização das ações de saúde bucal o incentivo financeiro do Ministério da Saúde pode ser considerado como:

Prof.ª Dr.ª Ieda Maria A. Vargas Dias
Coordenadora do CEP/UFJF

Muito necessário Necessário Sem necessidade

Porque? _____

g) As instalações da ESB:

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

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

Outros _____

2. Acesso da população aos serviços de saúde bucal:

a) Quantidade de Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas no município até 2008: _____

b) Quantidade de ESB implantadas no município até 2008: _____

c) Cobertura populacional das ESF em 2008: _____

d) Cobertura populacional das ESB em 2008: _____

e) As instalações da ESB ficam próximas às residências da sua área de abrangência?
 SIM NÃO Não sabe Algumas residências ficam muito distantes

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

Através do agendamento com ACS ou o ACD

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

Através do acolhimento oferecido pela Unidade

Outros _____

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

No próprio município

Em outro município pactuado através da PPI

Não existe o referenciamento no município

Não sabe

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

Funciona adequadamente

Funciona precariamente

Não funciona

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

Prof.ª Dr.ª Ieda Maria A. Vargas Dias
 Coordenadora do CEP/UF

b) Já realizou algum levantamento epidemiológico em saúde bucal?
() SIM () NÃO

Caso afirmativo, que tipo de levantamento foi realizado?

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

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

() SIM Quais? _____

() NÃO

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

() Sempre () Esporadicamente () Nunca

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

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

() SIM () NÃO

Porque _____

Prof.^a Dr.^a Yeda Maria A. Vargas Dias
Coordenadora do CEP/UFJF

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS AUXILIARES DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO

Questionário a ser aplicado ao Auxiliar de Consultório Dentário



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA – MESTRADO ACADÊMICO

QUESTIONÁRIO – AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL

Município: _____ UF: _____

Data: ___ / ___ / ___

1 Identificação e caracterização da Equipe de Saúde Bucal (ESB) relativa ao Auxiliar de Saúde Bucal (ASB):

1.1 Formação profissional:

a) Possui curso para auxiliar de consultório dentário:

- Sim
 Não

b) Possui registro fornecido por entidade competente:

- Sim
 Não

c) Se sim, tempo de registrado (em anos): _____

1.2 Relação dos Auxiliares de Consultório Dentário com o serviço:

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

- SIM NÃO

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

b) Vínculo empregatício na ESB:

- Estatutário Contrato Informal Contrato Temporário
 CLT Prestação de Serviços Cargo Comissionado
 Outros: _____

Prof.ª Dr.ª Ieda Maria A. Vargas Dias
Coordenadora do CEPÁJ.F.F.

c) Modalidades de incorporação na ESB:

Concurso Indicação Remanejamento do serviço Remanejamento do serviço através de seleção Outros: _____

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

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

1.3 Participação em capacitações e instituições:

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

- Conselho Municipal de Saúde
 Sindicato dos Trabalhadores
 Associação
 Não participa

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

SIM NÃO

Caso afirmativo, qual o tipo de capacitação?

- Treinamento Introdutório
 Treinamento Introdutório Específico para Saúde Bucal
 Capacitação em Saúde Bucal para auxiliares de consultório dentário da Estratégia de Saúde da Família
 Outros _____

1.4 Salário

a) Qual o salário dos Auxiliares de Consultório Dentário na ESB no município (em Reais):

2 Acesso da população ao serviço de saúde bucal

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

- Através do agendamento com ACS ou o ACD
 Através de fichas distribuídas no dia do atendimento (livre demanda)
 Através do acolhimento oferecido pela Unidade
 Outros _____

b) Critério utilizado para estabelecer prioridades de tratamento:

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

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

Prof.^a Dr.^a Ieda Maria A. Vargas Dias
 Coordenadora do CEPB/JF

Sempre Esporadicamente Nunca
 Caso negativo, para onde o paciente é encaminhado?

d) Durante a espera o paciente participa de ações preventivas e/ou educativas em saúde bucal?
 Sempre Esporadicamente Nunca

e) Na sua opinião, o PSF modificou o acesso aos serviços de saúde bucal?
 SIM NÃO
 Porque?

3 Organização do Trabalho

a) Qual foi a sua motivação para a sua inserção na ESB (hierarquizar):

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

b) Quais são as dificuldades para realizar/desenvolver as atribuições da ESB (hierarquizar):

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

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

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

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

- Sempre Esporadicamente Nunca

Caso afirmativo, que ações são desenvolvidas?

Prof.^a Dr.^a Ieda Maria A. Vargas Dias
 Coordenadora do CEP/UFJF

e) A ESB desenvolve ações com outras áreas como serviço de tratamento de água e esgoto, educação, cultura, etc; para a promoção da saúde bucal?

Sempre Esporadicamente Nunca
Caso afirmativo, que ações são desenvolvidas?

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

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

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

h) No momento da prática clínica:

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

Há orientação profissional sobre métodos preventivos no momento da consulta

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

j) Na relação profissional/paciente:

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

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

4 Estratégias de Programação

a) Que ações coletivas a ESB desenvolve?

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

Prof.^a Dr.^a Ieda Maria A. Vargas Dias
Coordenadora do CEP/UFJF

b) Em que local elas são realizadas?

Escolas Creches Associações Conselhos comunitários Outros _____

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

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

Sempre Esporadicamente Nunca

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

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

SIM NÃO

Porque _____

Prof.^a Dr.^a Ieda Maria A. Vargas Dias
Coordenadora do CEP/UFJF

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr.(a): _____

Você está sendo convidado a participar, voluntariamente, de uma pesquisa sob o título provisório de “A INCORPORAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DE CIDADES PERTENCENTES À MICRORREGIÃO DE MANHUAÇU – MG”, que está sendo desenvolvida pela estudante do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, nível de mestrado, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Grazielle Christine Maciel Mattos, a fim de obter o grau de Mestre em Saúde Coletiva, que tem como orientadora a Prof.^a Dra. Rosângela Maria Greco.

Esta pesquisa tem como objetivos: Discutir o processo de implantação da saúde bucal nos programas da saúde da família de cidades pertencentes à microrregião de Manhuaçu; Descrever o processo de inclusão da atenção a saúde bucal nos PSFs dessas cidades; Verificar a adequação do modelo de saúde bucal implantado com o modelo preconizado pelo PSF.

Sua participação é livre e voluntária, e para tanto você deverá responder a algumas perguntas que constam no questionário. Você poderá deixar de participar do estudo no momento em que desejar e fazer todas as perguntas que julgar necessário. Informamos ainda, que de acordo com as normas éticas de pesquisa, será respeitado o sigilo absoluto quanto à identidade do participante e quanto às informações fornecidas, e que a utilização dos resultados será exclusivamente para fins científicos, sendo que por ocasião da divulgação destes, o participante receberá um pseudônimo. Além disso, declaramos que o entrevistado terá acesso ao questionário para conferência e garantia de que nada será publicado sem a sua autorização. Ressaltamos que sua participação não inclui nenhuma forma de pagamento, bem como sua desistência também não implicará qualquer cobrança monetária. No entanto, caso seja comprovado dano em relação ao estudo, você será indenizado.

Desde já agradecemos sua importante colaboração e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que julgar necessário.

Autorização

Eu _____, portador do documento de identidade no. _____, declaro que fui devidamente orientado(a) quanto a finalidade e objetivo desta pesquisa, e concordo em participar da mesma como sujeito de investigação, uma vez que serão mantidos o meu anonimato e que não terei qualquer tipo e prejuízo pessoal. Estou ciente que não haverá nenhuma forma de pagamento ou indenização por minha participação, a não ser que ocorram danos decorrentes do estudo para minha pessoa. Tendo sido minhas dúvidas esclarecidas, autorizo por escrito a aplicação do questionário, bem como a utilização dos dados para fins científicos. O presente termo foi autorizado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra comigo, enquanto sujeito da pesquisa.

Diante do exposto, asseguro que as informações que prestarei serão baseadas na verdade, e relevantes para o bom êxito da pesquisa.

_____, ____/____/____

Nome Assinatura participante Data

Nome Assinatura pesquisador Data

Endereço: Rua Bernardino de Lima, 532/203. Gutierrez-Belo Horizonte-MG.
CEP: 30430-090. Telefone: 31-33779563

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 021/2009

Protocolo CEP-UFJF: 1666.010.2009 **FR:** 229295 **CAAE:** 0010.0.180.000-08

Projeto de Pesquisa: A incorporação da saúde bucal no Programa Saúde da Família: a experiência de cidades pertencentes a microregião de saúde de Manhuaçu - MG

Area Temática e Fase de Desenvolvimento: GRUPO III

Pesquisador Responsável: Grazielle Christine Maciel Mattos

Pesquisadores Participantes: Rosângela Maria Greco

Instituição: Faculdade de Enfermagem - UFJF

Sumário/comentários do protocolo:

- Justificativa: O Programa Saúde da Família (PSF) visa reorganizar as ações em saúde nos municípios, produzindo mudanças no processo de trabalho – estimulando vínculo, responsabilização e humanização no atendimento, possibilitando o trabalho em equipe - e resultados com impacto epidemiológico. Compreendendo que a saúde bucal encontra-se inserida nesse processo, a sua inclusão no PSF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes, baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Diante da mudança do modelo assistencial em saúde bucal a partir de sua inclusão no PSF, é importante questionar se realmente está havendo alguma mudança no modelo das práticas no nível local, na ponta do sistema.
- Objetivo: discutir o processo de implantação do da saúde bucal no programa da saúde da família de cidades pertencentes à microregião de Manhuaçu. Verificar a adequação do modelo com aquele preconizado pelo PSF.
- Metodologia: pesquisa exploratória com abordagem quantitativa.
- Revisão e referências bibliográficas sustentam o objetivo do estudo.
- Características da população a estudar: membros da equipe de saúde bucal (dentistas e auxiliares) e o responsável pela coordenação da Saúde Bucal ou secretário de saúde.
- Orçamento detalhado está presente.
- Instrumentos de coleta de dados estão de acordo com os objetivos estabelecidos
- Cronograma está presente – 01/2009 – 12/2009.
- Identificação dos riscos e desconfortos possíveis e de benefícios esperados está presente.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE: está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito. Está presente a explicitação de riscos e desconfortos esperados, ressarcimento de despesas e indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.
- Qualificação do pesquisador é compatível com o projeto de pesquisa.
- Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final da pesquisa.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 16 de abril de 2009

Márcia Araújo
Profa. Dra. Ieda Maria A. Vargas Dias
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: ___ / ___ / 2009
ASS: _____

**ANEXO B – Valores do Pacto da Atenção Básica nos municípios da amostra.
Microrregião de Manhuaçu, 2006**

MUNICÍPIO	1ª CONSULTA ODONTOLÓGICA (%)	AÇÃO COLETIVA ESCOV. DENTAL SUPERV.* (%)	MÉDIA PROCED. ODON. BAS. INDIVIDUAIS** (%)
Abre Campo	6,31	14,10	0,35
Caputira	–	–	0,02
Chalé	27,32	19,34	0,29
Conceição de Ipanema	14,41	10,59	0,70
Durandé	10,15	15,83	0,89
Ipanema	0,54	–	0,18
Lajinha	5,59	5,79	0,38
Luisburgo	3,98	15,15	0,21
Manhumirim	5,85	20,96	0,59
Martins Soares	5,20	16,79	0,53
Matipó	3,35	–	0,16
Mutum	2,11	1,51	0,19
Reduto	0,99	6,70	0,21
Santa Margarida	13,50	9,52	0,67
São José do Mantimento	4,73	8,30	0,89
Simonésia	0,67	1,62	0,08

Fonte: Pacto da Atenção Básica, 2006.

Legenda: * **AÇÃO COLETIVA ESCOV. DENTAL SUPERV.** = Ação coletiva de escovação dental supervisionada; ** **MÉDIA PROCED. ODON. BAS. INDIVIDUAIS** = Média de procedimentos odontológicos básicos individuais.

**ANEXO C – Valores do Pacto da Atenção Básica nos municípios da amostra.
Microrregião de Manhuaçu, 2007**

MUNICÍPIO	1ª CONSULTA ODONTOLÓGICA	AÇÃO COLETIVA ESCOV. DENTAL SUPERV.* (%)	MÉDIA PROCED. ODON. BAS. INDIVIDUAIS** (%)
Abre Campo	5,12	12,93	0,37
Caputira	5,05	–	0,19
Chalé	11,89	8,84	0,75
Conceição de Ipanema	11,52	18,24	1,53
Durandé	8,03	13,88	0,93
Ipanema	6,29	16,87	1,23
Lajinha	7,03	9,79	0,69
Luisburgo	6,12	8,68	0,72
Manhumirim	8,42	14,64	0,79
Martins Soares	12,99	4,87	0,96
Matipó	7,80	–	0,52
Mutum	11,83	1,69	0,41
Reduto	1,89	4,00	0,28
Santa Margarida	10,35	3,18	0,60
São José do Mantimento	8,15	7,12	1,33
Simonésia	2,78	3,43	0,34

Fonte: Pacto da Atenção Básica, 2006 – ano 2007

Legenda: * **AÇÃO COLETIVA ESCOV. DENTAL SUPERV.** = Ação coletiva de escovação dental supervisionada; ** **MÉDIA PROCED. ODON. BAS. INDIVIDUAIS** = Média de procedimentos odontológicos básicos individuais.

ANEXO D – Valores do indicador proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais nos municípios da amostra nos períodos de 2006 e 2007. Microrregião de Manhauçu, 2009

MUNICÍPIO	2006 (%)	2007 (%)
Abre Campo	–	–
Caputira	46,37	–
Chalé	0,84	0,79
Conceição de Ipanema	–	–
Durandé	1,99	–
Ipanema	17,77	0,02
Lajinha	1,68	–
Luisburgo	2,64	1,29
Manhumirim	4,35	3,12
Martins Soares	4,24	1,46
Matipó	–	–
Mutum	–	–
Reduto	–	–
Santa Margarida	–	–
São José do Mantimento	4,26	–
Simonésia	2,20	–

Fonte: Pacto da Atenção Básica 2006-2007

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

Indicador	Cálculo
Primeira consulta odontológica programática	Numerador: número total de primeiras consultas odontológicas Denominador: população do referido ano
Ação coletiva escovação dental supervisionada	Numerador: média mensal da quantidade de escovações dentais supervisionadas Denominador: população do referido ano
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	Numerador: número de procedimentos odontológicos básicos individuais de 2000 a 2006 e de 2000 a 2007 Denominador: população de 2000 a 2006 e de 2000 a 2007
Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	Numerador: número de procedimentos odontológicos especializados de 2000 a 2006 e de 2000 a 2007 Denominador: número de ações odontológicas individuais de 2000 a 2006 e de 2000 a 2007

Fonte: Pacto da Atenção Básica 2006/2007