

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Stênia Marília Rodrigues Pereira

Avaliação da implantação das práticas de cuidado em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde: estudo de caso de um município na região Centro Leste do estado da Bahia

Rio de Janeiro

2017

Stênia Marília Rodrigues Pereira

Avaliação da implantação das práticas de cuidado em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde: estudo de caso de um município na região Centro Leste do estado da Bahia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Elyne Engstrom

Coorientadora: Prof.^a Dra. Elisete Casotti

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

P436a Pereira, Stênia Marília Rodrigues.
 Avaliação da implantação das práticas de cuidado em saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo de caso de um município na região centro leste do estado da Bahia / Stênia Marília Rodrigues Pereira. -- 2017.
 127 f. ; il.

 Orientadora: Elyne Engstrom.
 Coorientadora: Elisete Casotti.
 Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

 1. Avaliação em Saúde. 2. Saúde Bucal. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Assistência Integral à Saúde. 5. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

CDD – 22.ed. – 617.601098142

Stênia Marília Rodrigues Pereira

Avaliação da implantação das práticas de cuidado em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde: estudo de caso de um município na região Centro Leste do estado da Bahia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância em Saúde.

Aprovada em: 17 de julho de 2017

Banca examinadora

Prof.^a Dr.^a Michelle Cecille Bandeira Teixeira
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dr.^a Ana Cláudia Figueiró
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Elisete Casotti (Coorientadora)
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dr.^a Elyne Montenegro Engstrom (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço primariamente a Deus por toda força, esperança, amor, coragem e por ter colocado em meu caminho pessoas muito especiais e generosas para compartilhar saberes e a vida. Gratidão!

Agradeço aos meus pais pelo exemplo de luta e hombridade. Agradeço aos meus irmãos pelo afeto e companheirismo, em especial minha irmã Lucinha por ter me ajudado nessa jornada. Agradeço aos meus sobrinhos que amo muito e que tiveram paciência por minhas repetidas ausências. Agradeço a “tia Carminha”, ao amigo Ivan e as minhas primas Ju, Zá e Gabi que estiveram comigo nessa trajetória me acolhendo e tornando esse caminho mais leve e agradável.

Agradeço a professora/tutora do curso de especialização de Avaliação em Saúde Patrícia Passos pelo incentivo e as minhas orientadoras pela generosidade, pelo aprendizado e pela paciência. Agradeço a Elyne pelas palavras confortantes e animadoras sempre apontando os caminhos a seguir. Agradeço a Elisete pela atenção, pela dedicação e o cuidado em sempre me ouvir respeitando o meu tempo. Sou fã de vocês! Aprendi muito e amadureci bastante na minha vida acadêmica e profissional.

Agradeço pela turma do mestrado, em especial as “estrangeiras” pelo acolhimento, pela motivação, pelo carinho e afeto. A Lúcia que esteve comigo desde a seleção, a Letícia pelo exemplo de profissional e pelo cuidado de estar comigo em momentos importantes, e a Márcia pelo exemplo de compromisso e dedicação.

Agradeço as coordenadoras do curso que tiveram todo cuidado e dedicação na escolha dos professores que tivemos o privilégio de conhecer e aprender.

Ao amigo Anderson Costa, que me ajudou nas coletas e que sempre compartilhou comigo das mesmas fontes. Muito obrigada pela disponibilidade, alegria e otimismo!

Ao amigo Miguel Nogueira que participou desse projeto ouvindo meus desabafos, minhas reclamações e que me acompanhou em coletas. Obrigada Mig!

Ao meu auxiliar e amigo Leonardo Rodrigues, pela sua atenção e companheirismo estando comigo em vários momentos desse trabalho. Obrigada Léo!

E o meu muito obrigada a Maurício Silva pela amizade e companheirismo, ao amigo Evandro pela solicitude e informações, Luciano Domingues pelas palavras de conforto e afeto, Hugo pelo carinho e atenção, aos amigos de profissão, obrigada “resistência” estamos juntos! E aos que participaram direta ou indiretamente desse momento.

Obrigada a todos vocês

RESUMO

O cuidado integral em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido um desafio, uma vez que pressupõe abordagem do indivíduo em sua integralidade e como parte de um contexto familiar e social. Para tal, se faz necessário um processo de trabalho que esteja apoiado nos atributos da APS e que inclua dispositivos do cuidado que fortaleçam a coresponsabilidade individual, familiar e comunitária com a saúde. No entanto, há inúmeras dificuldades na sua implantação, com a manutenção de modelos de saúde bucal excludentes e fragmentados. O objetivo do estudo foi avaliar a implantação das práticas de cuidado em saúde bucal na APS em um município do Centro Leste do estado da Bahia. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que incluiu aspectos do contexto interno da gestão municipal de saúde, bem como de dimensões associadas à organização e funcionamento dos serviços de saúde bucal. A análise, particularmente para aspectos do contexto interno, incluiu uma breve reconstrução histórica do período anterior a presença de serviços públicos de odontologia na cidade, até a implantação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Para essa fase foram pesquisados documentos oficiais (relatórios de gestão, ata do Conselho Municipal de Saúde) e realizadas entrevistas com informantes-chaves (n=6). As práticas vigentes incluíram o estudo das dimensões acesso e processo de trabalho e a análise foi feita a partir do conteúdo das entrevistas com cirurgiões-dentistas que atuam nas equipes (n=03). Utilizou-se a análise temática de conteúdo para a organização e análise do material empírico transcrito. Os resultados relativos aos determinantes contextuais foram apresentados com base em dois núcleos: o do lugar da saúde bucal na política municipal de saúde e o papel da gestão da política setorial de saúde no município. Evidenciou-se que durante o período analisado, a implantação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e do Centro de Especialidades Odontológicas significaram a entrada da saúde bucal na agenda do governo municipal. Entretanto, com a mudança do governo houve importantes retrocessos, como a desativação do Centro e a diminuição do número de equipes de saúde bucal. A gestão setorial é frágil, não exerce nenhum papel de ordenamento ou discussão do modelo de atenção, limitando-se a gerência dos insumos e de alguma interlocução com o gestor. A dimensão acesso mostrou que há tanto barreiras de natureza geográfica, como referentes à organização da porta de entrada. Todas as subdimensões referentes ao processo de trabalho apresentaram fragilidades, predomina ainda o modelo biomédico, com demanda espontânea, atendimento individual e procedimento-centrado. Conclui-se que a saúde bucal não se consolidou como uma agenda na política municipal de saúde; que a gestão setorial não

assumiu de forma efetiva, o papel de coordenação e qualificação da rede de atenção em saúde bucal e que a consequência imediata foi a produção de um conjunto de práticas heterogêneas, desvinculadas do processo de trabalho da Estratégia e do trabalho em equipe.

Palavras-chave: Avaliação em saúde, Saúde bucal, Atenção Primária à Saúde, Assistência integral a saúde.

ABSTRACT

Comprehensive care in oral health-in primary health care (PHC) has been a challenge, since it assumes the individual approach in your completeness and as part of a family and social context. To this end, it is necessary a work process that rests on attributes of PHC and that includes care devices that strengthen individual responsibility, family and community health. However, there are numerous difficulties in your deployment,-with the maintenance of oral health models exclusive and fragmented. The objective of this study was to evaluate the implementation of oral health care practices in PHC in a city in the Mideast of the State of Bahia. This is a qualitative study that included aspects of the internal context of municipal health management, as well as dimensions associated with the organization and operation of oral health services. The analysis, particularly for aspects of the internal context, included a brief historical reconstruction of the period before the presence of dental services in the city, until the deployment of teams of oral health in the family health strategy. For this phase have been searched for official documents (reports, minutes of the Municipal Council of health) and conducted key informant interviews (n = 6). Existing practices included the study of access and work process and the analysis was made from the contents of the interviews with the dental surgeons working in teams (n = 03). Using the thematic analysis of content for the organization and analysis of empirical material transcribed. The results concerning contextual determinants were presented based in two nuclei: the place of oral health municipal health policy and the role of the health sector policy management in the municipality. It was evidenced that during the analysis period, the deployment of teams of oral health in the strategy and the center of dental specialties meant the entrance to oral health on the agenda of the municipal government. However, with the change of Government there were major setbacks such as the disabling of the Center and the decrease in the number of oral health teams. Sector management is weak, does not exercise any role for planning or discussion of the model of attention, simply management of inputs and of any dialogue with the Manager. The access dimension showed that there are both barriers of geographical nature, as relating to the organization of the front door. All related working process sub-dimensions presented fragilities, the biomedical model still predominates, with spontaneous demand, individual care and procedure-centered. It is concluded that the oral health was not consolidated as a municipal health policy agenda; sector management had not assumed the role of coordination and qualification of oral healthcare network and the immediate consequence was the production of a set of heterogeneous practices, work process of unlinked strategy and teamwork.

Keywords: Evaluation in health; Oral health; Primary Health care; Integral health assistance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Modelo Lógico das práticas de cuidado em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde.....	35
Quadro 1 -	Relação das Unidades de Saúde da Família segundo a presença de Equipe de Saúde Bucal implantada, o número de famílias cadastradas e a localização.....	36
Quadro 2 -	Matriz de informação utilizada para a análise do contexto, segundo a dimensão e as subdimensões investigadas.....	41
Quadro 3-	Matriz de informação utilizada para avaliar o grau de implantação dos serviços públicos municipais de saúde bucal, no âmbito da atenção básica.....	45
Quadro 4-	Síntese das condições referentes ao contexto e às práticas de Saúde Bucal na Rede Pública Municipal de Saúde.....	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde bucal
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CD	Cirurgião Dentista
CDP	Cirurgião Dentista Prático
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CS	Coordenação Setorial
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DAB	Departamento de Atenção Primária
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
DPNSB	Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EqSB	Equipes de Saúde Bucal
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
G	Gestor Municipal
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
ML	Modelo Lógico
MS	Ministério da Saúde

NRS	Núcleo Regional de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCOP	Primeira Consulta Odontológica Programática
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAQ-CEO	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PR	Portaria
PSF	Programa de Saúde da Família
PSE	Programa de Saúde na Escola
PS	Posto de Saúde
RG	Relatório de Gestão
SB	Saúde Bucal
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SBC	Saúde Bucal Coletiva
SESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	18
3.1.1	Breve histórico: modelos X práticas	18
3.1.1.1	Odontologia científica ou flexneriana.....	18
3.1.1.2	Sistema incremental.....	19
3.1.1.3	Odontologia simplificada/comunitária.....	20
3.1.1.4	Odontologia integral.....	22
3.1.1.5	Saúde bucal coletiva/ Estratégia Saúde da Família.....	24
3.1.2	A produção do cuidado na reorientação das práticas de saúde bucal	27
3.1.3	A Integralidade na construção das práticas de cuidado em saúde bucal	29
4	MATERIAISE MÉTODOS	33
4.1	DESENHO DA PESQUISA.....	33
4.2	DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO: MODELO LÓGICO	34
4.3	SELEÇÃO/CARACTERIZAÇÃO DO CASO.....	36
4.4	FASES DA PESQUISA.....	37
4.4.1	Primeira fase: descrição dos determinantes contextuais.....	37
4.4.2	Segunda fase: análise das práticas de cuidado em saúde bucal na atenção primária à saúde.....	42
4.4.3	Terceira fase: apreciar a influência do contexto e das práticas na implantação do acesso, acolhimento, vínculo/responsabilização/co-gestão e integralidade do cuidado em saúde bucal na APS.	46
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	46
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1	DESCRIÇÃO DOS DETERMINANTES CONTEXTUAIS	47
5.1.1	A saúde bucal na política municipal de saúde	47
5.1.1.1	Antecedentes da organização da saúde bucal municipal.....	48

5.1.1.2	Asaúde bucal na agenda da política municipal de saúde.....	51
5.1.1.3	O retrocesso das conquistas setoriais.....	53
5.1.2	A coordenação setorial na gestão das práticas de saúde bucal	55
5.1.2.1	A saúde bucal no organograma da Secretaria Municipal de Saúde	56
5.1.2.2	A prática gerencial	57
5.2	ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	64
5.2.1	Acesso à Saúde Bucal.....	64
5.2.1	Dimensão processo de trabalho.....	75
5.2.1.1	Acolhimento na organização do processo de trabalho em SB na APS.....	75
5.2.1.2	Vínculo/responsabilização e co-gestão	78
5.2.1.3	Integralidade.....	85
5.3	ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO CONTEXTO E DAS PRÁTICAS NA IMPLANTAÇÃO DO ACESSO, ACOLHIMENTO, VÍNCULO/RESPONSABILIZAÇÃO/CO-GESTÃO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL NA APS.....	92
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
7	REFERÊNCIAS.....	101
	APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTASEMI-ESTRUTURADO –COORDENADOR DE SAÚDE BUCAL.....	116
	APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTASEMI-ESTRUTURADO – CIRURGIÃO DENTISTA.....	119
	APÊNDICE C- TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- GESTOR	122
	APÊNDICE D- TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- CIRURGIÃO DENTISTA	125

1 INTRODUÇÃO

Práticas de cuidado em saúde bucal representam uma construção dinâmica e contínua de reconhecimento da influência das condições bucais nas diversas dimensões do viver humano, que pressupõe uma visão integral do ser humano e das suas relações com a sociedade e com o meio ambiente, e a conseqüente tomada responsável de decisões e ações dirigidas à promoção da saúde, com vistas a proteger a vida (MELLO et al., 2009).

A construção dessas práticas está relacionada ao modelo de atenção desenvolvido e intrinsecamente ligado à concepção de trabalho, as concepções do processo saúde-doença e à subjetividade da cada profissional e usuário (BULGARELI et al., 2014; MERHY, 1994).

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), não se podia falar em práticas de cuidado em saúde bucal, visto que, os modelos desenvolvidos priorizavam a técnica, o biologismo, o individualismo, o mecanicismo e a especialização. A saúde bucal refletia práticas hegemônicas de assistência à saúde, com pouca capacidade de equacionar os principais problemas da população e de produzir o cuidado. Priorizava as ações curativas, restritas e isoladas, em nível ambulatorial, realizada individualmente pelo Cirurgião Dentista (CD), com uma prática curativista, tecnicista, mutiladora e excludente.

Assim, a saúde bucal como prática de cuidado tem sido construída a partir das propostas do modelo da Odontologia Integral, defendido pela Reforma Sanitária, que propunha a modificação dos elementos estruturais das práticas e apontava como alternativa, sobretudo, as diretrizes de prevenção e promoção à saúde, orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, direcionado a um fazer integral, corresponsável e resolutivo (GARRAFA, 1993; ZANETTI et al., 1996). No entanto, tais proposições tiveram pouca abrangência até a instituição do SUS, mais precisamente até a inserção das equipes de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS)/Estratégia Saúde da Família(ESF), resgatando assim propostas da matriz da integralidade voltadas para a produção do cuidado (BRASIL, 2000).

A inserção das práticas de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2000significou um espaço real no âmbito das políticas públicas, para a construção de um novo modelo assistencial, apoiado na integralidade da assistência e tendo o cuidado como eixo central da organização. Reorientação que se preocupou em localizar o indivíduo como sujeito dentro da sua realidade socioeconômica e cultural (BRUNHAUSER et al.,2013), com o estabelecimento de meios e instrumentos que reconheçam não só o conhecimento técnico e os instrumentais, mas, principalmente os dispositivos relacionais. Essas proposições, não foram

imediatamente e completamente incorporadas às práticas de saúde bucal. A ampliação do número de equipes, na maior parte dos casos, se restringia a captação do incentivo financeiro, sem o estabelecimento de uma política que definisse as práticas de saúde bucal na APS (BRASIL, 2004; KORNIS et al., 2011).

Surgia assim, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), “Brasil Sorridente”, no ano de 2004, em consonância com as diretrizes do SUS, que passaram a constituir o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de apoiar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado (BRASIL, 2004).

No entanto, a estruturação e operacionalização dessa nova prática se deram, principalmente, a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, que instituiu as atribuições da equipe de saúde bucal e a organização do serviço baseado na territorialidade, vínculo, responsabilização e acolhimento, instrumentos capazes de favorecer a construção de uma prática integral voltada para a produção do cuidado (BRASIL, 2006).

São inegáveis os avanços alcançados com a inserção de Equipes de Saúde Bucal na ESF, principalmente com a Política Nacional de Saúde Bucal, que organizou a oferta de outras estratégias complementares à atenção primária, como por exemplo, a estruturação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Porém, ainda persistem práticas tradicionais, como o atendimento individual curativo, fragmentado, isolado e o trabalho preventivo em escolas (ARAÚJO; DIMENSTEIM, 2006; BULGARELI et al., 2014; FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010; SANTOS; ASSIS, 2006).

A inserção de Equipes de Saúde Bucal na ESF em todo o território nacional é uma prova concreta de que não basta incluir equipes para que haja a mudança no modelo de atenção, é necessário formar os profissionais e apoiá-los na reorganização do processo de trabalho (AQUILANTE; ACIOLE, 2015; CAETANO; CALVO, 2009; CHAVES; SILVA, 2007; NICKEL; WERNECK; FERREIRA, 2014). A mudança do modelo para a saúde depende não só de normas gerais (macro políticas), mas também da produção de estratégias que se aproximem do cotidiano do trabalho da equipe (micropolítica), para que possam resignificar e ajudar na organização das estratégias de cuidado (FRANCO; MERRHY, 2012; SANTOS, 2006).

Estudos avaliativos têm apontado como principais entraves na implantação das práticas de cuidado em saúde bucal na atenção primária: cirurgião-dentista privilegiando a atividade clínica, orientada para a produção de atos individualizados e dependentes de tecnologias duras (BRUNHAUSER et al., 2013; CASOTTI et al., 2014; CHAVES; SILVA,

2007); grande demanda reprimida(COLUSSI; CALVO, 2011; JACCOTTET et al., 2012; NICKEL et al., 2009); falta de integração com a Equipe e práticas que desconsiderem as necessidades de saúde de natureza não biológica(AQUILANTE; ACIOLE, 2015; BUENO et al., 2011; BULGARELI et al., 2014). O que reproduz as práticas tradicionais operando centralmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado (MOYSES; SILVEIRA FILHO, 2002; RONCALLI; SOUZA, 2007).

Assim, o objeto desse trabalho é a organização da rede e das práticas de cuidado em saúde bucal em um município do centro leste no Estado da Bahia, com vistas à análise dos de fatores associados ao processo de implantação, principalmente para que subsidie a gestão na tomada de decisões (mudança).

Eu como profissional atuante na Rede de atenção em saúde bucal no município tenho percebido no decorrer de quatro anos de vivência que o desenvolvimento da produção do cuidado em saúde bucal está associado a dinâmica do processo de trabalho e que acontece de forma muito heterogênea, no município, por ser determinada pelos cirurgiões dentistas. Tal processo de trabalho envolve questões intrínsecas ao profissional e a sua formação, assim como variáveis associadas ao processo de gestão/gerência dos serviços e da micropolítica do trabalho na relação dos profissionais com os usuários e as tecnologias dentro de um contexto social.

As práticas de cuidado em de saúde bucal foram inseridas no município em 2006, a partir da implantação de seis (6) equipes de saúde bucal, modalidade I (um Cirurgião Dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)), na ESF, equiparando às equipes de saúde bucal as equipes de Saúde da Família existentes. Em 2008, foi implantado o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo II (de 4 cadeiras odontológicas), serviço de referência para a atenção primária (SMS, 2014).

O quadro atual é de uma cobertura de 63% da população com equipes de saúde bucal (4EqSB). Embora seja uma cobertura favorável, quando analisado o número de habitantes por equipe, observa-se que há grande variação na distribuição, além de equipes com o número bem superior ao recomendado (BRASIL, 2013). Somam-se também outras variáveis que interferem no cuidado adequado, como por exemplo: equipes que atendem áreas diversas (urbana/rural), que estão em territórios de maior vulnerabilidade social e outras que os usuários não dependem exclusivamente do serviço público.

Além das variáveis de cobertura das equipes existem também diferenças na organização das práticas. Há um desconhecimento/dificuldade das equipes organizarem o trabalho a partir das características do território, incorporando no cotidiano da atenção

conceitos como de risco/vulnerabilidade, acolhimento, vínculo e responsabilização. O envolvimento da equipe da ESF ou da comunidade na organização da agenda e das ações da saúde bucal no desenvolvimento de ações de saúde bucal ainda é incipiente, ficando nas mãos dos cirurgiões dentistas a definição destas.

Somado a essas questões, cabe considerar que há uma demanda reprimida de problemas odontológicos na população do município, que necessitam de cuidados integrais resolutivos. Essa demanda pode ser explicada tanto pelo perfil epidemiológico brasileiro, quanto pela recente implantação e expansão de serviços públicos de saúde bucal no município.

Dessa forma, somando os referenciais cotidianos com as inquietações provocadas pela literatura, delineou-se o presente estudo que tem as seguintes perguntas avaliativas:

- Como ocorreu a implantação das ações de SB no município e que características do contexto municipal influenciaram positiva ou negativamente as mesmas, no âmbito da APS e da Rede de Atenção à Saúde?

- Como os profissionais de saúde bucal organizam seus processos de trabalho de forma a promover acesso e um cuidado integral, atributos previstos nas políticas nacionais de saúde bucal e de atenção básica?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliara implantação das práticas de cuidado em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em um município do Centro Leste do estado da Bahia.

2.2 Específicos

- Compreender o contexto interno da implantação da rede de atenção em saúde bucal.
- Analisar as práticas de cuidado em saúde bucal nas dimensões de acesso, acolhimento, vínculo/responsabilização, co-gestão e integralidade.
- Apreciar a influência do contexto e das práticas na implantação do acesso, acolhimento, vínculo/responsabilização/co-gestão e integralidade do cuidado em saúde bucal na APS.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Práticas de saúde representam um campo de transformações que se estabelece com a construção simbólica de novos sentidos e significados em saúde, calcados em ações concretas. Engendram reações e transformações sociais e se constituem como um lócus de saber construído na interação de atores sociais com as estruturas institucionais (CARVALHO; LUZ, 2009).

As práticas de saúde são desenvolvidas a partir de um processo de trabalho que é estruturado com base em componentes (sujeitos, objetos, meio e instrumentos e objetivos/finalidades) que são estabelecidos entre outros fatores de acordo com o modelo de atenção (MENDES GONÇALVES, 1992).

Segundo Werneck e Ferreira (2014) os modelos de atenção são construções históricas que se originam no projeto político de um grupo social para, a partir de críticas e de propostas de superação que se faz a modelos anteriores, organizar as ações e serviços de saúde em um determinado local. Mantêm estreita relação de interdependência com os contextos político, social e econômico. É no modelo de atenção que vamos encontrar as concepções dos sujeitos, as práticas de saúde e as relações que se estabelecem nesse processo.

Os modelos de atenção em saúde bucal podem, assim, ser didaticamente divididos em: Flexneriana/Científico, Sistema Incremental, Odontologia Simplificada/Comunitária, Odontologia Integral e Saúde Bucal Coletiva/Estratégia Saúde da Família (BOTAZZO, 1992; FERREIRA et al., 2011; MENDES, 1986; NIKEL et al., 2008).

3.1.1 Breve histórico: modelos X práticas

3.1.1.1 Odontologia científica ou flexneriana

As práticas odontológicas até os anos 50 eram prestadas, principalmente, nos centros urbanos por dentistas em prática privada, pagos por desembolso direto. A prática odontológica seguia, de forma bastante similar, os padrões assistenciais da medicina e reproduzia, integralmente, o modelo educacional de prática odontológica da escola norte-americana, adotado nas universidades brasileiras, podendo ser caracterizada como *cientificista* ou

flexneriana (FERREIRA et al., 2011).

Essa prática possuía como elementos ideológicos: o **mecanicismo** pela analogia do corpo humano com a máquina, o **biologismo** que pressupõe o reconhecimento, exclusivo e crescente, da natureza biológica das doenças e de suas causas e consequências, o **individualismo** ao eleger como seu objeto, o indivíduo, excluindo, da sua vida, os aspectos sociais e, a **especialização** que decorreu das necessidades da acumulação de capital e exigiu a fragmentação do processo de produção e do produtor, via divisão técnica do trabalho (MENDES, 1986, grifo nosso).

Assim a odontologia flexneriana estruturou, então, a engenharia biológica — calcada na tecnificação do ato odontológico — como nova forma de mediação entre o homem e as doenças. E passou a erigir, por razões ideológicas e econômicas, como parâmetro de qualidade, o grau de densidade tecnológica da prática, em detrimento da capacidade de promover ou restaurar a saúde e prevenir as doenças (MENDES, 1986).

Dessa forma ocorreu um predomínio no uso das chamadas tecnologias duras e a biomedicina tornou-se o modelo hegemônico nas práticas em saúde bucal no Brasil e em muitos países do mundo (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Paralelamente, a odontologia insere-se na assistência pública, quando, em 1912, acontece à primeira experiência com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares, por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo. A partir desse marco, nota-se que o atendimento escolar no Brasil, até 1952, mostrou-se rudimentar, principalmente no que diz respeito ao seu planejamento e ao tipo de serviço ofertado, caracterizado pela falta de avaliação, pela ausência de sistema de trabalho e de técnicas uniformes, pelo preparo inadequado de profissionais para a execução de tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão, reproduzindo no serviço público o mesmo tipo de prática dos consultórios particulares (WERNECK, 1994).

3.1.1.2 Sistema Incremental

O Sistema incremental teve início a partir da década de 50 por meio de atendimento prestado pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação SESP), importante órgão responsável pela assistência à saúde da população e financiado pelo governo norte-americano (FERREIRA et al., 2011; NARVAI, 2006; OLIVEIRA; SOUZA, 1997; ZANETTI et al., 1996). O alvo principal desse modelo era a população em idade escolar, considerada epidemiologicamente como mais vulnerável e, ao mesmo tempo, mais sensível as

intervenções de saúde pública (FERREIRA et al., 2011; NARVAI, 2006). Esse modelo representou um marco da programação do serviço público odontológico e quebrou a hegemonia da livre demanda dos consultórios privados (ZANETTI et al., 1996).

Assim, no período entre os anos 50 e fins dos anos 80, as práticas em saúde bucal na saúde pública brasileira tinham como característica possuir um modelo que se caracteriza pela sua ação difásica, por meio do atendimento preventivo e curativo, predominante de assistência a escolares e, para o restante da população, a assistência se dava de forma disseminada entre as variadas instituições, dentre as quais as conveniadas com o Sistema Previdenciário (INAMPS), as Secretarias Estaduais de Saúde e entidades filantrópicas (NIKEL et al., 2008; ZANETTI et al., 1996). Essa assistência priorizava as ações curativas, restritas e isoladas, em nível ambulatorial, realizada individualmente pelo Cirurgião Dentista (CD).

Os recursos preventivos do Sistema Incremental restringiam-se à fluoretação da água de abastecimento ou, quando este recurso não estava disponível para a população, à recomendação de aplicações tópicas de fluoreto de sódio a 2% nas crianças com idades de 7, 10 e 13 anos. Portanto, o modelo, mesmo sendo caracterizado como misto (preventivo-curativo), enfatiza a ação restauradora e coloca em segundo plano as ações educativas e preventivas, simploriamente abordadas por meio de aplicações tópicas de flúor (NIKEL et al., 2008).

O Sistema Incremental se tornou ineficaz à medida que foi se transformando em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente, em contextos de precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas com exclusão da assistência ao restante da população ao acesso e tratamento odontológico (NARVAI, 2006). Esse modelo caracterizara-se como excludente, centralizador, movido por uma prática curativista, tecnicista e mutiladora (FERREIRA et al., 2011).

3.1.1.3 Odontologia simplificada/comunitária

Nesse contexto, nos anos 70, estabeleceu-se, internacionalmente, um debate sobre modelos de assistência que levassem em conta a necessidade de encontrar alternativas que servissem a uma prática orientada para o benefício da maioria (MENDES, 1986). A mais difundida foi a de Atenção Primária à Saúde, que foi discutida na Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) como uma nova abordagem na organização e racionalização dos recursos disponíveis por meio dos cuidados primários à saúde. Os cuidados primários foram então definidos como cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas,

cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de famílias e da comunidade (ASSIS et al., 2007).

Desde o início, porém, essa proposta foi alvo de uma polarização de debates. Havia os que destacavam os aspectos de simplificação e racionalização, caracterizando-a como “medicina pobre para os pobres”, e havia aqueles que viam a proposta como uma estratégia racionalizadora, importando-se com o acesso de toda a população aos reais avanços tecnológicos na saúde (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007). Assim dividindo-a em: **seletiva**, que subentende programas com objetivos restritos, visando cobrir determinadas necessidades previamente definidas de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica, correspondendo a uma tradução restrita dos objetivos preconizados na Conferência de Alma-Ata (GIOVANELLA, 2009, grifo nosso), e APS como **nível primário** do sistema de saúde, considerando-a como a porta de entrada para os usuários que apresentassem um problema de saúde (SOUZA, 2012, grifo nosso).

Assim a APS seletiva tornou-se o modo dominante de atenção primária para países periféricos, constituindo a principal estratégia adotada para responder às crescentes necessidades da população. Esse foi o caso do Brasil, que por muito tempo, adotou a APS seletiva como a concepção de cuidados primários em saúde assumindo um caráter de programa de medicina simplificada (GIOVANELLA, 2009). Na saúde bucal seguiram também o entendimento da APS seletiva por meio do modelo de odontologia simplificada (SOUZA, 2012).

A odontologia simplificada não questionava o modelo de prática hegemônica e nem pretendia uma mudança qualitativa da prática profissional. Tão-só, erige-se como um apêndice à odontologia tradicional, uma odontologia complementar, destinada às classes sociais marginalizadas e concretizada pela simplificação dos elementos da prática profissional, em especial, recursos humanos e equipamentos (MENDES, 1986).

Suas principais características foram a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar (BRASIL, 2008). Embora discursasse sobre a importância da prevenção na prática, continuava a priorizar o curativo (MENDES, 1986). O que representava o Sistema Incremental com certas alterações (ZANETTI et al., 1996).

A odontologia simplificada estava construindo uma prática odontológica que expressava, nesse campo específico, o exercício de uma política social discriminatória, que consolidava as desigualdades entre as classes sociais (MENDES, 1986). Os efeitos perversos

dessa prática foram o agravamento do quadro epidemiológico das doenças bucais e a restrição do acesso da população aos avanços tecnológicos alcançados em várias especialidades odontológicas (SOUZA, 2012).

O contexto conflituoso, colocado, principalmente, pelos dilemas da quantidade versus qualidade e da prevenção versus curativo obrigou a uma reflexão mais profunda sobre a prática da odontologia simplificada, dando início a uma outra concepção de odontologia alternativa, que não deveria ser mais uma prática complementar à odontologia científica, mas uma nova forma de pensar e fazer odontologia (FERREIRA et al., 2011).

3.1.1.4 Odontologia Integral

Esse amadurecimento conceitual levou a um terceiro momento, de síntese, ou seja, ao delineamento da proposta da odontologia integral. A odontologia integral coloca-se, pois, como a possibilidade teórica de uma nova forma de pensar e fazer odontologia que desloca a prática hegemônica e que, por consequência, deixa de lado a complementariedade para instituir-se como uma prática substitutiva da odontologia científica (MENDES, 1986).

A odontologia integral não rejeita a tecnologia sofisticada de eficácia comprovada. Antes, a incorpora, tendo, contudo, o cuidado de mantê-la no nível de atenção apropriado e de dar, a ela, uma utilização adequada, para o que é imprescindível. A prevenção deixa de ser meramente retórica, para se tornar uma base palpável da prática profissional (MENDES, 1986).

Assim a odontologia integral modifica, substantivamente, os elementos estruturais das outras práticas tendo como elementos ideológicos: o coletivismo, a integração de atividades de promoção, preventivas e curativas; a descentralização da atenção odontológica; a inclusão de práticas odontológicas alternativas; o trabalho em equipe; a tecnologia apropriada e a participação comunitária (ZANETTI et al., 1996).

Esse marco conceitual, explicitado a nível de seus principais elementos ideológicos, não se constrói "a priori"; ao contrário, deve ser induzido a partir da reflexão em cima de uma nova prática profissional. Entende-se que a odontologia integral é a prática profissional coerente com a doutrina e os princípios da Reforma Sanitária construídos na época (MENDES, 1986).

A Reforma Sanitária traz um entendimento mais amplo do conceito de saúde que se expressa na qualidade de vida de uma população, num dado espaço e num dado momento, refletindo as suas condições objetivas de vida, que têm sua origem num patamar

transcendente à simples oferta e consumo de serviços. A proposição era da criação de um novo modelo de saúde, Sistema Único de Saúde, baseado na correta interpretação da doutrina da atenção primária. A atenção primária como uma estratégia de reordenamento do setor saúde, o que significa afetar e compreender todo o sistema de saúde e toda a população a que esse sistema supõe servir (GIOVANELLA, 2009; MENDES, 1986).

No que diz respeito às práticas clínicas, o movimento da reforma sanitária, ao criticar o modelo biologicista hegemônico, apontava como alternativa, sobretudo, as diretrizes de prevenção e promoção à saúde, orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença. O maior desafio era promover as mudanças estruturais, romper com a prática procedimento-centrada e apontar para a produção do cuidado, direcionado a um fazer integral, corresponsável e resolutivo (GARRAFA, 1993).

Esse modelo inegavelmente avança na interpretação social dos problemas e necessidades da população bem como na promoção da saúde, nas abordagens territoriais, nos instrumentos de planejamento e diagnóstico comunitário, mas pouco altera a lógica biomédica dominante no espaço da clínica. Os serviços foram estruturando-se, muitas vezes, a partir de contribuições acadêmicas de profissionais situados em departamentos sociais e preventivos ou de saúde pública que acumulavam muitos saberes no espaço coletivo e pouca experiência no espaço da clínica, deixando-a quase intocada (MOYSES; SILVEIRA FILHO, 2002).

Botazzo (1998) reforça essa tese ao apontar que, para a Odontologia ser integral, seria cada vez menos odontologia. As práticas de saúde bucal envolveriam atividades clínicas e não clínicas, e, por esse motivo, não poderiam estar no campo odontológico e sim na saúde coletiva. Envolveria ações sobre as causas das doenças e suas distintas naturezas, sejam elas biológicas, econômicas, políticas ou sociais. Não se trata, portanto, de assistência odontológica cujo compromisso é com o individual e envolveria práticas de atenção à saúde bucal, abarcando práticas de saúde em outros espaços para além da boca na perspectiva da determinação social como alternativa para a compreensão do processo saúde doença bucal.

Esses argumentos, introduzidos pela leitura do processo saúde doença bucal, a partir da determinação social, colocam a politização do agente etiológico como elemento central da Saúde Bucal Coletiva (SBC), que consiste em considerar que a boca, como parte do indivíduo, é social e historicamente determinada (BOTAZZO, 1994).

3.1.1.5 Saúde Bucal Coletiva/ Estratégia Saúde da Família

A Saúde Bucal Coletiva (SBC) é produto de um processo histórico de construção de uma *práxis* política desencadeada ao longo da década de 1980, de uma crítica às correntes odontológicas em curso no mesmo período e também uma proposta de intervenção sobre os problemas de saúde bucal da sociedade (SOARES et al., 2016).

A SBC toma como referência a odontologia integral e a odontologia simplificada (BOTAZZO, 1992; 1994; BOTAZZO et al., 1988) e contém um conteúdo crítico que de fato, não corresponde às “odontologias anteriores”. Surge inicialmente como um movimento de politização da odontologia brasileira e evolui para uma reflexão crítica envolvendo os modelos de prática odontológica em curso no Brasil (SOARES, 2014).

As práticas de saúde bucal pautadas na SBC vinculam-se ao campo de práticas coletivas em saúde, requerendo interdisciplinaridade e o envolvimento em ações de natureza coletiva, entendendo-as como expressão das relações políticas entre os vários atores sociais e envolvendo uma equipe de saúde bucal. Dizem respeito a atividades grupais em interação nos espaços socialmente reconhecidos – organizações e instituições que são áreas por excelência da desmonopolização do saber, ou seja, democratização do conhecimento e também representam espaços privilegiados do exercício da cidadania. Trata-se, portanto, de aproximar as práticas de saúde bucal às demais práticas de saúde e de superar a clientela escolar e a prestação de serviços públicos apenas para pobres (BOTAZZO, 1992).

A principal reivindicação da SBC consistia na entrada da saúde bucal no SUS. Isso significa a possibilidade de aplicação da SBC nos serviços de saúde, muito embora consultas à literatura mostrem a permanência das práticas do campo odontológico hegemônico (CALADO, 2002; MORETTI PIRES; LIMA; MACHADO, 2011; SOARES et al., 2011).

Assim, a partir de 1986, com o movimento da reforma sanitária, a discussão sobre o conceito de saúde/doença traz a proposta de se realizarem novas ações em saúde, iniciando, assim, o desenvolvimento de projetos de saúde comunitária e de família e o desenho de um novo modelo de organização dos serviços de saúde. Nesse contexto, em 1991, é implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que antecedeu a formação das primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF) em 1994, as quais incorporaram e ampliaram a atuação dos agentes comunitários. Trata-se de uma estratégia que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, cujo atendimento é prestado na unidade primária de saúde ou no domicílio pelos profissionais que compõem as equipes, criando vínculos de corresponsabilidade entre estes e a população

acompanhada, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família é o modelo de atenção escolhido para reorganizar a APS, verifica-se uma nova forma de atuar, com propostas para mudar toda a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, passando a atuar na integralidade, de modo a tratar o indivíduo como sujeito dentro da sua realidade socioeconômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante, estruturado sobre um trabalho interdisciplinar e compartilhado entre os distintos profissionais e a comunidade (ALMEIDA, 2014;BRUNHAUSER et al., 2013;GIL, 2006; GIOVANELLA, 2009;GONÇALVES; OLIVEIRA, 2009) .

A centralidade da Estratégia está no atendimento do núcleo familiar, tendo as seguintes diretrizes: caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização, adscrição da clientela e equipe multidisciplinar. Na primeira fase, a Estratégia foi implantada principalmente em pequenos municípios e guardou o caráter restrito de APS, com condições de absorver a demanda reprimida de atenção primária, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção (GIOVANELLA, 2009). Em 1998, um incentivo financeiro per capita repassado diretamente do governo federal aos municípios impulsionou a expansão da Estratégia Saúde da Família e na medida em que as ações tomavam vulto em território nacional, o “pacote básico de APS” crescia e mostrava suas potencialidades para instituir novas formas de atenção à saúde (ALMEIDA, 2014). Assim o ESF passou a ser a política oficial do SUS para a AP (CAMPOS et al., 2010).

A atenção primária entendida no conceito brasileiro como sinônimo de atenção básica. Definida como:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011, p19.)

A normatização da Atenção Primária à Saúde no SUS se deu em 2006 com o estabelecimento de diretrizes e normas gerais por meio da Política Nacional de Atenção Primária (BRASIL, 2006). Esta foi atualizada pela Portaria nº 2.488 do Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2011, considerando a necessidade de revisar e adequar às normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da AP no Brasil (BRASIL, 2011).

A incorporação das práticas de saúde bucal na ESF aconteceu de forma tardia, pois somente em 2000 houve a criação do incentivo de saúde bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal na ESF (BRASIL, 2000). Antes da inserção, as ações de saúde bucal eram majoritariamente destinadas à cobertura da população de 0 a 14 anos e atendimento a gestantes, o que refletia da manutenção dos modelos anteriormente desenvolvidos (BRASIL, 1998), com foco materno-infantil, altamente excludente, aliado à precariedade do papel do governo no fornecimento de serviços (PALUDETTO JUNIOR et al., 2014).

A inclusão da saúde bucal na ESF contribuiu para romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes, baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo (SOUZA; RONCALLI, 2007), desafiando uma prática que considerasse a família (FERREIRA et al., 2011). A expressão prática do campo da Saúde Bucal Coletiva é a organização do processo de Saúde Bucal dentro da ESF.

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (DPNSB). Estas diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente (BRASIL, 2004; 2008; FERREIRA et al., 2011).

Ao incorporar a saúde da família como uma importante estratégia na reorganização da Atenção Básica; agregar a esta o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos e o componente móvel da atenção à saúde bucal – UOM; estabelecer critérios e normas para a implantação dos CEO e Laboratórios de Prótese; e ao ampliar a possibilidade de acesso ao atendimento hospitalar de pacientes com necessidades especiais, bem como a atenção de pacientes oncológicos por meio dos Cacon e Unacon, o governo federal cria mecanismos para que estados e municípios concretizem uma rede de atenção em saúde bucal de acesso igualitário, acompanhada e monitorada pela Comissão Intersetorial de Saúde Bucal do Conselho Nacional de Saúde (PALUDETTO JUNIOR et al., 2014).

A PNSB, apesar de estabelecer diretrizes para a reorganização da atenção em todos os níveis, traz a APS como “carro chefe” e a ESF como principal modelo de reorganização das práticas em saúde bucal. Isso, porque, a ESF apresenta uma enorme capilaridade e é socialmente sensível: suas ações colocam frente a frente profissionais e realidade. Vislumbra -

se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam - se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal (BRASIL, 2004).

Apesar dessa assertiva, desde a implantação da política tem se configurado um direcionamento das ações ao nível secundário de assistência (habilitação dos centros de especialidades odontológicas (CEO) e laboratórios regionais de prótese dentária (LRPD); GraduaCEO). Garantindo a AP em saúde bucal apenas incentivos financeiros (implantação das equipes, aquisição de equipamentos, etc.) e nenhuma movimentação para a reorientação das práticas em saúde bucal a partir do processo de trabalho. Assim, configurou-se a construção de uma política de saúde bucal com bases mais sólidas, porém frágil, sob o ponto de vista do arcabouço normativo, ao comparar com outras políticas que possuem leis e decretos em seu arcabouço legal (PALUDETTO JUNIOR et al., 2014).

Desse modo, o que se vê é uma prática em saúde bucal inserida em um outro modelo, mas praticamente inalterada com a manutenção de práticas tradicionais, como o atendimento individual curativo, fragmentado, isolado e o trabalho preventivo em escolas (ARAÚJO; DIMENSTEIM, 2006; BULGARELI et al., 2014; FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010; SANTOS; ASSIS, 2006).

Esse parece ser um dos maiores desafios para a equipe de saúde bucal na ESF: organização do processo de trabalho orientado para AP. As dificuldades têm sido associadas às características inerentes à formação profissional como, por exemplo, a centralidade do uso de tecnologias duras, historicamente determinado, a especialização e o reducionismo das intervenções odontológicas, o que tem gerado uma prática caracterizada pela produção de procedimentos e não do cuidado (MOYSES; SILVEIRA FILHO, 2002; SOUZA; RONCALLI, 2007).

Essa prática, associada à fragilidade no manejo e na incorporação das “tecnologias leves” (MERRY; FRANCO, 2003) na organização do trabalho, na integração dos profissionais de saúde bucal com a equipe de Saúde da Família e no cuidado com os usuários, tem tido um efeito de insulamento da saúde bucal nas EqSF (CHAVES; MIRANDA, 2008).

3.1.2. A produção do cuidado na reorientação das práticas de saúde bucal

Para Boff (1999) cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação,

preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Cuidar do outro é zelar para que esta dialogação seja libertadora, sinérgica e construtora de aliança perene de paz e de amorização. Quem é são pode ficar doente. A doença significa um dano à totalidade da existência. Não é o dente que dói. Sou eu, em minha totalidade existencial, que sofro. Portanto, não é uma parte que está doente, mas é a vida que adoece em suas várias dimensões: em relação a si mesmo, em relação com a sociedade, em relação com o sentido global da vida.

No conceito adotado no campo da saúde, o cuidado é uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (AYRES, 2004).

O cuidado à saúde bucal implica um processo dinâmico e contínuo de reconhecimento da influência das condições bucais nas diversas dimensões do viver humano e a consequente tomada responsável de decisões e ações dirigidas à promoção da saúde, com vistas a proteger a vida. O cuidado à saúde bucal, assim, é uma construção cotidiana que pressupõe uma visão integral do ser humano e das suas relações com a sociedade e com o meio ambiente (MELLO et al., 2009).

Para Ayres (2004) a possibilidade da inclusão do cuidado nas práticas de saúde está na dimensão dialógica do encontro, isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro. É fundamentalmente aí que está a importância do Cuidar nas práticas de saúde: o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde.

As noções de cuidado aqui adotadas estão fundadas nas proposições de que o cuidado transcende o âmbito técnico do atendimento ou do nível de atenção em saúde. O cuidado representa a materialidade das relações interpessoais que se estabelecem no ato ou na atitude. O distanciamento do social indica uma via de desumanização das práticas de saúde. O papel do profissional de saúde é agir sobre o outro que se põe sob nosso cuidado. Mas é também ajudar os outros a se ajudarem. Estimular a capacidade de as pessoas enfrentarem problemas, a partir de suas condições concretas de vida (VIEGAS; PENNA, 2015).

Portanto, não temos como falar de cuidado sem considerarmos a relação que se estabelece no ato de cuidar, nem podemos cuidar de uma pessoa sem considerá-la integral em suas dimensões. Essa apreensão de cuidado articula-se intimamente à noção de integralidade, pois impõe um olhar ampliado sobre o homem, sua saúde e seu cuidado (VIEGAS; PENNA,

2015).

3.1.3 A Integralidade na construção das práticas de cuidado em saúde bucal

A integralidade tem sido defendida como eixo condutor para um novo modelo das práticas em saúde bucal que almejam o cuidado em saúde. Situando a organização tecnológica como a possível forma de reorganização de um fazer voltado para novas relações entre sujeitos (BRASIL, 2004, 2011; SABARDIN; LODI, 2013; SANTOS, 2006; SANTOS; ASSIS, 2006; PIRES; BOTAZZO, 2015).

Segundo Costa (2004) o ideário da integralidade compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de práticas de cuidado de saúde por meio do processo de trabalho. Corroborando com Mattos (2001) e Pinheiro (2005) que consideram a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.

Reconhecer isso nos remete a outro sentido de integralidade: não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem (MATTOS, 2001).

Nesse contexto, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Para o desenvolvimento dessa abordagem se faz necessário uma redefinição de práticas para um modelo de saúde concebido a partir de tecnologias relacionais do tipo acolhimento, vínculo e responsabilização. Uma vez que é no espaço de interseção partilhada (domínio das tecnologias leves) que o cuidado é produzido (MATTOS, 2001; PIRES; BOTAZZO, 2015; SANTOS; ASSIS, 2006).

Acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde. Segundo Camargo Junior et al. (2008) o acolhimento é pensado em três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços. Como postura, o acolhimento pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas demandas. O acolhimento como técnica instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas. Tais ações facilitam o atendimento na escuta, na análise,

na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados. Como organização de serviços, o acolhimento representa um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe.

O Acolhimento já foi abordado também como dupla dimensão: de um lado era uma etapa do conjunto do processo de trabalho, realizado em serviços concretos, em particular no momento da recepção destes serviços, que estabelecia o modo como o serviço fazia o seu primeiro contato com a sua clientela, em um processo mútuo de reconhecimento - onde o usuário se reconhecia como cliente daquele serviço e o serviço o reconhecia como um usuário com direitos em relação aos serviços realizados - criando suas barreiras e mecanismos de acesso; por outro lado era também uma tecnologia leve do processo intercessor do trabalho em saúde que ocorria em todos os lugares em que se constituíam os encontros trabalhadores-usuários (MERHY; FRANCO, 2003).

É nessa abordagem como tecnologia leve do processo de trabalho que o acolhimento será abordado nesse estudo compartilhando com a abordagem de Ayres (2004) que traz a construção do acolhimento no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta. Então não é a escuta, exatamente, o que faz a diferença, mas a qualidade da escuta. E não qualidade no sentido de boa ou ruim, mas da natureza mesma da escuta, daquilo que se quer escutar.

Para a Política Nacional de Humanização (PNH), 2004, o acolhimento constitui-se como uma ação tecnoassistencial que visa alterar os modos de relação entre o usuário e o profissional de saúde, e a rede de cuidado no qual tais práticas estão inseridas (BRASIL, 2004(a)). Para a Política Nacional de Saúde Bucal, o acolhimento é caracterizado como o primeiro ato de cuidado (BRASIL, 2004).

Para Camargo Júnior et al. (2008), o vínculo é pensado em três dimensões: como afetividade, como relação terapêutica e como continuidade. Na primeira dimensão, o profissional de saúde deve ter um investimento afetivo positivo tanto na sua atuação profissional quanto no paciente, construindo, assim, um vínculo firme e estável entre ambas as partes, o que se torna um valioso instrumento de trabalho. A ideia de vínculo como uma relação terapêutica, põe em relevo a palavra terapêutica, tomada em um sentido específico, relacionado com o ato de dar atenção.

Falar em vínculo é muito mais que simplesmente conhecer os moradores da área. É saber identificá-los em seu contexto familiar, de trabalho, de comunidade. É conhecer suas

atividades, sua exposição ao estresse, seu padrão alimentar, enfim, é conhecer os fatores que possam estar interferindo na sua qualidade de vida. É percebê-los como cidadãos capazes de mudarem seus hábitos, de apreenderem novas atitudes mais saudáveis, é estar presente como ator social da comunidade (SILVEIRA FILHO, 2002).

Vínculo também implica **responsabilização**, que é o profissional assumir a responsabilidade pela vida e morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada nem impessoal (MERHY; FRANCO, 2003, grifo nosso).

Ayres (2004) traz a responsabilidade como uma escolha que um assume frente ao outro, no sentido de responder moralmente por algo, isto é, responsabilizar-se implica correr o risco de tornar-se caução de suas próprias ações. A responsabilidade assume relevância para o Cuidado em saúde em diversos níveis, já desde aquele de construção de vínculos serviço-usuário, de garantia do controle social das políticas públicas e da gestão dos serviços.

Para Campos (2010) tanto a fragmentação como o problema da falta de responsabilidade no ato de cuidar estão relacionados com um modo de organizar o trabalho e os processos de decisão nas organizações, que contribui para que os profissionais de saúde reduzam seu objeto de trabalho (e, portanto, sua responsabilidade clínica) a procedimentos, doenças ou partes do corpo (em vez de se responsabilizarem por pessoas de forma global).

Merhy e Franco (2003) ao discutirem responsabilização, abordam que cada equipe de saúde é responsável por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de certa parcelada demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como da responsabilidade em relação aos problemas coletivos.

Assim, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização são, portanto, dispositivos da integralidade que articulados representam estratégias fundamentais na produção do Cuidado (CECÍLIO, 2001; PINHEIRO, 2001, 2005;PIRES; BOTAZZO, 2015; SANTOS; ASSIS, 2006).

Por tudo o que foi dito, torna-se evidente, no que se refere às tecnologias disponíveis, a necessidade de superar a restrição àquelas que trabalhem restritamente com uma racionalidade instruída pelos objetos das ciências biomédicas. Embora estas ciências ocupem lugar fundamental e insubstituível, pelo tanto que já avançaram na tradução de demandas de saúde no plano da corporeidade, ao atentarmos à presença do outro (sujeito) na formulação e execução das intervenções em saúde, precisamos de conhecimentos que nos instruem também desde outras perspectivas (AYRES, 2005).

Assim, o debate em torno do processo de trabalho em saúde, como elemento central da integralidade e da produção do cuidado, tem sido essencial para compreender aspectos específicos no fazer em saúde bucal. Mais do que uma intervenção pontual de caráter avaliativo, a pesquisa avaliativa acrescenta instrumentos para pensar o cotidiano dos serviços, das práticas de seus profissionais e da relação com a população, numa visão autocrítica e estimulante de protagonismo desses atores.

Resta-nos agora o não pequeno desafio de fazer com que os novos discursos trazidos por e com essas recentes proposições permitam, efetivamente, reconstruir nossas práticas de saúde para que possamos sempre mais chamá-las de Cuidado (AYRES, 2004).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de avaliação de serviços de saúde com abordagem qualitativa. Este tipo de abordagem é adequado às avaliações de programas de saúde, no caso em foco a ESF, pois, sendo a avaliação um processo que envolve os mais diferentes atores, a quebra do paradigma das abordagens avaliativas tradicionalmente quantitativas se faz necessária, para que possamos ter acesso à totalidade do processo (ASSIS et al., 2010).

4.1 DESENHO DA PESQUISA

A pesquisa foi um estudo tipo “caso único” por meio de uma análise de implantação em seu componente 1e suas tipologias 1-a e 1-b. O estudo tipo “caso único” foi escolhido por ser uma estratégia de pesquisa empírica sobre um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado de seu contexto. Além de oferecer um potencial elevado de “generalização lógica” ou teórica, as conclusões poderão eventualmente servir para explicar um grande número de situações análogas (YIN, 2005). A escolha de uma análise de implantação se deu por considerar que os efeitos da introdução da intervenção não são nulos, mas pouco robustos, isto é, sensíveis às variações contextuais (BROUSSELLE et al., 2011).

Segundo Brouselle et al. (2011) a análise de implantação se decompõe em quatro tipos distintos. Tipo 1-a, tipo 1-b, tipo 2 e tipo 3. A análise de tipos 1-a e 1-b visam compreender as variações na forma da intervenção. A análise de tipo 1-a é de natureza processual: procura explicar o processo de transformação da intervenção, identificar as relações causais que ocasionam a transformação da forma, da natureza e da envergadura da intervenção depois de sua implantação e num determinado contexto. A análise de tipo 1-b visa explicar a diferença entre a intervenção tal como foi planejada e aquela realmente implantada.

Os procedimentos metodológicos adotados nesse estudo foram compostos por três fases. A primeira foi à análise da tipologia 1-a com a descrição dos determinantes contextuais, de forma a possibilitar a construção temporal da intervenção após sua implantação e suas possíveis variações e associações causais. A segunda foi referente à análise das práticas de cuidado em saúde bucal na APS (1-b), por meio do estabelecimento de matrizes de dimensões, subdimensões e de informação. Na terceira foi realizada uma apreciação do contexto e das práticas na implantação do cuidado em saúde bucal na APS por meio de um quadro síntese. Estas fases são descritas com mais detalhes a seguir.

As fontes de dados foram secundárias (as informações disponíveis em bases de dados públicas e ainda aquelas provenientes de documentos públicos) e primárias (entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais). Os participantes do estudo foram gestor municipal do período de 2005 a 2012 (n=1), profissional que atuou como dentista prático no período anterior a implantação do serviço de saúde bucal no município (n=1), primeiro cirurgião dentista graduado do município (n=1), coordenadores setoriais do período de 2010 a 2016 (n=3), e cirurgiões dentistas de três equipes de saúde bucal (n= 3), totalizando 9 participantes.

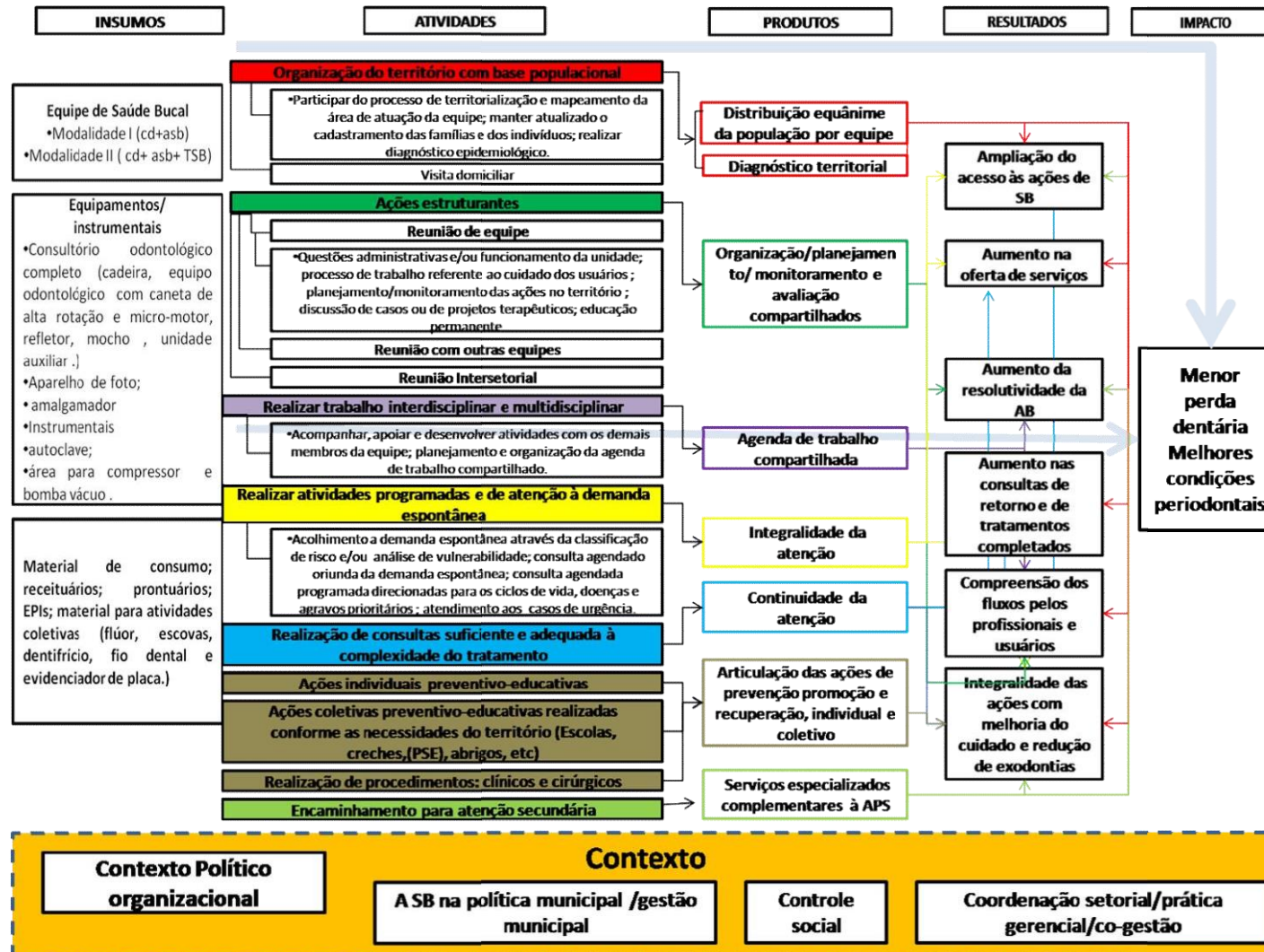
4.2 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO: MODELO LÓGICO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL NA AP

O referencial teórico escolhido para a construção do ML foi o proposto pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 1999). Segundo Brousselle (2011), para se avaliar uma intervenção, é preciso começar por defini-la e estabelecer-lhe o modelo lógico.

Assim, a partir dos documentos normativos que orientam a implantação das práticas de cuidado em saúde bucal na atenção primária (PNSB, PNAB) foi construído o modelo-lógico, a fim de corresponder a uma imagem-objetivo, que funcionará como referência para a apreciação das práticas de cuidado em saúde bucal. O modelo lógico serviu de base para a construção da matriz da segunda fase do estudo (Quadro 3) e quadro síntese da terceira fase (Quadro 4).

A construção do modelo-lógico permite apresentar em um esquema visual o modo de funcionamento de um programa e quais resultados podem ser esperados (BUENO et al, 2011). No método adotado, o desenho do modelo-lógico do programa constituiu-se na primeira etapa para o planejamento da avaliação, sendo que a compreensão da organização das práticas em seus diversos componentes foi fundamental para o desenvolvimento das categorias analíticas de avaliação.

Figura 1- Modelo Lógico das práticas de cuidado em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde



Elaborado pelo autor

4.3 SELEÇÃO/CARACTERIZAÇÃO DO CASO

O município está situado na região Centro Leste do estado da Bahia, centro da Chapada Diamantina, e a 414 km da capital do Estado. Sua população foi estimada em 2015 pelo IBGE em aproximadamente 19 mil habitantes, com 63% dessa população (12.810 pessoas) residentes na zona urbana e 36%, na zona rural. É considerado um município de pequeno porte, assim como 60% dos municípios do estado (249 municípios baianos possuem até 20mil habitantes) e 70% dos municípios do país. Possui uma densidade demográfica de 28,47 hab./km² e apresenta área territorial total de 638km².

Apresenta IDHM em 0, 59, (considerado baixo) renda *per capita* do município, em 2010, foi equivalente a R\$ 327, e 43% da população é considerada pobre (renda inferior ou igual a 140 reais mensais). A economia gira em torno do tripé: agricultura, comércio e prestação de serviços. A agricultura é o que mais contribui para a renda empregando 45% da população, seguida do salário dos servidores públicos municipais e estaduais e de aposentadorias.

Em relação à organização da rede de atenção à saúde, o município faz parte do Núcleo Regional de Saúde (NRS) Centro Leste e da microrregião de Itaberaba, junto com outros 13 municípios. Sua rede de serviços é estruturada em atenção primária, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde e assistência farmacêutica.

Sua rede de serviços em saúde bucal integra: 01 (um) Centro de Especialidades Odontológicas-CEO, e 6 (seis) unidades de Saúde da Família sendo três na zona rural e três na zona urbana garantindo 93% de cobertura populacional, e quatro equipes de saúde bucal modalidade I, (4 cirurgiões dentistas e 4 auxiliares de saúde bucal), com cobertura de 63%, como segue no quadro 1(SMS, 2014). As unidades serão identificadas por meio de números para a garantia da confidencialidade.

Quadro 1. Relação das Unidades de Saúde da Família segundo a presença de Equipe de Saúde Bucal implantada, o número de famílias cadastradas e a localização.

Nome da USF	EqSB implantada	Famílias Cadastradas	Localização
USF 1	Sim	1.366	Zona Urbana
USF 2	Sim	1.221	Zona Urbana
USF 3	Sim	1.253	Zona Urbana
USF 4	Sim	317	Zona Rural
USF 5	Não	460	Zona Rural
USF 6	Não	355	Zona Rural

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde, 2016.

A seleção do município considerou as características da organização de seus serviços de saúde (elevada cobertura populacional na atenção primária à saúde, a ESF funcionando como porta de entrada principal ao SUS e a presença de Equipes de Saúde Bucal na maioria das unidades básicas de saúde) e também a facilidade operacional, por ser este o município de atuação da pesquisadora que é dentista de uma USF.

Neste cenário, a pesquisadora observou que as equipes de saúde bucal adotam diferentes condutas no processo de trabalho, como no caso acolhimento e classificação de risco da demanda, na organização da agenda de atendimento clínico, no planejamento de atividades educativas e preventivas e na atenção aos protocolos de referência e aos fluxos definidos para as especialidades. Sugerindo um processo de implantação, das ações de cuidado em saúde bucal, muito heterogêneo e irregular.

Portanto, o desenvolvimento do estudo do processo de implantação e organização da atenção primária em saúde bucal no município pode contribuir tanto para apoiar a gestão local na melhoria da oferta de serviço e ações, bem como pode beneficiar indiretamente processos de análise de outras realidades que tenham cenários com características semelhantes.

Dentre as seis unidades de Saúde da Família que compõem a atenção primária do município foram elegíveis três das quatro unidades, que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos, a saber: ter equipe de Saúde da Família com equipe de saúde bucal e o dentista ter no mínimo um ano de vínculo com a equipe. Uma unidade foi excluída devido à participação da pesquisadora na equipe.

As unidades que fizeram parte da pesquisa foram: USF 2 (urbana); USF 3 (urbana); USF 4 (rural).

4.4 FASES DA PESQUISA

4.4.1 Primeira fase: Descrição dos determinantes contextuais (tipologia 1-a) com a caracterização geral do contexto. O contexto foi aqui entendido como a organização macro política da rede. A dimensão de análise foi a “político organizacional” - e como subdimensões: “A saúde bucal na política municipal de saúde”, e “A coordenação setorial na gestão das práticas de saúde bucal”.

Ao nos referirmos ao contexto político-organizacional propomos o levantamento dos acontecimentos históricos, os diferentes contextos, principalmente o político, que de algum

modo tiveram relação na implantação do cuidado em saúde bucal na atenção primária no município.

Para a subdimensão “A saúde bucal na política municipal de saúde ” foi feita uma construção histórica da implantação das práticas de saúde bucal no município com destaque para três momentos históricos: antecedentes da organização da saúde bucal no município; a saúde bucal na agenda da política municipal de saúde, período entre os anos de 2005 a 2012, que corresponde a dois mandatos com a mesma equipe de governo, onde se dá a implantação das Equipes de Saúde Bucal no âmbito da ESF e a criação do Centro de Especialidades Odontológicas; e, o retrocesso das conquistas setoriais compreende os anos entre 2013 e 2016, com mudança de governo e o desmonte da rede assistencial em saúde bucal.

A subdimensão “A coordenação setorial na gestão das práticas de saúde bucal” foi analisada com base em dois aspectos: o lugar estabelecido para a saúde bucal no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, a relação com outros setores, estrutura, funções e competências previstas; e características da prática gerencial setorial.

Para levantar as características do contexto foram utilizados critérios/ indicadores e fontes conforme estabelecidos na matriz de informação (Quadro 2).

4.4.1.1 Participantes

Os participantes dessa fase foram aqueles que atuaram na gestão municipal no período de 2005- 2012 (n=1); na coordenação setorial no período de 2010 a 2016 (n=3); dentista prático que atuou no município antes da inserção da odontologia no serviço público (n=1) e o primeiro cirurgião dentista graduado do município (n=1).

4.4.1.2 Coleta de dados

A coleta de dados primários, por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, aconteceu entre novembro de 2016 e janeiro de 2017. O roteiro semiestruturado das entrevistas foi composto por dados de identificação para a descrição do perfil do participante, e perguntas a respeito da construção das práticas de cuidado em saúde bucal, a partir de duas categorias analíticas: “A saúde bucal na política municipal de saúde ”, e “A coordenação setorial na gestão das práticas de saúde bucal”, baseando-se na matriz de informação (Quadro 2).

Para os dados secundários foram coletadas informações dos seguintes bancos de dados: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Departamento de Atenção Primária (DAB) do período de 2004 a 2016 e documentos e normativas relativos ao executivo municipal, a saber:

- Plano Municipal de Saúde do Município (2014-2017);
- Relatório de Gestão do Município (2011/2012);
- Relatório da terceira conferência municipal de saúde (2011/2015).

4.4.1.3 Análise de Dados

Para a análise documental, os documentos foram categorizados, destacando-se os principais achados em função das duas categorias analíticas: “A saúde bucal na política municipal de saúde”, e “A coordenação setorial na gestão das práticas de saúde bucal”, baseando-se na matriz de informação (Quadro 2). Para a extração e análise dos documentos foram seguidos os seguintes passos:

- (a) Organização dos documentos, seguido de leituras exaustivas para reconhecimento e exploração do conteúdo bruto;
- (b) Recorte dos conteúdos ou codificação: esta etapa compreendeu no recorte dado ao conteúdo e, em seguida, seu ordenamento nas categorias, buscando encontrar a significação, o sentido em cada fragmento destes.

Para análise dos dados obtidos, na entrevista, foi utilizado o método descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa (FLICK, 2009).

Os dados relativos à caracterização dos entrevistados foram analisados por meio de estatística descritiva, com representação em números absolutos. Essas informações serão classificadas em: idade, sexo, formação, pós-graduação e tempo de atuação na gestão.

Para a análise dos dados obtidos pelas entrevistas foi utilizado a Análise de Temática com formação de categorias analíticas (FLICK, 2009). Como primeira etapa, procuremos dimensionar a frequência com que algumas expressões, subcategorias e categorias surgem nas narrativas dos entrevistados e a seguir, captar os significados, os pontos convergentes e divergentes nas falas do entrevistado sobre a organização das práticas relacionadas ao cuidado em saúde bucal. Para isso, seguimos as demais etapas abaixo:

- Pré-análise: a leitura exaustiva do material obtido, buscando a impregnação e domínio do conteúdo; retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado;
- Exploração do material: realizando a identificação e categorização dos dados, agrupando em informações que permitiram uma descrição clara e representação do conteúdo ou no núcleo de compreensão do texto.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: Os dados foram interpretados com base no referencial teórico, sendo utilizadas novas dimensões teóricas que surgiram durante a leitura do material.

Quadro 2. Matriz de informação utilizada para a análise do contexto, segundo a dimensão e as subdimensões investigadas.

Critérios /indicadores		Dimensão Político Organizacional			
		Subdimensões			
Fonte	Cne/SMS/PMS/ G/DP/CDI	Construção histórica	A saúde bucal na política municipal de saúde	Antecedentes da organização da SB no município: dentistas práticos e atuação do estado	
					Implantação das unidades/ESB
					Cobertura populacional por ESB
					Disposição geográfica das UBS
					Número de ESB e tempo de permanência
	RG/PMS/Entrevista: GI/CS/	Gestão Municipal		Intencionalidade da gestão	
				Recursos financeiros destinados a SB	
				Regime de contratação das ESB	
				Plano de cargos e salários	
				Existência de uma política municipal de SB	
	Relatório CMS/SMS	Controle Social		Deliberações sobre SB no CMS	
				Serviço de Ouvidoria	
	Entrevista CS/CD1/CD2/CD3	Coordenação Setorial		Perfil dos coordenadores de saúde bucal	
				A saúde bucal no organograma da Secretaria Municipal de Saúde	
				A prática gerencial	
				Co- gestão	
			A coordenação setorial na gestão das práticas de SB		

4.4.2 Segunda fase: análise das práticas de cuidado em saúde bucal na APS. Para a análise foram utilizadas duas dimensões: acesso e processo de trabalho, com acesso potencial como subdimensão de acesso e integralidade, acolhimento, vínculo/responsabilização e co-gestão, como subdimensões do processo de trabalho.

Para essa análise foi realizada uma abordagem qualitativa por meio de entrevista com os cirurgiões dentistas sobre as barreiras de acesso ao usuário no serviço e os dispositivos: integralidade, acolhimento, vínculo/responsabilização e co-gestão, no desenvolvimento de suas práticas. Para cada subdimensão foram definidos critérios baseados no modelo lógico e nas normativas e como padrão foram utilizados o AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica), a PNAB e a PNSB (Quadro 3).

A definição adotada de acesso foi a de Travassos, Oliveira e Viacava (2006) em que acesso se refere à possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário, e como subdimensão foi adotado o acesso potencial de Travassos e Martins (2004) que se caracteriza pela presença de fatores capacitantes do uso de serviços, ou seja, os meios disponíveis para obtenção dos cuidados de saúde.

A definição adotada de acolhimento foi à proposta da DPNSB (2004) em que o acolhimento é o desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade biopsicossocial. Significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade (BRASIL, 2004). Associado a definição apresentada por Silva Júnior, Merhy e Carvalho (2003), que trazem o acolhimento como a forma de tratar humanizadamente toda a demanda; dar respostas aos demandantes; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção; pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizado.

Os dispositivos vínculo e responsabilização e co-gestão foram avaliados de forma conjunta já que a noção de se responsabilizar é inerente à noção de vínculo (CAMPOS, 2010) que remete a necessidade de formas compartilhadas de poder. Os conceitos adotados foram baseados nas propostas da PNAB (2011), e da PNSB (2004) e de Campos (2010) que apresenta respectivamente, vínculo como a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2011). E responsabilização como o implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se

corresponsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais (BRASIL, 2004). E co-gestão, como formas de poder compartilhado entre gestor e equipe, entre clínico e equipe, entre profissionais e usuários voltados para a valorização da autonomia dos trabalhadores e usuários, a discussão sobre clínica ampliada e sobre a busca da integralidade e de novas formas de cuidado no trabalho em saúde.

Para a integralidade o conceito adotado foi o de Matos (2001) que traz a integralidade como princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional.

4.4.2.1 Participantes

Os participantes dessa fase foram os cirurgiões-dentistas que atuam nas equipes de saúde bucal (EqSB) selecionadas para o estudo (n=3). Para a dimensão acesso foram utilizadas também trechos das falas dos coordenadores e do gestor municipal, visto que, o processo de territorialização e de recursos humanos remete a construção histórica.

4.4.2.2 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado com os profissionais que atuam nas unidades de AP selecionadas e, ocorreu a partir de setembro de 2016. O roteiro semiestruturado das entrevistas foi composto por dados de identificação para a descrição do perfil do participante, e perguntas a respeito das barreiras do acesso aos serviços e da incorporação do cuidado nas práticas de saúde bucal, a partir de três categorias analíticas: acolhimento, vínculo/responsabilização/co-gestão e integralidade, baseando-se na matriz de informação (Quadro 3).

A entrevista como técnica de pesquisa é uma interação entre pesquisador e pesquisado com a finalidade de coletar informações sobre um determinado assunto, diretamente solicitadas aos sujeitos pesquisados com intuito de capturar o que estes pensam, sabem, fazem e argumentam (FLICK, 2009; MINAYO 2004). A entrevista semiestruturada se utiliza de

questões direcionadas e previamente estabelecidas, porém colhem-se os dados através do discurso livre do usuário. O entrevistador mantém a escuta atenta, registrando todas as informações. Preconiza-se que seja estimulado um ambiente confortável em que o informante se sinta à vontade para expressar suas representações (MINAYO, 2004).

A entrevista foi realizada por um pesquisador externo, para garantir maior imparcialidade nos dados coletados, visto que a pesquisadora faz parte do quadro de trabalhadores em saúde bucal no município. Para as entrevistas foi buscado o consentimento informado, por escrito, junto aos profissionais participantes da investigação. As entrevistas foram previamente agendadas segundo a disponibilidade de cada e realizadas no espaço da UBS em uma sala privativa. O registro das informações foi realizado por meio de áudio (gravador digital) e transcritas na íntegra, pela pesquisadora.

Com o objetivo de testar o roteiro da entrevista e aperfeiçoar o instrumento, foi realizado a aplicação do instrumento em outro município da região de saúde a qual o município pertence, com as características de organização de serviços semelhantes.

4.4.2.3 Análise de Dados

Para análise dos dados foi utilizado o mesmo método descrito na primeira fase para a análise das entrevistas.

Quadro 3. Matriz de informação utilizada para analisar as práticas de cuidado em SB na APS no município.

Dimensões	Subdimensões	Critérios/ indicadores	Padrão (AMAQ/PNSB/PNAB)	Fonte
Acesso	Acesso potencial	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Localização geográfica das Unidades/adscrição populacional ✓ Presença do profissional na unidade e carga horária ✓ Sistema de agendamento de serviços ✓ Vias de agendamento; Horários e dias de funcionamento; Número de atendimentos; Tempo de espera/ intervalo entre o agendamento e a consulta; Conduta frente aos pacientes faltos; Formas que a equipe mantém o usuário informado sobre o acesso aos serviços ✓ Acesso as especialidades odontológicas complementares ao cuidado prestado pelas equipes de SB 	<p>A equipe trabalha com território definido, mantém vínculo com a população e se responsabiliza pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde.</p> <p>A equipe oferece atendimento à população de, no mínimo, 40 horas semanais.</p>	ENTREVISTA
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entendimento do acolhimento: centrado no sujeito e em suas necessidades /Presença de protocolo ✓ Acolhimento a demanda espontânea ✓ Acolhimento como estratégia de organização da demanda (critérios de risco/vulnerabilidade) 	<p>A equipe utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.</p> <p>A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea em tempo integral.</p> <p>A equipe realiza atendimento nos casos de urgências odontológicas.</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconhecimento do território <ul style="list-style-type: none"> ○ Realização de visitas domiciliares ○ Realização de levantamentos epidemiológicos ○ Reconhecimento das necessidades e desenvolvimento das práticas voltadas para as necessidades ✓ Continuidade da atenção ✓ Construção da autonomia dos sujeitos ✓ Trabalho em equipe ✓ Papel da coordenação de SB ✓ Envolvimento da comunidade 	<p>A equipe reúne-se periodicamente</p> <p>A Equipe de Saúde Bucal atua integrada com os demais profissionais da atenção básica.</p> <p>A equipe realiza visita domiciliar de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna.</p> <p>A Coordenação de Saúde Bucal estabelece relação democrática e dialógica com as Equipes de Saúde Bucal.</p> <p>A gestão oferta apoio institucional para as Equipes de Saúde Bucal.</p> <p>A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade no planejamento das ações.</p>	
Integralidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Articulação das ações de prevenção promoção e recuperação, individual e coletivo ✓ Garantia da continuidade do cuidado em outros serviços de maior complexidade 	<p>A equipe realiza a gestão do cuidado na AB</p> <p>A equipe de saúde bucal realiza ações de prevenção e promoção da saúde bucal da população do território adscrito.</p>		

4.4.3 Terceira fase: análise da influência do contexto e das práticas na implantação do acesso, acolhimento, vínculo/responsabilização/co-gestão e integralidade do cuidado em saúde bucal na APS.

Na terceira fase foi realizada a associação entre as tipologias (1-a e 1-b) por meio de um quadro síntese, comparando-se o contexto à implantação do acesso, acolhimento, vínculo/responsabilização/co-gestão e integralidade nas práticas cuidado em saúde bucal na APS. Para tal análise foi proposta a comparação da situação encontrada (baseada no contexto e na análise de implantação das práticas) em relação aos critérios considerados como adequados para a implantação do cuidado em saúde bucal definidos com base no modelo lógico e na matriz de informação (Quadro 4).

Este é o momento em que o autor/pesquisador, à luz de seu quadro teórico, compara, analisa e se posiciona diante dos resultados obtidos. Por se tratar de um estudo avaliativo, é inerente a emissão de um juízo de valor, porém sempre considerando a qual público será destinado seus resultados. Assim, teremos a possibilidade de uso dos resultados da pesquisa avaliativa para a tomada de decisão, o que irá conferir validade à investigação.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atendeu aos critérios éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, segundo normativas federais e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) conforme o CAAE 57840516.5.0000.5240.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DESCRIÇÃO DOS DETERMINANTES CONTEXTUAIS

Para essa fase foram realizadas entrevistas com os seguintes informantes chaves: gestor municipal que foi responsável pela ampliação da ESF e da implantação de duas linhas de ações da Política Nacional de Saúde Bucal no município, como: reorganização da atenção primária em saúde bucal com a implantação das equipes de saúde bucal na ESF; e ampliação e qualificação da atenção especializada com a implantação do CEO, identificado pelo código (G1); profissional que atuou como “dentista prático” no período que antecedeu a implantação da odontologia no município, identificado pelo código (CDP); a primeira dentista graduada no município, identificado pelo código (CD1); e os coordenadores de saúde bucal do município do período de 2010 a 2016, identificados respectivamente pelos códigos (GS1), (GS2) e (GS3). Também foi incluído conteúdo da entrevista de dois cirurgiões dentistas que participaram da segunda fase da pesquisa por considerar as narrativas pertinentes para complementariedade da descrição do contexto, identificados pelos códigos (CD2) e (CD3).

Os documentos identificados e utilizados para apoiar a análise foram: Plano Municipal de Saúde (2014/2017); Relatório de Gestão Anual (2011/2012); e Relatório da 3ª Conferência Municipal de Saúde. Além disso, durante as entrevistas outros documentos foram utilizados para apoiar a narrativa da dissertação, como: leis e portarias municipais e ministeriais, Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite e Jornal do Conselho Federal de Odontologia.

Os resultados serão apresentados e discutidos com base em dois núcleos: o do lugar da **Saúde bucal na política municipal de saúde** e o papel da **Gestão da política setorial de saúde no município**, apoiados, ainda que numa adaptação livre da ideia de Cecílio (2001), de que a recursividade entre a macro e a micropolítica “mais do que uma formulação teórica, tem importantes implicações na organização de nossas práticas”.

5.1.1 A saúde bucal na política municipal de saúde

Nesse núcleo será feita uma construção histórica da implantação das práticas de saúde bucal no município do ponto de vista macro político, com destaque para três momentos históricos: a) **antecedentes da organização da saúde bucal no município**, que discute o vazio assistencial e os movimentos de estruturação de uma odontologia pública; b) **a saúde bucal na agenda da política municipal de saúde**, período entre os anos de 2005 a 2012, que corresponde a dois mandatos com a mesma equipe de governo, onde se dá a implantação das

Equipes de Saúde Bucal no âmbito da ESF e a criação do Centro de Especialidades Odontológicas; c) **o retrocesso das conquistas setoriais** compreende os anos entre 2013 e 2016, com mudança de governo e o desmonte da rede assistencial em saúde bucal.

5.1.1.1 Antecedentes da organização da saúde bucal no município

A saúde bucal na política municipal de saúde no município vem se estruturando ao longo de 25 anos, mas essa história percorreu um caminho mais longo. Segundo relatos, desde a emancipação do município, no ano de 1953, já existia a figura dos “dentistas práticos”, que desenvolviam as ações de saúde bucal no município.

[...] naquela época não existia fiscalização nem nada, era liberado, pelo menos em interior. Eu mesmo fui amigo de dentista formado que me instruiu, e existia uma associação dos dentistas práticos em Morro do Chapéu que também nos orientava [...] eu fazia todo tipo de serviço, canal, extração [...] tinha eu e mais três colegas que trabalhavam aqui no município na época, e toda população nos procurava, de rico a pobre. [...] eu me lembro que há mais ou menos uns 30 anos apareceu aqui o projeto Rondon e eu fui o auxiliar do dentista que veio. Eu aprendi muita coisa com ele, a parte de anestesia mesmo, ele me ensinou muito. (CDP)

Já os pacientes que buscavam por tratamentos mais especializados ou tinham acesso a profissionais graduados se deslocavam para os municípios vizinhos.

“Quem podia sair e pagar procurava o serviço particular no Morro do Chapéu e Itaberaba porque no município mesmo só existiam uns quatro práticos que atuavam [...] era o socorro que tinham.” (CD1)

Era um serviço privado que por vezes era também utilizado pelos prefeitos nas campanhas eleitorais.

[...] durante as campanhas eleitorais uma das grandes demandas que existiam era as pessoas te pedindo para arrancar um dente [...] as pessoas me pediam com o dente inchado sofrendo [...] sempre com um charlatão, tinha uns três ou quatro na cidade. (G1)

[...] a gente recebia muitos pedidos na época das campanhas pra prefeito e vereador. O povo chegava com o papel com a assinatura do vereador [...] era muita gente e muitas vezes a gente nem recebia por isso [...], mas isso era antigamente. (CDP)

Esse quadro permaneceu por 40 anos, com presença esporádica de Cirurgiões Dentistas graduados no município, e até 1991 esse foi o serviço de saúde bucal oferecido a população. A partir de 1992 foi montado o primeiro consultório odontológico no município com a fixação de um profissional graduado na cidade. Esse passou a conviver com os práticos, atendendo a porcentagem da população que podia pagar pelos seus serviços.

Eu cheguei ao município em 1991[...] achei uma cidade promissora, várias escolas, muitos adolescentes, não existia nenhum consultório odontológico [...] embora ouvisse que já haviam passado outros dentistas na cidade.(CD1)

Dentista só tinha um na cidade e era uma coisa muito cara, tida como um serviço para a “elite da cidade” e para aqueles que não podiam pagar continuava procurando os práticos porque a demanda era muito grande.(G1)

Paralelo ao serviço privado, as ações gerais de saúde pública eram oferecidas pelo Estado por meio de um posto de saúde, e incluía: ações de promoção e prevenção das doenças, imunizações, consultas médicas esporádicas e o controle de endemias.

Naquela época, onde hoje é o CEO, funcionava um posto de saúde que era do Estado, mas só com a parte de vacinação e consultas médicas [...] às vezes vinha algum profissional e dava uma palestra ou fazia aplicação de flúor, mas atendimento odontológico não tinha. (CD1)

Dessa forma, a saúde bucal ainda não fazia parte da política municipal e as ações de saúde bucal na saúde pública eram desenvolvidas até esse momento no campo da promoção e prevenção, associada a ações esporádicas da Secretaria Estadual de Saúde.

Em 1988, foi realizado o concurso público pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia com uma vaga para cirurgião dentista, 30h, para a Dires (Diretoria Regional de Saúde) de Itaberaba, região de saúde do município. Em 1993, foi nomeado um cirurgião dentista para o município e foi instalado um consultório odontológico no posto de saúde vinculado a essa Secretaria, para a atuação da CD aprovada, que era a mesma que possuía o único consultório privado na cidade. Assim, em 1993, o município passou a ter atendimento odontológico na saúde pública, sob responsabilidade do Estado.

O funcionamento do serviço apresentava muitas dificuldades, já que ficava sob responsabilidade da Dires de Itaberaba (146 km) e está subordinada à Secretaria de Saúde do Estado, a uma distância de 400 km. Problemas como a espera por manutenção dos equipamentos e a reposição de suprimentos do cotidiano da clínica, paralisava as ações assistenciais por meses; permanecendo somente a oferta de ações de prevenção e promoção,

como aplicação tópica de flúor em escolares e palestras. Mantendo-se, dessa forma, um estado crônico de desassistência.

Tinha um consultório, eu atendia, mas tudo dependia do Estado, apesar de existir uma parceria com o município. Então assim, a Dires em Itaberaba tinha que assistir o município e as dificuldades que hoje temos aqui de perto, imagine naquela época que era distante. A gente dependia disso, de material, de ter um assistente e o serviço sempre deixou muito a desejar. Eu fazia o que podia quando tinha possibilidade. (CD1)

Em 1997, após a publicação da Portaria GM/MS de nº 2.203, a qual redefiniu o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, buscando a plena responsabilidade do gestor municipal no atendimento das necessidades e demandas de saúde em seu território, o município foi acreditado na forma de Gestão Plena da Atenção Básica, passando a gerenciar o estabelecimento/unidade de saúde do Estado (SESAB, 1997). Entretanto, as condições da assistência em saúde bucal permaneceram inalteradas, uma vez que a gestão municipal não melhorou as condições que criavam instabilidade e paralisações do serviço:

[“...] quando tinha um secretário que priorizava a saúde bucal ele conseguia material pra eu trabalhar, quando não conseguia, eu não fazia nada.” (CD1)

Segundo Chaves e Silva (2007) ao analisarem Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil, revelou que a descentralização não tem sido acompanhada de melhorias na capacidade de gestão dos serviços odontológicos, apesar do aumento no repasse de recursos financeiros para esta área.

Com o processo de municipalização dos serviços, em 1998 foi implantado o Programa de Agentes Comunitários (PACS), com credenciamento de 27 agentes comunitários de saúde (ACS), e entre os anos de 2003-04, a implantação das duas primeiras unidades básicas de saúde: uma na zona rural (São Roque) e a segunda em 2004 na zona urbana (Belarmino Nery), ainda sem equipe de saúde bucal (BRASIL, 2016).

No ano de 2005, o gestor municipal fez a contratação de um cirurgião dentista para atuar nas unidades de saúde e no consultório odontológico do antigo posto do Estado que passou a revezar com a servidora de vínculo estadual, e no ano de 2008, por questões políticas, a servidora foi transferida para o município vizinho. Há essa altura, já havia outros dentistas com clínicas privadas no município e a atuação dos dentistas práticos estava mais restrita.

5.1.1.2 A saúde bucal na agenda da política municipal de saúde

A ESF que começou a ser implantada no município no ano de 2003-04 ganhou maior impulso no ano de 2005 quando assumiu um gestor municipal que ampliou o número de equipes implantadas, de duas para seis, atingindo 100% de cobertura no município (BRASIL, 2016).

Em relação às equipes de saúde bucal na ESF, no segundo ano do mandato desse gestor, em 2006, foram implantadas seis equipes de saúde bucal modalidade I, equiparando às equipes de saúde bucal às equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2016).

Na época o governo federal dava uma prioridade para o programa Brasil sorridente. Existiam verbas, incentivos como prêmios, equipamentos, licitações privilegiadas (sic). Então assim, tinha muita coisa que estimulava os prefeitos a investir em saúde bucal [...] esse foi o caso de gestor que implantou a saúde bucal no município. (GS2)

A implantação do CEO foi resultado das parcerias que garantiram ao município uma maior visibilidade no Estado e da apresentação formal da intenção à Comissão Intergestora Bipartite, em 2006. A aprovação, ad referendum, da implantação de um CEO Tipo II no município, foi publicada na Resolução da CIB 139/2006 (SESAB, 2006).

Nesse mesmo ano, o município foi indicado pelo CRO-Ba para concorrer à seleção nacional do Prêmio Brasil Sorridente pelo comprometimento do município na implantação de políticas públicas efetivas na área de saúde bucal, recebendo uma menção honrosa.

Aqui no município já temos o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), e nós costumamos dizer que em dois anos e meio o município saiu do inferno odontológico para o céu. Porque nós vivemos numa cidade de apenas 17 mil habitantes, onde ainda se praticava o charlatanismo na odontologia. Nós recorremos ao CRO e à Universidade Federal da Bahia e implantamos seis Unidades de Saúde da Família, incluindo aí o atendimento odontológico. Agora estamos inaugurando o CEO, graças à parceria com o CRO-BA e a UFBA. (CFO, 2007)

A cobertura populacional das equipes de saúde bucal (cobertura potencial) teve um início promissor com 100% de cobertura, com baixas oscilações nos anos seguintes, essas associadas aos contratos precários de serviço e da reduzida oferta de profissionais na região. No início, os profissionais eram contratados diretamente pela prefeitura. A partir de 2010, predominou a contratação por cooperativa de saúde, em regime celetista.

No início tínhamos dificuldade pela distância, porque geralmente quem vinha para cá eram os jovens. Então o jovem acabava de se formar e vinha, aí depois de quatro meses surgia uma nova oportunidade numa cidade mais próxima no entorno salvador-feira na capital e em cidades grandes como Conquista, Feira de Santana e Barreiras e ele ia embora. (G1)

Entre os anos de 2007 e 2011 o tempo médio de permanência do cirurgião dentista no município era de aproximadamente quatro meses ¹(BRASIL, 2017). Com o objetivo de aumentar o tempo de permanência dos profissionais de saúde no município, visto que todo o quadro de saúde de nível superior vinha de outras cidades, em 2008, foi criada a casa de saúde, conhecida como “casarão”. A casa de saúde era destinada a todos os profissionais de saúde vinculados à prefeitura e era mantida pela gestão, com o pagamento de aluguel, água e luz. O gestor acreditava que a não permanência estava associada, também, ao vínculo social e a casa seria uma forma dos profissionais de saúde que chegavam sozinhos de outras localidades serem acolhidos e se integrassem, diminuindo assim a evasão desses profissionais.

Por conta da necessidade de fixar os profissionais de saúde, não só dos dentistas, surgiu a ideia da casa de saúde. Geralmente eram jovens solteiras, enfim, e para melhorar tanto a questão da habitabilidade na questão da convivência. A casa deu certo e com isso diminuímos essa rotatividade. (G1)

[...] eles davam casa, então isso facilitou um pouco pra quem é de fora ficar aqui no município, porque todo mundo morava junto na mesma situação [...] a gente continuou mais pela “família” que a gente construiu dentro do “casarão”. (CD2)

Outra medida tomada pela gestão municipal foi à realização do concurso público. Em 2011, foi realizado o primeiro concurso municipal para o quadro de nível médio, já inserido neste as vagas de Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) (SMS, 2011), sem a exigência de ter certificação, ficando o treinamento e adequação nas mãos dos cirurgiões dentistas.

No ano seguinte, foi realizado o segundo concurso público para provimento de cargos efetivos de nível superior, com 10 vagas para cirurgião dentista e seis vagas para ASB com lotação nas seis unidades de Saúde da Família e no Centro de Especialidades Odontológicas (SMS, 2012).

¹ O tempo médio de permanência (T_{mp}) foi calculado a partir do tempo final (T_f) menos o tempo inicial (T_i) do registro de cada profissional, em cada unidade de saúde da família, obtendo assim o tempo de permanência (T_p). Depois, foi efetuado a soma do tempo de permanência de todas as unidades, e o valor obtido foi dividido pelo número de profissionais que tiverem registro no período de 2007 a 2011, resultado no tempo médio. Para o levantamento dos registros foi utilizado a base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES).

“O concurso veio primeiro pela legalidade, existia uma cobrança do Ministério Público e segundo no sentido de fixar o profissional. O concurso público garante estabilidade, tem férias, tem décimo terceiro, plano de cargos e salários.” (G1)

“Com o concurso fica mais difícil de sair, porque com o contrato em outros municípios a gente não consegue férias nem décimo terceiro e ainda tem que ficar fazendo presença onde o político do município estiver.” (CD2)

O projeto de governo da SMS foi centrado na organização da rede assistencial em saúde bucal, visando a: ampliar o acesso da população ao tratamento odontológico por meio da implantação das equipes de saúde bucal na ESF; implantar o CEO; adequação dos recursos humanos, definindo basicamente duas linhas de ação, em consonância com a PNSB. Foi consenso entre os entrevistados que a saúde bucal fazia parte do projeto de governo na gestão que assumiu em 2005, destacando o CEO como expressão da referida política. Apesar dos documentos institucionais, em particular o Plano Municipal de Saúde, apresentam-se sem detalhamento para a área de saúde bucal, apenas recomendando a implantação da PNSB.

Isso se dá porque a interpretação da estrutura normativa de uma política pública é influenciada pelas concepções de mundo dos atores que irão executá-la e de suas condições materiais. Desse amálgama nasce à ação, a política pública de fato (LIMA; ASCENZI, 2013).

Para Baptista e Rezende (2015) os problemas se apresentavam de forma distinta e ganham diferente atenção do governo. Assim, denominou “agenda” a lista de assuntos e problemas sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele concentram sua atenção num determinado momento. Destacando também que o processo de mudança da agenda se altera a medida que os cenários políticos se modificam.

5.1.1.3 O retrocesso das conquistas setoriais

No ano de 2013, com a mudança da gestão municipal, a saúde bucal saiu da “agenda”, com efeitos concretos observados na redução do número de EqSF com EqSB (de 6 para 3), na falta crônica de materiais de consumo, da precária manutenção dos equipamentos e do desmonte do CEO, que deixou de ser referência para as especialidades odontológicas, complementares aos procedimentos realizados pela atenção básica, e se transformou em unidade “abrigo” para as EqSB, que por motivo de reforma ou problemas estruturais nas suas unidades de origem, migraram para o CEO.

[...] já tem mais ou menos uns seis meses que não existe atendimento, porque os equipamentos estão quebrados e não tem material de consumo e quando chega é em número insuficiente, você consegue atender uma semana e para [...] sem material e equipamentos não dá pra fazer nada. (CD3)

“O serviço especializado nos últimos quatro anos não existiu, nós perdemos os profissionais. Hoje o CEO é praticamente um espaço físico com quatro salas que recebiam os dentistas das unidades que os postos estavam quebrados. ”(CD3)

Hoje temos problemas com infraestrutura, material, fluxo, manutenção e uma população gigantesca. Muitos dos dentistas que hoje estão como concursados foram dentistas contratados pelo município e no momento que chegamos aqui a gente era muito motivados e com o tempo toda a equipe foi desmotivada, muita gente foi embora. (CD2)

Eu não vejo agilidade e nem interesse em concertar uma unidade que está com problema que fica sem funcionamento por seis meses, oito meses. Eu vejo que não é uma coisa que dão importância, se dessem, concertariam na mesma semana. (GS1)

[“...]a gente começou a ter dificuldade de trazer especialistas para a cidade ou de pessoas que tivessem disposição de fazer no CEO a especialidade. ” (CD1)

Na última gestão (2013-16), simultaneamente ao desmonte dos serviços de atenção básica e do CEO, houve a implantação de um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), e a adesão do município ao Programa Saúde sem Fronteiras, uma estratégia da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia que reúne serviços considerados de difícil acesso para a população, entre eles o de Odontologia (Odontomóvel)(SESAB, 2017).

Os serviços de odontologia foram oferecidos por meio de um caminhão, com 10 cadeiras odontológicas, que permaneceu no município por **cinco dias**. Sua presença na cidade foi paralela e desarticulada à rede municipal de serviço de saúde bucal e nem contou com a inclusão das Equipes de Saúde Bucal– que estavam ociosos por falta de materiais e de manutenção nos equipamentos.

Tais ações fragmentadas e pontuais, distantes dos atributos da APS efetiva, baseadas no vínculo longitudinal, na integralidade pressupõem a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, deveriam estar superadas em prol das boas práticas recomendadas pelas políticas brasileiras de atenção básica e saúde bucal no SUS.

O gestor municipal vê a saúde bucal como curativa e não dá muita ênfase, não investe. Se fosse colocar numa escala a saúde bucal ia estar lá em baixo. O que eu tenho percebido é que eles dão mais ênfase num projeto de distribuição de próteses. (GS3)

Supõe-se que muitas dessas dificuldades estejam relacionadas ao porte populacional dos municípios, pois os de grande porte, com maior poder econômico, teriam uma melhor estrutura de serviços disponível para o desenvolvimento das ações de saúde, quando comparados aos municípios de médio e pequeno porte (PIMENTEL et al., 2012).

Essa imprevisibilidade deve-se às seguintes características: em primeiro lugar, há uma multiplicidade de atores de diferentes tipos de organizações com interesses diversos, que são agregados para operar a política. Tais atores interagem em uma trajetória de pontos de decisão nos quais suas perspectivas se expressam. Em segundo lugar, os atores mudam com o passar do tempo. Isso faz que a interação também mude, pois mudam as perspectivas e a percepção que um ator tem do outro. Essa mudança de atores insere pontos de descontinuidade e de necessidade de novas e mais negociações (LIMA; ASCENZI, 2013).

Em relação ao controle social, as atas das reuniões do conselho não foram disponibilizadas tendo o acesso restrito ao relatório da 3ª conferência municipal de saúde (2015), que teve entre as propostas aprovadas:

“Apoiar a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, garantindo mais investimentos financeiros e de pessoal no âmbito dos municípios.” (SMS, 2015)

Em relação à Ouvidoria, embora o município tenha instituído a mesma formalmente por meio da Portaria de nº 086 de 31 de janeiro de 2014, a ausência de sede específica ou de profissional designado para tal função impossibilitou o acesso aos resultados da implantação desse serviço.

5.1.2 A coordenação setorial na gestão das práticas de saúde bucal

Em relação à gestão da área técnica de saúde bucal, a coordenação teve três dentistas no período investigado, um no período de 2010 a 2012(GS1) e outros dois entre os anos de 2013-15(GS2) e 2015-2016 (GS3), correspondendo respectivamente aos mandatos dos gestores municipais. A idade dos gestores variou entre 23 e 36 anos, e dois eram do sexo feminino, sendo que apenas um já havia tido experiência na gestão setorial em outro

município. Este, também foi o único que desempenhava apenas a função de coordenador, os demais atuavam tanto na coordenação, como na assistência odontológica no município. Em relação à escolaridade, todos apresentavam curso superior de odontologia e nenhum possuía formação na área de saúde pública ou áreas correlatas.

Os resultados foram agregados de acordo com dois aspectos: **o lugar estabelecido** para a saúde bucal no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, a relação com outros setores, estrutura, funções e competências previstas; e características da **prática gerencial** setorial.

5.1.2.1 A saúde bucal no organograma da Secretaria Municipal de Saúde

Até 2008, a gestão da saúde bucal no município era atribuição do diretor de postos de saúde, já que não existia na estrutura administrativa do município um cargo que fosse, especificadamente, responsável pela área de saúde bucal (SMS, 2007). A partir de 2009, por meio da lei municipal nº 219/09, passou a existir o cargo comissionado de Diretor de Odontologia do Complexo Municipal de Saúde Preventiva, no organograma da SMS, vinculado a SMS (SMS, 2009).

O complexo trata-se de uma unidade que abrange os serviços da farmácia básica, fisioterapia, rede de frios, USF- Centro, incluindo o CEO. Embora, do ponto de vista do organograma, o cargo remeta apenas a gestão do CEO, suas atribuições estabelecidas em lei são referentes à gestão de todos os profissionais de odontologia do município.

O Diretor de Odontologia, com carga horária semanal de quarenta horas (40h), tem as seguintes atribuições:

- I- Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades dos profissionais de odontologia do CEO- Centro de Especialidades Odontológicas e das demais Unidades Odontológicas do Município;
- II- Estabelecer sistema de distribuição adequado dos profissionais de odontologia disponíveis no Município, de forma a atender plenamente a demanda;
- III- Avaliar o desempenho dos profissionais de odontologia no Município, sugerindo as adequações necessárias;
- IV- Emitir laudos e pareceres relacionados aos serviços odontológicos prestados pelo município para subsidiar a secretaria municipal de saúde;
- V- Atuar como diretor geral, responder e assinar pelo serviço odontológico municipal perante todas as instâncias de saúde Municipal, Estadual e Federal;
- VI- Desenvolver outras atividades correlatas. (SMS, 2009)

Dessa forma, na prática, o CD que assume o cargo de Diretor de Odontologia, tem

sido o interlocutor da gestão central para todos os serviços com odontologia da rede municipal, subordinado a coordenação de atenção básica e a secretária municipal de saúde. Embora esta hierarquia não esteja disposta no organograma.

5.1.2.2 A prática gerencial

Podemos conceituar a gestão em saúde como um campo de ação humana que visa à coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metabolos/objetivos. Trata-se, portanto, de um campo de ação que tem por objeto o trabalho humano que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores (BRASIL, 2009). Nos serviços públicos de saúde a gerência possui, também, a incumbência de fazer a mediação entre as políticas públicas, as opções do governo e o projeto ético, técnico e político que o SUS representa (CASTANHEIRA, 1990).

No contexto histórico de emergência do campo da administração, o surgimento da gerência sinaliza, principalmente, a redução da autonomia dos trabalhadores sobre a tarefa, condição legitimada pela separação nas organizações sociais entre o momento da concepção e o da execução das atividades de trabalho (GUIZARD; CAVALCANTE, 2010).

A prática gerencial em saúde bucal, com a ampliação da atenção básica e a implantação dos CEO e dos LRPD exigem uma gestão em redes de cuidados progressivos e em relação especificadamente ao subsistema da saúde bucal na ESF requer um olhar diferenciado sobre os dados coletados (KRIGER; CARVALHO, 2012).

Segundo Souza (2012) o processo gerencial de uma unidade de APS apresenta três dimensões: o planejamento e avaliação, a administração de recursos e a coordenação do processo de trabalho da equipe.

No município as atividades da gestão setorial podem ser divididas em dois momentos: de 2005 a 2012 e entre 2013 e 2015, em sintonia com a mudança do perfil da gestão assumido na própria Secretaria Municipal de Saúde.

O primeiro, quando a saúde bucal era parte da agenda da política municipal de saúde, era caracterizado pela disponibilidade de recursos financeiros para o setor com consequente contratação de profissionais e uma rotina de manutenção dos equipamentos e reposição de materiais de consumo. Nesse cenário, a gestão setorial era entendida como responsável pelas atividades administrativas e operacionais do CEO e das equipes de saúde bucal na ESF, ficando a coordenação de atenção básica responsável pelas questões relacionadas ao

planejamento do serviço de odontologia na ESF.

Eu confesso que quando eu era coordenadora a organização do trabalho era deixada com o dentista e a equipe. Geralmente parte mais da enfermeira do que da coordenação de saúde bucal em si. Como as enfermeiras estão mais ligadas a isso, elas criavam as ações e incorporavam os dentistas e médico [...] até porque a coordenação de saúde bucal é mais voltada para as questões odontológicas, pelo menos aqui no município [...] de ver se está tudo funcionando, se os dentistas estão trabalhando, de ter material e até de criar estratégias, mas para a saúde bucal e não para a saúde bucal inserida na Saúde da Família. (GS1)

No segundo momento (2013-16), o quadro de profissionais já era de concursados, mas com uma gestão municipal que retirou da agenda a área de saúde bucal o que significou: um menor aporte de recursos para área, um maior número de problemas de infraestrutura e acordos informais de carga horária com os profissionais. As atividades de coordenação, então, limitavam-se as questões administrativas, como por exemplo, a confecção de listas de material e controle da folha de ponto, e da atuação como intermediário entre as demandas dos profissionais e a gestão central.

O gestor de saúde bucal do município só é cobrado pra manter a organização de materiais e UBS em funcionamento. (...) atualmente o trabalho está sendo só fazer conferência de material, distribuição, conferir prazo de validade, descartar e organizar estoque. (GS3)

Aqui foi mais difícil ser coordenador, porque o trabalho era maior, a equipe é de profissionais concursados. Então assim, eles têm muitas exigências e o gestor, em contrapartida, não supria essas exigências e nem fazia exigências a eles. (GS2)

Eu pego os problemas de todas as UBS e passo para o secretário de saúde que ele, ou resolve ou passa para o gestor municipal [...] muitas vezes são coisas simples, porém eu não tenho o recurso para organizar e resolver. (GS3)

A ausência de autonomia financeira foi também um fator apontado no estudo de Soares e Paim (2011) em Salvador, Bahia, que muito contribuiu para o insucesso, pois desencadeou uma série de outros problemas, tais como: falta de regularidade no fornecimento de insumos para as unidades de saúde e na manutenção dos equipamentos odontológicos.

Aquilante e Aciole (2015) evidenciaram em estudo que a maioria dos coordenadores municipais de saúde bucal do Departamento Regional de Saúde de Araraquara não sabiam sequer indicar o percentual do orçamento municipal destinado à saúde bucal. E que a gestão dos serviços de saúde bucal era, em quase a totalidade dos municípios que participaram do

estudo, realizada pelos cirurgiões dentistas.

A coordenação se reunia toda primeira quarta-feira do mês para o “desabafo”, infelizmente não passava disso. Os dentistas traziam suas demandas, seus problemas e reclamações e eu anotava, mas sabia que quando chegasse ao gestor não seriam atendidas. (GS2)

Os dentistas concursados nessa gestão fizeram acordos com o secretário de saúde de trabalhar uma carga horária menor do que às 40h semanais em compensação aos direitos garantidos que não estavam sendo pagos. Por conta disso, eu que sou a diretora do complexo, não tenho autonomia para cobrar, já que o meu superior já tinha acordado. (GS1)

Assim, percebe-se que independente da priorização da área pelo gestor municipal a atuação dos gestores setoriais se limitava aos aspectos administrativos, se existia um gestor que priorizasse a área, essa atuação era mais forte e caso o contrário ela não acontecia (SOARES; PAIM, 2011). Não existia o empoderamento e nem a disputa pelo espaço dentro do cenário da saúde. Os recursos já são limitados e não existindo uma atuação representativa da gestão setorial, a área acabava sendo marginalizada.

Eu acho muito difícil um prefeito priorizar a saúde bucal em meio a tantas outras necessidades. Existem municípios que tem um FPM alto e sobra dinheiro para eles fazerem saúde bucal tranquilamente. Agora um município como o nosso que não consegue nem pagar suas contas é complicado, porque é um serviço caro [...] é difícil você ter um município com seis PSFs e mais quatro cadeiras no CEO funcionando todos os dias e não precisar de manutenção todos os dias, de compressor, de cadeira, de autoclave [...] então é um serviço que sempre vai ter gastos e as peças em odontologia são muito caras. (GS2)

Primeiro que eu não tinha tempo suficiente pra dar um período, uma carga horária na secretaria, e mesmo que tivesse uma sala de coordenação de saúde bucal eu não poderia ficar lá às quarenta horas [...] a prefeitura também não tinha interesse de fazer isso por ser um gasto a mais. Já que a saúde bucal tinha já seus gastos teria que ter um gasto a mais para essa reestruturação. Então eu fiz um acordo que eu trabalhava algumas horas por semana de acordo com a necessidade e que a prefeitura ia apenas me remunerar por esse serviço prestado. (GS2)

Foi o que Soares e Paim (2011) identificaram em Salvador, Bahia, que embora haja uma identificação dos problemas da área da saúde bucal pelos coordenadores da área estes não possuem capacidade propositiva e força política, que assegure a inclusão de suas ações no rol das ações da SMS.

Segundo Lessa e Vettore (2010) os gestores de saúde bucal são responsáveis pelo planejamento e programação, o suporte aos profissionais e as práticas e a integralidade da

atenção, entendida como o sistema de referência para outros níveis de complexidade e serviços disponíveis. Tais autores encontraram no seu estudo sobre a gestão da atenção básica em saúde bucal, no Ceará, que os gestores de saúde bucal realizavam atividades como: reuniões, oficinas regionais, criação de núcleos para a divulgação dos dados, além da supervisão do trabalho desenvolvido pelas equipes e o suporte material e instrumental para as atividades de atenção básica em saúde bucal e a garantia do serviço de referência.

Bastos, Soratto e Sônego (2013) encontraram em seu estudo que a coordenação de saúde bucal não realizava planejamento das ações e apontava como facilidades no desempenho do cargo a liberdade para a compra de materiais necessários para o serviço e a manutenção dos equipamentos atribuindo como dificuldade à carência de profissionais capacitados para atuar no serviço público.

Para Pires e Oliveira (2007) os coordenadores pesquisados são unânimes em afirmar que as relações políticas são fortes e preponderantes no âmbito municipal e que a inserção da Saúde Bucal no rol de preocupações dos poderes executivo e legislativo depende da ação direta do prefeito, com diferente poder de negociação, tanto com os secretários municipais de saúde quanto com os conselhos municipais de saúde. Some-se a isto a dificuldade em lidar com os processos de gestão do SUS, a organização do serviço, estruturação da rede e os percalços político/organizacionais.

Em relação ao monitoramento e avaliação das práticas de saúde bucal que são ferramentas relevantes para a organização das ações de saúde bucal na atenção básica, o município não desenvolveu estratégia local, a não ser a pactuação dos indicadores de Saúde Bucal do Pacto de atenção básica do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013), que são os instrumentos de escolha para o acompanhamento das ações de saúde bucal no país segundo as diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Os indicadores pactuados em 2011 foram “Cobertura populacional das ESB” e “Média de escovação supervisionada”, e em 2013, o indicador de Proporção de exodontias em relação aos procedimentos individuais (BRASIL, 2013).

Entretanto, estes indicadores foram pactuados de forma vertical sem o envolvimento das equipes de saúde bucal no município ou do “Diretor de odontologia”, sem o estabelecimento de meios para o seu cumprimento, caracterizando uma pactuação burocrática e formal.

O estudo de Souza e Roncalli (2007) em municípios do Rio Grande do Norte apontou que a avaliação das ações de saúde bucal foi uma medida estritamente administrativa, pouco compartilhada pelos gestores com as equipes de saúde bucal. As medidas de avaliação

usualmente empregadas pelos municípios constituíram-se como métodos frágeis, uma vez que há poucos indicadores específicos para a saúde bucal como também registros incorretos nos SIA-SUS pelos municípios.

Aquilante e Acirole (2015) encontraram também uma gestão e avaliação dos serviços de saúde bucal bastante burocrática e pouco participativa nos municípios do Departamento Regional de Saúde de Araraquara, São Paulo, indicando a necessidade de criação de espaços de gestão colegiada, de indicadores de avaliação de processos – além dos indicadores de resultados já existentes – e realização de levantamentos epidemiológicos de maneira sistemática e periódica.

Os resultados dos indicadores mostraram uma redução da cobertura populacional das ESB na ESF de 44% entre os anos de 2011 e 2015, o que anteriormente já tinha sido apresentado como um resultado positivo, relacionado com a mudança da gestão municipal, é agora reflexo do desmonte da rede municipal de saúde bucal. Em relação ao indicador “Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada” no primeiro ano do registro (2011) o município alcançou a meta estimada, no ano seguinte ficou com o resultado bem abaixo da meta, no ano de 2013 o indicador não foi pactuado e no ano de 2014 ficou abaixo da meta. Os resultados do ano de 2015 não foram disponibilizados (BAHIA, 2016). Os resultados encontrados podem ser atribuídos ao Programa de Saúde na Escola (PSE), pois a escovação é uma das atividades que integra as ações de saúde bucal do componente I do programa (avaliação das condições de saúde), o qual o município fez a adesão nos anos de 2011, 2013 e 2014 (BAHIA, 2016).

Fischer et al. (2010) ao analisar os indicadores de saúde bucal do pacto de atenção básica do SUS em municípios do Sul do Brasil, encontrou que os municípios com maiores índices de desenvolvimento humano apresentaram maior proporção do indicador “Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada”, sugerindo que regiões mais ricas, as mais escolarizadas, podem apresentar, portanto, maior preocupação com medidas preventivas.

Em relação ao indicador “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos individuais”, instituído em 2013, o resultado encontrado foi significativamente superior em relação às metas: no primeiro ano (2013) 6,6 vezes maior, no segundo ano (2014) aproximadamente 2 vezes maior e no ano terceiro ano 2,5 vezes maior. Considerando que quanto menor o resultado maior a qualidade do tratamento ofertado pelas Equipes de Saúde Bucal, pois significa que o município passa a ofertar, além das extrações dentárias, outros procedimentos mais conservadores, pode-se perceber que houve uma melhora do indicador, não mantida no ano seguinte. Tal resultado pode ser associado à redução no número de

equipes de saúde bucal, no mesmo período, com o aumento da pressão da demanda por procedimentos cirúrgicos de urgência.

Fernandes e Peres (2005) identificaram que existe uma tendência na organização da atenção voltada para procedimentos conservadores nos municípios com maior número de profissionais atuando no serviço público. E uma correlação negativa entre a proporção de exodontias e cobertura de consultas odontológicas, ou seja, quanto maior a cobertura de primeiras consultas odontológicas para fins de diagnóstico e plano de tratamento, menor a proporção de exodontias no município. De outra forma, quanto mais programado é o serviço, menores são as taxas de mutilação.

Lessa e Vettore (2010) em estudo sobre a utilização dos serviços de saúde bucal encontraram que a redução na utilização de serviços era possivelmente relacionada à estrutura física de consultórios odontológicos e materiais de consumo, necessários à manutenção da oferta de serviços odontológicos à população assistida.

A falta de provisão de serviços especializados ou a não disponibilidade e funcionamento adequado de um sistema de referência e contra referência para os mesmos pode, também, estar associada a essa situação (FISCHER, et al., 2010).

Não suficiente o fato de que a regra tem sido pactuar os indicadores de forma vertical, a adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) também foi realizada à revelia das Equipes. O município fez a adesão de três equipes de Saúde da Família com equipe de Saúde Bucal no segundo ciclo (2014) e a adesão ao primeiro ciclo do PMAQ-CEO (2014), mesmo com o centro de especialidade sem condições de funcionamento, e com apenas um profissional cadastrado. No terceiro ciclo (2015) foram cadastradas todas as EqSB. Em ambos os processos a adesão significou apenas uma formalidades em qualquer movimento de autoavaliação e mudança nos padrões de organização dos serviços e da qualidade do atendimento. Os resultados da certificação das equipes de saúde bucal que aderiram o segundo ciclo de 2014 foram: duas desclassificadas (66,7%) e uma com o desempenho mediano ou um pouco abaixo da média (33,3%) (BRASIL, 2017(a)).

O PMAQ-AB tem como um dos objetivos o estabelecimento da cultura de avaliação nos serviços de saúde e na pactuação de um projeto de mudança no processo de trabalho. O PMAQ-AB está organizado em quatro fases complementares: adesão por parte das equipes e contratualização de metas junto ao MS; desenvolvimento de uma autoavaliação e da adoção de medidas locais para a melhoria no processo de trabalho; recebimento de uma avaliação externa para fins de certificação; e a recontratualização (BRASIL, 2013).

No entanto, percebe-se que no município o foco está no incentivo financeiro que o Programa oferece, descaracterizando a proposta de institucionalização dos processos avaliativos nos serviços de saúde, já que no município não houve uma contratualização participativa, nem a autoavaliação que remete a análise e reflexão sobre as práticas, ou mesmo a adoção de medidas locais para a melhoria no processo de trabalho.

Campos (2010) já falava da necessidade de se ampliar a democracia institucional, sugerindo a adoção de sistema de co-gestão e de apoio institucional; ou seja, reformas que concretizem formas de poder compartilhado entre gestor e equipe, entre clínico e equipe, entre profissionais e usuários. Segundo essa perspectiva, o planejamento, a avaliação e, mesmo, eventuais contratos de metas dever-se-ão realizar de modo participativo e com apoio institucional. Democratização institucional não apenas como um meio para efetivar mudanças sociais, mas “um fim em si mesmo”.

5.2 ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As práticas foram analisadas pela perspectiva dos profissionais, com análise das entrevistas realizadas com três cirurgiões dentistas identificados pelos códigos (CD1), (CD2) e (CD3). Sobre suas características, todos os entrevistados eram do sexo feminino, com idade de 29, 31 e 53 anos. Quanto à formação, dois entrevistados tinham entre 5-6 anos de conclusão de graduação e outro, 29 anos. Dois dos participantes apesar de terem concluído o curso após a reforma das diretrizes curriculares que denotam que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (BRASIL, 2002), desconheciam a ESF, ou conheciam no campo da superficialidade, sem vivência prática. O outro participante concluiu a formação em um momento em que a profissão ainda era, na prática, hegemonicamente de natureza liberal e orientada para o mercado; não tendo na graduação experiências no campo da saúde pública. Quanto ao tempo de trabalho na rede, dois possuíam seis anos e um quatro anos.

Nenhum dos participantes teve experiência prévia na Estratégia Saúde da Família e nem participaram de curso introdutório para a ESF. Também não possuíam pós-graduação na área de saúde coletiva ou áreas afins, e nem sentiram necessidade ou interesse pela área.

Quanto a outros vínculos empregatícios, dois dos três participantes possuíam empregos em consultórios particulares.

As dimensões de análise desta etapa, descritas a seguir, foram: o acesso à saúde bucal e o processo de trabalho das equipes de saúde bucal, esta última com três subdimensões: acolhimento, vínculo/responsabilização e co-gestão, e integralidade da atenção à saúde bucal.

5.2.1 Acesso à Saúde Bucal

O conceito de acesso adotado pelo estudo foi o de acesso potencial (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVAL, 2006) considerando-o como as características do serviço na garantia de utilização do mesmo, como: **localização geográfica e adscrição populacional; presença do profissional na unidade; sistema de agendamento de serviços e acesso as especialidades odontológicas complementares ao cuidado prestado pelas equipes de SB**. Ou seja, as variáveis que afetam a porta de entrada do usuário no serviço, facilitando ou dificultando, a prática de cuidado em saúde bucal na APS.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004) compreende-se como universo de

atenção à saúde bucal, toda a população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família. Os serviços de saúde bucal devem ser organizados de forma a acolher a demanda espontânea e os casos de urgência e dar respostas às necessidades sentidas pela população, o que contribui para a legitimidade da equipe na comunidade em que está inserida.

No município, a localização geográfica das Unidades Saúde da Família seguiu a portaria GM/MS 648/06 que definia a infraestrutura, recursos necessários e a disposição territorial baseada na adscrição **populacional**. A base de cálculo na época era de no máximo 4000 habitantes e a média recomendada de 3.000, e de no máximo 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2006). Como, em 2003, a população no município girava em torno de 17 mil habitantes, com aproximadamente 35% da população rural e 65% da população urbana (IBGE), o município foi dividido em seis áreas de saúde de acordo com a distribuição populacional.

A zona urbana foi dividida em três áreas de saúde: uma no centro e duas nas extremidades. A zona rural, composta por oito distritos, foi organizada em três áreas de saúde. Cada área representava um ou mais distritos e a escolha da unidade sede respeitou o critério de maior densidade populacional; nos distritos descobertos foram instalados postos de saúde (PS). Os PS são unidades de menor densidade tecnológica que funcionavam como unidades satélites, vinculadas e cobertas pela mesma equipe da unidade sede, que dividia os turnos entre todas (SMS, 2011).

Uma década depois (2006 a 2016), observa-se uma profunda distorção na cobertura da ESF na cidade: enquanto aproximadamente 75% da população vivem na zona urbana, com alto grau de vulnerabilidade social e econômica, e é coberta por apenas três equipes da ESF; a população da zona rural, que representa somente 25%, tem disponível o mesmo número de equipes. Um dos gestores entrevistados faz a seguinte análise:

Para a época foi uma distribuição quase que equitativa, hoje eu vejo que houve uma migração. Nós estamos falando de 10 anos, a cidade cresceu como um todo, mais para as pontas, por isso que o centro hoje é o que possui uma menor população. O que inchou foram as extremidades. Quem é que veio para essas extremidades? As pessoas da zona rural migraram para a cidade, para as periferias. (G1)

Travassos et al. (2000) ao avaliar a equidade no uso de serviços de saúde a partir de duas dimensões (geográfica e social), pontua que, embora necessária, a equidade geográfica não é condição suficiente para o alcance da equidade social.

Existia uma disparidade grande de demanda em cada unidade, tinha dentista que sofria com uma população muito grande de 5.000 pessoas, 6.000, enquanto tinham outros com uma população de 2.000 pessoas. (GS2)

Segundo Santiago, Werneck e Ferreira (2010) a inclusão das equipes de saúde bucal na ESF apesar de favorecer o acesso ainda permanece a dificuldade de acesso ao atendimento odontológico integral devido à grande demanda reprimida.

Faccin, Sebold e Carcereri (2010) ao avaliar o processo de trabalho em saúde bucal na ESF em um município da Região Sul, também identificaram que o excesso de população na área de abrangência destaca-se como fator crucial para a organização do processo de trabalho, repercutindo na falta de acesso e no desgaste dos profissionais.

Além da grande demanda Szpilman e Oliveira (2010) pontuam as diferenças entre o atendimento odontológico ao atendimento médico e de enfermagem acrescentando que, no caso da Odontologia, o paciente tem 32 dentes, muitas vezes com 32 necessidades, o que acarreta longos períodos de tratamento. Além disso, o atendimento não é apenas para uma doença, mas para um indivíduo, num contexto e com suas múltiplas necessidades de saúde.

Rodrigues e Assis (2005) ao analisar a dinâmica organizacional da oferta e demanda dos serviços de saúde bucal em Alagoinhas, Bahia, encontraram que o acesso é condicionado por dificuldades como a grande demanda e a pouca possibilidade de oferta. Não basta o serviço estar disponível, pois este não é acessível à maioria da população adscrita.

Na UBS do Centro são em torno de 3mil pessoas [...] na minha prática, eu não acho tão ruim, porque eu trabalho num posto que abrange uma população de classe A e B. Meu posto é um posto do “centro” que por conta disso, parte da população que eu cubro não procura o posto como referência, ela procura o serviço particular. Então, apesar de terem três mil e pouco pessoas, eu diria que um pouco mais da metade disso é que procura o posto. Tanto que, quando o serviço está fluindo, todos os dias da semana, chega um determinado momento que falta paciente no posto. (CD3)

Travassos et al. (2000) em estudo sobre desigualdades na utilização dos serviços no Brasil após a implantação do SUS, encontraram que as pessoas mais pobres têm menor chance de consumir serviços de saúde comparativamente às mais ricas.

Jaccottet et al.(2012) ao avaliar as necessidades de tratamento odontológico e da capacidade produtiva da rede de atenção básica em saúde bucal no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, evidenciaram as acentuadas diferenças nas necessidades de tratamento por estratos de renda, apontando para um quadro de iniquidades dos agravos bucais. Sendo a população de menor renda, a que apresenta maior necessidade acumulada de tratamento

odontológico,

No estudo de Barros e Bertoldi (2002) foi verificado um diferencial considerável entre acesso aos serviços de saúde bucal e os diferentes grupos de renda, sendo identificado que a proporção de atendimentos odontológicos pelo SUS foi 16 vezes maior entre os mais pobres, porém esses utilizaram três vezes menos os serviços do que os mais ricos. Tais iniquidades no acesso aos serviços odontológicos foram expressos pelo profissional da equipe de saúde bucal:

Vou lhe dizer que na minha área são mais de cinco mil pessoas, e são cinco mil pessoas que utilizam o serviço [...] a população não tem condições de ir para o serviço particular [...] eu não consigo atender todo mundo que precisa [...] eu tenho um número limitado de fichas, limitado de atendimento, limitado de kits, limitado por outros fatores também. (CD2)

A área onde a unidade supracitada está inserida é carente e o acesso ao serviço de saúde bucal é realizado segundo critérios pouco claros, alheios à comunidade. Agravado pela histórica oferta insuficiente para o atendimento de uma demanda, resultando em dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal, mantendo muitos destes usuários excluídos do sistema. Tais achados de dificuldade de acesso foram corroborados no estudo de Rodrigues e Assis (2006).

Para agravar, como as equipes da zona rural estão sediadas no distrito mais populoso, os usuários dos demais distritos se deslocam para a zona urbana à procura do atendimento, sobrecarregando ainda mais as unidades centrais.

“Então assim, pra dar conta de cinco mil pessoas, fora os que aparecem de outras áreas que não tem dentista, é difícil.” (CD2)

Eu acho que o mais difícil é para zona rural [...] quando não tem o profissional na unidade os pacientes têm que se deslocar para a zona urbana [...] às vezes não tem condição financeira, é caro, não consegue carona, porque aqui não tem sistema de transporte público. (CD1)

“Como eu já passei por outras unidades, eu sei que na “roça” as pessoas têm uma maior dificuldade, principalmente pela questão de transporte. ” (CD2)

“Eu acho que a dificuldade da USF da zona rural não era a demanda, mas a questão dos povoados, das fazendas que dificultava as pessoas chegarem à unidade ou permanecerem

no tratamento.” (CD3)

Até aqui, percebe-se que a disposição geográfica das unidades representa um problema para as unidades da zona rural e seus respectivos PS, pela questão da dificuldade no deslocamento (acesso geográfico). Já para a zona urbana, a localização geográfica das unidades se constitui ao mesmo tempo numa facilidade e num impasse para o acesso, devido ao deslocamento de uma população “desterritorializada” em busca de serviços.

Não podemos negar, também, que a realidade em foco não foge da característica que marca a maioria dos municípios brasileiros e, principalmente, os nordestinos – a desigualdade social. É nesse panorama, portanto, que os aspectos econômicos, sociais, demográficos, culturais e epidemiológicos interferem no processo saúde-doença, constituindo um quadro complexo e heterogêneo que aumenta a demanda por assistência em todos os pontos de atenção, limitando as condições de acesso e/ou da resposta às necessidades de saúde. E tudo isso produz um tipo de demanda – demanda reprimida (MORAIS; KLIGERMAN; COHEN, 2015).

Quanto à presença do profissional na unidade, a cobertura populacional das equipes de saúde bucal (cobertura potencial) teve um início promissor, em 2006, com 100% de cobertura, com baixas oscilações nos anos seguintes, essas associadas aos contratos precários de serviço e da reduzida oferta de profissionais na região.

De forma a qualificar a informação sobre a rotatividade dos profissionais na rede básica, realizou-se análise das informações do SCNES entre os anos de 2007 e 2011. Evidenciou-se que o tempo médio de permanência do cirurgião dentista no município era de aproximadamente quatro meses. Com o objetivo de aumentar o tempo de permanência dos profissionais de saúde no município, visto que todo o quadro de saúde de nível superior vinha de outras cidades, em 2008, foi instituída a casa de saúde, conhecida como “casarão”.

Outra medida tomada pela gestão municipal foi à realização do concurso público em 2011, para o quadro de nível médio, já inserido neste as vagas de Auxiliares de Saúde bucal. Vale ressaltar que no referido concurso não foi exigido o curso de ASB, ficando o treinamento e adequação nas mãos dos cirurgiões dentistas.

No ano seguinte (2012) foi realizado o segundo concurso público para provimento de cargos efetivos de nível superior, com 10 vagas para cirurgião dentista e seis vagas para auxiliar de saúde bucal a serem distribuídas entre as seis unidades de Saúde da Família e quatro no centro de especialidades odontológicas. Assim, em 2012, 100% dos funcionários do serviço odontológico no município passaram a serem servidores públicos concursados (SMS,

2012).

A partir do ano de 2013, com a mudança da gestão municipal, foram observados um declínio no número de EqSF com EqSB e no desmonte do CEO. Esse declínio pode estar associado ao não cumprimento dos direitos trabalhistas, pois embora todos os profissionais fossem concursados, as garantias de insalubridade, plano de cargos e salários, e adicional de especialidade não foram colocados em prática, ou seja, remuneração insuficiente, direitos trabalhistas não cumpridos. Resultados semelhantes foram encontrados por Soares e Paim (2011) em Salvador, Bahia e Aquilante e Aciole (2015), em Araraquara, São Paulo.

Tal situação culminou no pedido de exoneração de dois profissionais no primeiro ano pós-concurso (2013), no segundo ano (2014) a exoneração de mais um e a licença de outro, permanecendo ao final de 2016 apenas um profissional cadastrado no centro de especialidade, e quatro nas equipes de Saúde da Família, um na zona rural e três na sede. Ou seja, rotatividade presente, apesar do vínculo como servidor público.

A maioria dos cirurgiões dentistas que permaneceram acabaram por celebrar acordos com o gestor municipal, que cedia em relação ao cumprimento da carga horária em troca de favores políticos, situação também identificada em outras realidades, de acordo com Paim e Soares (2011). Comprometendo ainda mais o quadro de acesso aos serviços de saúde bucal no município, uma vez que reduz o tempo de permanência do profissional na unidade.

“Os dentistas concursados nessa gestão fizeram acordos com o secretário de saúde de trabalhar uma carga horária menor do que às 40h semanais em compensação aos direitos garantidos que não estavam sendo pagos. ” (GS1)

“Nessa última gestão (2012-2016) muitos colegas escancararam seus acordos políticos para o não cumprimento da carga horária. ” (CD2)

Segundo os fundamentos do SUS e das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, a APS deve possibilitar o acesso universal e contínuo, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, atendendo demandas livre e programada, desenvolvendo ações que priorizem os grupos de riscos, necessidades de saúde e vulnerabilidades (BRASIL, 2011).

Na prática a organização do sistema de agendamento não conta com orientações institucionais, ficando o estabelecimento das formas e dos critérios a cargo de cada cirurgião dentista. Critérios, como: vias de agendamento, nº de atendimentos, horários/dias de

funcionamento, tempo de espera/intervalo entre o agendamento e a consulta, conduta frente aos pacientes faltosos e as formas que a equipe mantém o usuário informado sobre o acesso aos serviços, tudo isso é variável de unidade para unidade.

Por muito tempo a maioria das unidades da zona urbana atendia por demanda livre, entregando fichas diárias por ordem de chegada, mais os atendimentos de urgência.

[“...] antigamente era ficha, o paciente chegava cedo pra pegar ficha e era atendido no dia.” (CD1)

Fator semelhante encontrado em Alagoinhas (Bahia), onde a marcação das consultas se dá pela demanda espontânea, usando-se filas e distribuição de ficha por ordem de chegada (RODRIGUES; ASSIS, 2005). Assim como também observado no Estado do Paraná, onde a livre demanda é a porta de entrada para o atendimento odontológico, o que demonstra a dificuldade de adaptação à nova lógica de atenção proposta pelo PSF (BALDANI et al., 2005).

Já nas unidades da zona rural devido ao menor número de habitantes e da dificuldade de deslocamento, o atendimento é aberto às urgências, mas o seguimento é feito por meio de agendamento, como relatado pelo CD3:

“O atendimento na USF da zona rural sempre foi agendado, desde quando eu cheguei lá já era assim e eu mantive essa conduta.” (CD3)

A partir do ano de 2016, por meio de uma decisão administrativa, todas as unidades da zona urbana deixaram de entregar fichas diárias e passaram a realizar o agendamento. Não há, também, padrão para os agendamentos, por exemplo, uma das equipes entrevistadas aproveitou o agendamento para aproximar o processo de trabalho aos princípios da APS garantindo a longitudinalidade da atenção por meio da garantia de vagas para o retorno dos pacientes, já em outra unidade o agendamento representou a manutenção das práticas voltadas para o atendimento à livre demanda com a concentração das filas/fichas em dias marcados mantendo-se assim a luta do paciente para continuidade do tratamento.

Foi uma solicitação do secretário de saúde que achou o número de atendimentos baixo por dia, e tinha tido alguém que tinha tirado uma foto e postado na rede social de um aviso que tinha o número de fichas que seriam distribuídas naquele dia de uma forma ridicularizada. (CD2)

Para alguns, tal decisão, embora de natureza autoritária sem a participação da EqSB, representou uma melhora na organização da porta de entrada aos serviços; já para outros, representou a manutenção, já que a demanda e as condições de trabalho foram mantidas.

Na verdade, ficha e agendamento é a mesma coisa pra mim, pois apesar de hoje ser agendado é um número limitado, então como a demanda é muito grande eu tenho que avisar aos ACS para que toda população fique sabendo, então forma uma fila no dia do agendamento. Pra mim é como se eu tivesse concentrado as filas de antigamente todas num dia só, porque a pessoa vai ter que ir pra fila, porque não sobra, a verdade é essa, não sobra! O que mudou foi que antigamente as pessoas madrugavam na fila e pegavam uma ficha, hoje elas dão o nome. (CD2)

Para Rodrigues et al. (2010) o agendamento que hoje existe para a organização da demanda a atenção odontológica na verdade representa as “filas em listas” excluindo assim apenas as “filas reais”. Além disso, vários pacientes são marcados para o mesmo horário e o sistema acaba funcionando pela ordem de chegada.

Com o estabelecimento do sistema de agendamento o acesso do usuário ao serviço passou a se dar de três formas; via agendamento na unidade por meio do ASB e variava entre uma vez por mês, a cada quinze dias ou semanal; via ACS sem definição clara dos critérios para o agendamento, ficando na maioria dos casos para os pacientes com dificuldade de locomoção; e via equipe da Saúde da Família, que na maioria das vezes se restringia ao encaminhamento de gestantes pela enfermagem.

“Nos casos dos pacientes que não podem pegar ficha eles falam com o ACS e o ACS fala comigo que eu guardo uma vaga pra ele.” (CD2)

[“...]a enfermeira encaminha as gestantes e às vezes o médico pede uma avaliação.” (CD1)

“Normalmente eram encaminhamentos de alguma gestante que entra na unidade pra eu acompanhar.” (CD2)

“A enfermeira encaminhava as gestantes da unidade.” (CD3)

[“...] hoje ele chega ao posto, entra em contato com minha auxiliar e ela faz o agendamento do paciente.” (CD1)

Com relação à organização da demanda com a discriminação de riscos e o atendimento às urgências, percebe-se que os entrevistados disseram realizá-la basicamente a partir de dois conceitos: do risco biológico e das “prioridades garantidas por lei”.

[...] alguns pacientes são priorizados para conseguir atendimento, por exemplo, paciente idoso, gestante e pacientes psiquiátricos. Esses três especificamente têm o acesso facilitado. A gente prioriza no sentido de garantir a vaga sem a necessidade de ir ao dia do agendamento. Já no dia do atendimento geralmente a gente não prioriza. Pacientes como: diabéticos, hipertensos, não tem prioridade. Eles são agendados e atendidos como qualquer outro paciente, a não ser que por conta da condição ele necessite ser atendido primeiro no momento da consulta.(CD1)

“Idosos, pacientes especiais a gente prioriza e o restante por ordem de chegada. ”
(CD3)

Em relação ao número de atendimentos diários agendados, permaneceu o mesmo número quando o atendimento era via “filas e fichas”. Convencionou-se o atendimento de nove pacientes por dia mais o atendimento das urgências, sem número limitado. Os nove atendimentos são justificados pelos profissionais pela ausência de kits para todo o atendimento diário, ou da falta de autoclave em todas as unidades.

“A agenda é organizada de segunda à sexta com cinco atendimentos agendados pela manhã e quatro pela tarde e ainda tem a demanda livre que são as urgências. Aqui no município a gente não limita o número de urgências. ” (CD2)

“Eram nove pacientes... dez [...] lá não tínhamos autoclave e os atendimentos eram realizados pela manhã e meu auxiliar levava o material para ser esterilizado no hospital. ”
(CD3)

Em relação ao intervalo de tempo entre o agendamento e a consulta, os relatos sugerem que o intervalo esteve associado a obstáculos organizacionais como: a manutenção dos equipamentos e a reposição do material de consumo. Realidade também encontrada por Bastos, Soratto e Sônego (2013) no Estado de Santa Catarina. Ou seja, a instabilidade do serviço, variando de unidade para unidade.

O tempo entre o agendamento e o atendimento depende. Nós estamos aqui com um problema sério de manutenção dos equipamentos, coordenação mesmo pra que as coisas antes de acabarem aqui serem repostas para não parar o atendimento porque os pacientes são agendados. Existe uma demanda de retorno então enquanto não resolverem os problemas que estão acima da gente vai ficar difícil. Hoje espera acabar pra poder chegar daqui a três meses, é complicado. (CD2)

“Hoje em dia o tempo entre o agendamento e o atendimento é de no máximo 15 dias porque a gente abre a agenda uma vez por mês. ” (CD1)

“O tempo médio entre a marcação da consulta e o atendimento é de uma semana no máximo. ” (CD3)

Como apresentado anteriormente, apenas uma das equipes entrevistadas garantiu vagas de retorno para os usuários por meio do agendamento. Para as demais equipes, o intervalo entre a marcação da consulta e o atendimento representa o caminho que o usuário deve percorrer, seja ele semanal quinzenal ou mensal quando as vagas são novamente oferecidas, representando uma falsa cobertura.

Em relação aos pacientes que faltam ao atendimento odontológico agendado o município não adota nenhuma estratégia oficial/unificada, ficando mais uma vez a critério do profissional.

Há uma média de quatro pacientes faltosos por semana [...] nós não temos uma lista de espera. Quando o paciente vem na urgência, a gente anota o nome e o telefone e quando falta alguém a gente acaba ligando. É como se a gente criasse uma “lista de espera não oficial”. Quando não existe essa “pessoa” eu tento aumentar o número de procedimentos daquele outro paciente anterior ao que faltou. (CD1)

Em relação às formas que a equipe mantém o usuário informado sobre o acesso aos serviços odontológicos no município, a maneira mais utilizada é via ACS:

[“...] a gente (Cd e ASB) entra em contato através do grupo do WhatsApp informando quantos agendamentos serão e os dias de agendamento para os ACS passarem nas suas devidas áreas informando a população para que eles vão à fila. ” (CD2)

“Os usuários são informados da rotina do atendimento odontológico pelos ACS. ”
(CD3)

Para Sabardin e Lodi (2013) as EqSB deveriam criar cartazes informativos sobre os cuidados em saúde bucal e disponibilizar na recepção os horários de atendimento, os serviços realizados, o número de vagas disponibilizadas diariamente e os critérios de agendamento,

tudo isso, de forma clara e acessível. De fato, o que importa é ampliar as formas de comunicação com o usuário, hoje grande parte da população tem telefone (celular) e utilizar este recurso, via mensagem, para marcar ou desmarcar consultas seria uma alternativa para organização da agenda.

Em relação ao serviço de referência e contra referência os entrevistados não entendem o papel da atenção primária na coordenação do cuidado, deixando muitas vezes o paciente solto na rede:

“Os pacientes que necessitavam de atendimento especializado eu preenchia a guia e entregava para o paciente levar.” (CD3)

Aquilante e Acirole (2015) analisando o processo de referência e contra referência nos municípios do Departamento Regional de Saúde de Araraquara, perceberam que ele está limitado à questão burocrática, em que cada nível de atenção “empurra” o usuário para os serviços do outro nível.

Assim, nessa dimensão, constata-se que no município ainda há importantes problemas, tais como: a dificuldade de acesso geográfico às unidades da zona rural, a concentração da demanda nas unidades da zona urbana, a precária organização da porta de entrada, questões de infraestrutura que implicam na descontinuidade da atenção e a falta de apoio da gestão setorial, são elementos que se interpõe na qualidade de do acesso do usuário aos serviços de saúde bucal.

Agravado pela atribuição ao cirurgião dentista na organização do acesso aos serviços de atenção à saúde bucal (formas, marcação, número etc.) sem considerar as condições que extrapolam o âmbito da equipe, como a grande demanda reprimida, as questões de manutenção dos equipamentos e a reposição dos insumos, refletindo o caráter individual da profissão, que controla o seu processo de trabalho, sendo ao mesmo tempo planejador e executor de suas atividades (RODRIGUES; ASSIS, 2005).

5.2.1 Dimensão processo de trabalho

Nessa dimensão foram analisadas as práticas de saúde bucal na perspectiva dos dispositivos do cuidado: acolhimento, vínculo/responsabilização e co-gestão, e integralidade da atenção à saúde bucal.

5.1.2.2 Acolhimento na organização do processo de trabalho em SB na APS

Nesta categoria, o acolhimento foi entendido como uma tecnologia leve (tecnologia das relações) que deve ser usada na perspectiva de implantação de novas práticas de saúde bucal. Trata-se de uma postura de escuta com compromisso de dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário (NUTO, et al., 2010; SABARDIN; LODI, 2013), uma possibilidade de organizar (DINIZ, 2012) e universalizar o acesso (NUTO, et al., 2010; SABARDIN; LODI, 2013) ou ainda um novo modo de organizar o processo de trabalho em saúde bucal (DINIZ, 2012; NUTO, et al., 2010; SABARDIN; LODI, 2013) centrado no usuário.

Entendemos que o acolhimento acontece nos microespaços das relações individuais e coletivas, seja na recepção, na clínica, no tipo de acesso, nas palestras e reuniões desenvolvidas, no tipo de oferta de serviço, entre outras formas relacionais e comunicacionais existentes entre trabalhadores de saúde e usuários (SANTOS; ASSIS, 2005).

Os critérios utilizados para análise da incorporação do acolhimento nas práticas foram: o **entendimento do acolhimento**, se centrado no sujeito, se voltado para as necessidades, ou uma visão centrada na oferta dos serviços; **existência de protocolos** para a implantação do acolhimento; **acolhimento a demanda espontânea em saúde bucal**; e, **acolhimento como estratégia de organização da demanda**, com o estabelecimento de critérios de risco/vulnerabilidades.

No presente estudo todos os entrevistados disseram realizar acolhimento, embora o entendimento do acolhimento parecesse se limitar a ideia de recepção humanizada dos usuários e respostas as suas demandas:

[...] acolhimento é uma recepção de forma humanizada, é receber o outro de uma forma que ele se sinta acolhido ali dentro, porque ninguém vai procurar uma unidade de saúde caso não esteja com algum desconforto ou precisando de algum apoio. (CD2)

É você receber o paciente e transmitir uma segurança pra o paciente. Quando

... você vai diretamente para parte técnica e você atende o paciente, você percebe a necessidade dele e a carência no geral, não só da saúde bucal mais no geral. No acolhimento desse paciente você já sente essa necessidade, essa carência. Então, se você puder melhorar um pouco de tudo só com o acolhimento, não só no atendimento já é satisfatório. (CD3)

Resultados semelhantes foram encontrados por Rodrigues et al. (2010) ao analisar as práticas da equipe de saúde bucal na ESF em Feira de Santana, Bahia, onde a maioria dos profissionais entrevistados associa o sentido do “acolher” estritamente ao tratamento hospitalareiro e não como uma postura de implicação e responsabilidade com o problema trazido pelo usuário.

Na investigação no município, apenas um profissional, destacou a dimensão mais ampliada do conceito de acolhimento, quer seja no aspecto de escuta e atendimento às necessidades de saúde do usuário, quer compreendendo que o acolhimento envolve uma dimensão institucional, de organização do serviço de forma a favorecer espaços e práticas acolhedores e humanizados.

[...] acolhimento é você receber o paciente, entender todas as suas necessidades não só a referente à sua área, dar a ele um retorno, mesmo que no momento você não possa dar um retorno de procedimento, de execução, dar um retorno do que pode ser feito por ele, as instruções, explicar o que o posto fornece para a melhoria da saúde dele, da família e dar as opções para que ele possa realizar o seu tratamento. (CD1)

Santiago, Werneck e Ferreira, 2010, encontraram que na maioria das unidades de Saúde da Família de Belo Horizonte, Minas Gerais, os cirurgiões dentistas reconhecessem o acolhimento como um ponto importante no processo de trabalho na ESF. Entretanto, na maioria das unidades estudadas, o acolhimento ainda não ocorria, ou era realizado de forma precária pelos profissionais, seja por falta de interesse da ESB, ou até mesmo por falta de conhecimento dos profissionais.

Estudo de Chaves e Silva (2007) ao avaliar a atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil, em dois municípios baianos, encontraram que o acolhimento foi à dimensão mais crítica identificada em ambos os municípios. Tal crítica foi associada à persistência de filas em busca de atendimento e a desumanização pela ausência quase completa de estratégias para acolher as necessidades dos pacientes que procuram a unidade.

De outra forma, Nuto et al., 2010, ao descreverem a organização da demanda na ESF no município de Fortaleza, Ceará, encontraram o acolhimento e a escuta qualificada das

necessidades dos usuários, como a forma de acabar com as filas por ordem de chegada, a espera desnecessária dos usuários e a ampliação do acesso ao serviço odontológico.

Assim, embora o acolhimento estivesse presente nas falas dos entrevistados, no presente estudo não foram encontradas estratégias ou protocolos definidos, ou o desenvolvimento de ações que considerassem o usuário em sua integralidade biopsicossocial. As práticas de saúde bucal se limitam as atividades ambulatoriais sem o desenvolvimento de ações que necessitam incluir todas as perspectivas do processo saúde-doença, dando respostas de promoção e proteção à saúde.

Em relação ao acolhimento à demanda espontânea em saúde bucal, todos os entrevistados afirmaram realizá-lo. Para os entrevistados, a demanda espontânea é sinônimo de “urgências”, que não tem número limitado no cotidiano da clínica e que são, na maioria das vezes, apenas medicadas, sem a realização da intervenção.

Nós fazemos prescrição, não vou dizer que é uma regra e a depender do dia, da situação eu costumo só prescrever, mas digamos assim: chegou urgência e o último paciente faltou. Nesse caso eu costumo a fazer procedimento, **mas isso seria uma exceção**. A regra é passar medicação e todos os pacientes já sabem disso. Eles já entram na sala sabendo que vai ser prescrito ou agendado ou pede para voltar quando tiver agendamento para ser marcado. A maior parte dos casos é por dor, então a maior parte dos casos vai necessitar ou de um tratamento endodôntico ou de extração. É raro um paciente que venha para a urgência e você consiga recuperar o dente. Como a gente não faz tratamento endodôntico a maioria vai para a extração mesmo. (CD1) (grifo autor)

Urgência não é uma palavra que o paciente usa, mas quando ele chega ao posto e fala com a auxiliar que precisa ver a dentista e ela pergunta o que ele tem e ele responde que está sentindo dor. Basicamente é “dor”, e a auxiliar já se reporta a mim como “urgência” [...] o atendimento das urgências é priorizado em relação aos pacientes agendados. (CD1)

Nesses pacientes, caso eles cheguem com dor de dente a gente vai avaliar se é necessário intervir na mesma hora. Normalmente não dá pra intervir na mesma hora, solicitamos exames complementares e se der já agendamos ou pedimos que ele retorne ao posto quando for ter agendamento. (CD2)

“Demanda espontânea são as urgências [...] eu medico e se for necessário intervenho.” (CD3)

Assim, os resultados encontrados no presente estudo demonstram que embora todos os profissionais entrevistados dissessem realizar o acolhimento, o entendimento de acolhimento

por parte dos profissionais se encontrava nos lócus da mera escuta ou escuta desqualificada, conforme já discutido por AYRES (2004). Entretanto tal escuta não desencadeia resultados práticos, na discriminação do risco, na oferta acordada de soluções, nas alternativas aos problemas demandados ou de instrumentalizar a geração de procedimentos e ações organizadas.

Segundo Coimbra et al. (2011) o acolhimento com o estabelecimento de critérios torna-se imperativo para garantir a equidade do serviço, uma vez que a oferta do serviço é menor que a procura por atendimento, principalmente nos serviços em que não se consegue diminuir a lista de espera, e, nem o número de atendimento odontológico emergencial.

Para Casotti et al. (2014) organizar os serviços de saúde bucal de acordo com as necessidades da área adscrita, com pactuação de critérios de risco e vulnerabilidade, com o desenvolvimento de protocolos locais de atenção e com a construção de linhas de cuidado qualificaria o acesso e a integralidade da Atenção em Saúde Bucal.

O acolhimento se coloca enquanto uma estratégia de reformulação no modo como têm se dado as relações interpessoais no processo de trabalho em saúde, implicando na reconfiguração de um novo modelo tecnoassistencial que viabilize os princípios do SUS. Para tanto, o acolhimento busca: uma maior humanização do atendimento; uma ampliação da garantia do acesso; uma efetiva responsabilização dos profissionais para com a saúde desses cidadãos e a consequente constituição de vínculos, assim como visa imprimir uma maior resolutividade ao serviço (SANTIAGO; WERNECK, FERREIRA, 2009).

5.2.1.2 Vínculo/responsabilização e co-gestão

Para a análise dessa categoria optou-se por agrupar as subdimensões vínculo, responsabilização e co-gestão pelos poucos elementos coletados nas entrevistas e por entender a interligação entre elas.

Vínculo é responsabilizar a unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência, através da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução (BRASIL, 2004), remetendo a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde (BRASIL, 2011). Corresponsabilização no sentido de implicar-se com os problemas e demandas do usuário na garantia de respostas resolutivas e no enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território (BRASIL, 2004). Para tanto, as formas de poder

devem ser compartilhadas entre gestor e equipe, entre clínico e equipe, entre profissionais e usuários voltados para a valorização da autonomia dos trabalhadores e usuários, e sobre a busca da integralidade e de novas formas de cuidado no trabalho em saúde (CAMPOS, 2010).

Para a análise desta subdimensão foram estabelecidos alguns critérios, como: **reconhecimento do território e a identificação da população adscrita; a continuidade da atenção; construção da autonomia dos sujeitos; trabalho em equipe; o papel da coordenação de SB e o envolvimento da comunidade na gestão das práticas.**

Como ponto de partida para o desenvolvimento de tais ações pressupõe-se o reconhecimento do território de atuação e da população sob responsabilidade das UBS e das equipes (BRASIL, 2011). Segundo Assis et al. (2007) essa identificação da população adscrita, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber atendimento na unidade, é a representação do vínculo. Como estratégias para essa identificação/reconhecimento, as normativas brasileiras, como a PNSB, 2004 e a PNAB (2011), trazem a epidemiologia e o reconhecimento das características sobre o território, em sua concepção ampliada (geográfica, cultural, social, redes de serviços) como práticas essenciais para as equipes. Estas implicam no conhecimento do território por meio de estratégias diversificadas, como diagnóstico situacional por estudo epidemiológico ou cadastro populacional, elaboração de mapas dinâmicos, levantamento de equipamentos e áreas de risco e grupos de maior vulnerabilidade, realização de visitas domiciliares e ações comunitárias, setoriais e intersetoriais.

No presente estudo, todos os entrevistados relataram que o conhecimento da área e do perfil da população adscrita se dava principalmente por meio do atendimento clínico ambulatorial e, poucas vezes, por meio das atividades extra consultório, como visitas domiciliares, atividades nas escolas e levantamentos epidemiológicos. Apesar dos entrevistados reconhecerem as ações no território, como importantes para a realização do planejamento e do desenvolvimento de ações mais resolutivas, justificam a ausência de tais atividades pela grande demanda populacional e na cobrança tanto da gestão como da população pelos atendimentos clínicos ambulatoriais.

Eu conheço a minha área pelo tempo de atuação nessa unidade e também por conta dos atendimentos e das ações que tinham como ação no bairro e vista domiciliar. A cidade é pequena, eu conheço as ruas que tem calçamento, e as que não tem, as que tem saneamento básico e as que não tem. Assim eu consigo traçar o perfil por conta disso. (CD1)

“Eu conheço pela população que procura o serviço e nas visitas a escola.” (CD3)

Em relação à visita domiciliar apenas um dos entrevistados relatou ter realizado, mas não detalhou, outro disse que nunca realizou e o outro, relatou que embora tenha mostrado interesse em realizar foi impossibilitado pela ausência de transporte:

Desde que eu cheguei aqui no município, eu perguntei, se a gente estava fazendo visita domiciliar e o enfermeiro da minha unidade deu risada e me disse que só se fosse com o meu carro, porque para usar carro da prefeitura era difícil [...] até porque nunca me fizeram solicitação de visita. (CD2)

Segundo Faccin, Sebold e Carcereri (2010) a visita domiciliar é um recurso útil para a SB quando utilizada com objetivos bem delimitados, como em situações nas quais a dinâmica familiar interfere significativamente no processo saúde doença e a presença do profissional in loco traz benefícios para a compreensão da realidade do usuário. Outro exemplo é o estabelecimento ou fortalecimento do vínculo, quando há problemas de adesão ao tratamento.

No entanto, tal atividade ainda é pouco executada pelos profissionais, e quando o é, não há priorização da visita de acordo com o risco das famílias a serem visitadas (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006).

Quando questionados sobre a realização de levantamento epidemiológico, dois dos entrevistados não haviam realizado e um havia realizado em escolares mediante proposta do PSE, se restringindo ao preenchimento das fichas, sem uma avaliação crítica das informações levantadas.

Quando eu trabalhei no Centro eu fiz um levantamento através do PSE de todas as escolas que estavam na lista. Fiz o levantamento “vírgula”, porque não anotava as necessidades das crianças. Preenchia apenas aquelas fichas do PSE mesmo. Era pra servir para alguma coisa, mas a atividade foi orientada apenas para vir a verba. (CD2)

O desconhecimento da realidade epidemiológica da população adscrita, assim como o planejamento das ações sem o conhecimento prévio das necessidades locais e, conseqüentemente a realização de atividades que não levem em consideração o critério de equidade comprometendo assim o processo de trabalho e a acessibilidade aos serviços, foram resultados compartilhados por outros autores (AQUILANTE; ACIOLE, 2015; MORAIS; KLIGERMAN; COHEN, 2015; RODRIGUES; ASSIS, 2005; RODRIGUES et al., 2010; PIMENTEL et al., 2012).

Esse movimento em direção ao território é um desafio para a Odontologia na ESF, principalmente por causa da mentalidade da população, que acredita que os lócus de trabalho

dos profissionais da Equipe de Saúde Bucal, em especial do cirurgião-dentista, é o consultório odontológico, onde deve prestar assistência de modo integral aos pacientes que o procuram ou que estão agendados, e assim não compreendem a importância dessa ação (SOUZA, 2007).

Essa estranheza também se faz presente pelo próprio profissional que, tradicionalmente isolado no consultório, parece não compreender seu papel como membro de uma equipe e expressa desconhecimento sobre a própria ESF (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

“Eu acho que seja importante conhecer a comunidade, mas existe uma necessidade maior pelo tratamento mesmo.” (CD3)

A manutenção dessas práticas voltadas para a clínica sem considerar o território leva a um ciclo de necessidades desassistidas. Uma vez que, o modelo de atenção à saúde voltado exclusivamente ao atendimento clínico acaba por acumular enormes necessidades de tratamento (JACCOTTET et al., 2012) as quais o serviço não consegue responder devido à oferta limitada, e essa é a mesma demanda que justifica a manutenção dessas práticas clínicas.

Assim, como apontado por outros autores, a grande demanda acumulada e a falta de planejamento representam as principais dificuldades para a incorporação de atividades extra clínicas no âmbito da saúde bucal nas unidades de Saúde da Família (AQUILANTE; ACIOLE, 2015; ARAÚJO; DIMENSTEIM, 2006; MORAIS; KLIGERMAN; COHEN, 2015).

Outra dificuldade apontada entre os entrevistados no estabelecimento do vínculo e da responsabilização foi à descontinuidade da atenção, que anteriormente era ligada ao atendimento por demanda livre, por meio de fichas, em que a responsabilização pela continuidade cabia somente ao usuário e, atualmente vinculada as questões estruturais do serviço como a manutenção dos equipamentos e reposição dos insumos.

Eu não tenho esse vínculo com o paciente e acho que isso é herança da época da ficha em que o paciente vinha e pegava a ficha para ser atendido. Ele não tinha garantia de retorno, às vezes ele não retornava, às vezes ele retornava em um mês, um ano, enfim, a gente não tinha aquele contato contínuo e dependia exclusivamente da vontade do paciente, dele se dispor a acordar cedo todos os dias para tentar completar um tratamento. Hoje em dia nós temos uma marcação e isso tem melhorado o sistema. Os pacientes são agendados e ao sair da consulta já tem agendado o retorno, o que facilitou para o paciente conseguir o atendimento e facilitou também pra gente ter a continuidade e ter a satisfação de terminar o tratamento daquele paciente. (CD1)

A avaliação da responsabilização do usuário, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde bucal tende em responsabilizar as próprias pessoas por todos os problemas de saúde que apresentam, desconsiderando os condicionantes sociais e econômicos que interferem na saúde da população. Isto implica na ausência de responsabilização dos serviços para a construção colaborativa com os usuários de planos de cuidado ampliados capazes de produzir conhecimento, responsabilização e autonomia (AQUILANTE; ACIOLE, 2015).

O estabelecimento do vínculo permite que a negociação caminhe para um consenso de necessidades e responsabilidades, impedindo que o ato terapêutico esteja centrado no trabalhador, mas que, ainda assim, não seja realizado puramente pela manifestação de desejo do usuário. O vínculo precisará, portanto, interagir com ambas as possibilidades na busca da melhor conduta cuidadora (SANTOS et al., 2008).

“Muitas vezes o paciente chega com uma demanda e eu falava o seguinte pra o paciente: “isso é o que você quer, mas você tem outras prioridades”. Então eu ia para as outras prioridades, mas nunca deixei de atender as necessidades do paciente.” (CD3)

Nas narrativas dos entrevistados, percebeu-se uma ambiguidade na relação autonomia-concentração de poder na relação profissional-usuário, posto que ouvir o outro não significa ceder, passivamente, a um comando. A estratégia escolhida pelo trabalhador parece não construir autonomia, pois não cria um espaço para negociações e pactuações, no qual as demandas dos usuários poderiam ser contextualizadas e redefinidas. Desconsiderar essa potencialidade pode significar um não vínculo, e ceder simplesmente aos anseios da comunidade pode representar uma não responsabilização frente aos desafios de transformação que estão delineados no cotidiano das práticas em saúde bucal (SANTOS et al., 2008).

Santos et al. (2008) em Alagoinhas, Bahia, foi observado que os usuários comparecem ao serviço de saúde com uma expectativa de atendimento, manifestando claramente o que querem. E, mesmo sinalizando suas demandas e/ou necessidades, os usuários tinham de negociar a realização do tratamento, não deixando de considerar os limites que cercam as práticas em saúde bucal.

Outro fator complicador no desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde bucal na APS foi o deslocamento das equipes de saúde bucal para o CEO. Por conta de reformas ou problemas estruturais nas unidades de Saúde da Família todas as equipes de saúde bucal se encontram realocadas no CEO, o que tem dificultado o estabelecimento de vínculo entre as equipes e a população adscrita e da EqSB com a EqSF, comprometendo o processo de

corresponsabilização e co-gestão.

“Eu estou deslocada da minha unidade porque não tem expurgo no posto [...] o que dificulta a participação de alguma atividade.” (CD2)

Eu estou há seis anos e pouco aqui e nos últimos quatro anos eu não atendi na minha unidade. A minha unidade passou um período em reforma e outro período quebrado [...] e eu passei a atender em uma sala do CEO. Inclusive isso é uma queixa das pessoas do meu posto, que o meu paciente não tinha contato com o restante da equipe e que não existia essa ligação minha com a unidade. É separado, você percebe isso, o paciente me vê como algo separado, e eu sou. Na minha experiência atual eu me relaciono apenas com minha ASB e com a recepcionista do CEO. (CD1)

Santos et al. (2008) ao avaliarem estabelecimento do vínculo na construção de autonomia dos sujeitos que engendram as práticas de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) em Alagoinhas, Bahia, encontraram que os usuários experimentavam uma sensação de não pertencimento ao terem que se deslocar para outro espaço, onde todos os trabalhadores lhes são estranhos, com exceção da equipe de saúde bucal.

Para a PNSB, ao inserir a EqSB em uma equipe multiprofissional há a possibilidade de construção de um novo modelo, já que afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam (BRASIL, 2004).

Como apontam Bastos, Soratto e Sônego (2013) dentre as facilidades para realizar as atividades das ações em saúde bucal na ESF, foram listadas a possibilidade de acesso aos grupos operacionais terapêuticos através dos contatos realizados pelos agentes comunitários, proximidade e integração entre a comunidade e o profissional devido à confiança que se estabelece através dos anos de permanência na mesma localidade; apoio por parte da coordenação de saúde bucal do município; apoio da população; facilidade de vagas para tratamento através do processo de agendamento e união dos profissionais da equipe de saúde.

Assim, as EqSB têm perdido a oportunidade do contato de fato com a ESF, favorecendo ainda mais a manutenção das práticas fragmentadas e limitadas ao consultório.

Eu pratico a odontologia com esses pacientes, eu não acho que pratico os fundamentos da Estratégia Saúde da Família, porque eu estou totalmente desinserida do meu posto. Não tenho contato com os agentes comunitários, não tenho contato com enfermeiro, com médico, com nada. (CD1)

“Eu acho que ser deslocada da minha unidade foi uma perda em relação à interação

com a equipe, a proximidade, o vínculo, a consideração, tudo isso, o que garantiu a permanência das atividades restritas ao consultório. ” (CD2)

Com a atual conjuntura a gestão da saúde bucal na APS ficou restrita ao cirurgião dentista que definia as suas práticas sem o envolvimento da gestão setorial, da equipe de Saúde da Família e da comunidade. Em relação à equipe de saúde bucal e a equipe de Saúde da Família esta relação está comprometida principalmente pelo deslocamento dos profissionais das unidades para o centro de especialidade, não sendo desenvolvidas ações em conjunto, nem reuniões de planejamento.

Dessa forma há uma perda no campo do trabalho em equipe que segundo Souza (2012) a natureza complexa do fenômeno saúde doença impõe que a ESB desenvolva o seu trabalho em conjunto com outros profissionais, compondo uma equipe multidisciplinar. Assim, amplia-se o processo de intervenção sobre um problema que antes estava exclusivamente sob responsabilidade do CD (SABARDIN; LODI, 2013; SANTOS 2006).

Eu que decidia e organizava agenda. Existiam até reuniões da equipe, mas não pra discutir sobre isso. Reuniões que eu digo entre os dentistas, porque entre a minha equipe, não. Eu não era nem informada das atividades que o posto realizava, nem das campanhas de vacinação. (CD3)

Como encontrado também por Bastos, Soratto e Sônego (2013) ao avaliarem o planejamento estratégico das Equipes de Saúde Bucal na ESF de um município do sul do Estado de Santa Catarina, encontraram que a maioria dos odontólogos relataram não existir planejamento das ações e que cada profissional agia de forma individualizada na ESF e não interagiu com os demais profissionais da saúde dentro da unidade.

Diferente das ESB de Pernambuco, que se articulam com os demais membros da equipe de Saúde da Família, realizando ações como reunião administrativa (86,4%), planejamento das ações (86,0%), entre outras (PIMENTEL et al., 2012).

De uma forma geral existiam reuniões das equipes de saúde bucal com a coordenação de saúde bucal, mas estas se limitavam ao repasse de problemas das unidades sem se configurar como um espaço de gestão compartilhada.

“A equipe de saúde bucal se reunia uma vez por mês com o coordenador, mas a reunião era no sentido de passar as demandas de cada dentista. ” (CD3)

Morais, Kligerman e Cohen (2015) ao analisarem o processo de trabalho da equipe de saúde bucal em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro, identificaram que em relação às reuniões de equipe, quando a reunião acontecia tinha apenas a função administrativa.

Em relação à participação da comunidade todos os entrevistados relataram não haver participação da comunidade na definição das práticas de cuidado em saúde bucal.

Resultado semelhante foi encontrado por Aquilante e Aciole (2015) em Araraquara, São Paulo, em relação à participação da comunidade no desenvolvimento do processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal revelando-se incipiente, demonstrando que a população precisa ser empoderada para poder contribuir com a implementação da PNSB.

Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal utilizando medidas de caráter coletivo e individual e mediante o estabelecimento de vínculo, acolhimento e responsabilização (OPAS, 2006-a).

5.1.2.3 Integralidade

A análise desta subdimensão partirá do conceito de integralidade como atributo da APS, que implica o reconhecimento, pela equipe de saúde, de amplo espectro de necessidades considerando-se os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. Requer a oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia de todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias. Assim, a unidade deve contar com arranjos que garantam todos os serviços necessitados pelos pacientes. Mesmo que não ofereça diretamente, a unidade de APS deve assegurar, por meio de encaminhamento, o acesso a serviços especializados (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Assim, pensando na integralidade como princípio de organização do processo de trabalho, esta será aqui avaliada por meio da **articulação das ações de prevenção promoção e recuperação, individual e coletivo, na concepção do processo saúde doença**, com base no conceito ampliado de saúde e na **garantia de continuidade do cuidado em outros serviços de maior complexidade** (BRASIL, 2004, 2011; CONIL, 2004).

Na avaliação da articulação das ações em nível individual e coletivo percebeu-se entre os entrevistados o destaque da concepção da saúde bucal dentro do processo saúde doença, na

determinação das práticas envolvidas. Os entrevistados relataram realizar as práticas de cuidado em saúde bucal apenas de cunho individual, salvo a realização de atividades na escola quando relacionado ao PSE. E tais ações de cunho individual se limitavam as ações clínicas “procedimento-centrado”, na atenção básica, já que os encaminhamentos para a atenção especializada estavam comprometidos pela ausência do profissional no serviço.

Assim, eu não faço nada fora do posto, nada voltado para o programa de Saúde da Família. Antigamente eu fazia sala de espera, mas com a mudança aqui para a sala no CEO deixamos de fazer. Não que isso justifique, mas é o que acontece. Antigamente tinha o PSE, mas já faz dois anos que não existe mais. (CD1)

Hoje minhas atividades se limitam ao consultório, como: consultas, profilaxia, raspagem e alisamento radicular, que atualmente está comprometida por conta do material, exodontia, que é o que mais é feito aqui, restauração, acesso, restauração provisória, acho que só. No meu posto eu já passei por duas fases tinha tempo que era feito dois tipos de restauração definitiva tanto amalgama quanto resina e já teve época de só fazer de resina, porque ficamos sem amalgamador. Também há o atendimento de urgência, mas é só medicação, o paciente tem que voltar via agendamento para ser realizado o procedimento. (CD1)

Percebe-se nas falas anteriores que os profissionais não realizam ações de prevenção e promoção limitando a atuação a realização dos procedimentos clínicos, e conseqüentemente a manutenção do modelo de atenção fragmentado e procedimento centrado. A ausência das atividades de prevenção e promoção é condicionada aos problemas estruturais e de realocação das equipes, e quando desenvolvidas são relacionadas ao PSE, condicionando as atividades à existência do programa.

Chaves e Silva (2007) ao analisarem os meios e processos de trabalho dos cirurgiões-dentistas inseridos na atenção básica em dois municípios da Bahia, observaram um padrão tecnológico referente ao processo de trabalho em um dos municípios caracterizado por uma articulação entre as atividades clínicas individuais, coletivas, preventivas e de planejamento. Enquanto que no outro, as atividades clínicas em consultório eram predominantes.

Santos e Assis (2006) ao analisarem os dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal em Alagoinhas, Bahia, encontraram que a prática de atenção à saúde bucal da realidade pesquisada traduz um viés característico das atividades preventivas na odontologia com o foco centrado na atenção a escolares, o que fragmenta e reduz o campo do cuidado em saúde bucal, pois concentra as ações em uma faixa etária específica.

Faccin, Sebold e Carcereri (2010) ao analisarem o processo de trabalho em Saúde

Bucal na ESF em um município da Região Sul, encontraram um processo de trabalho caracterizado pela manutenção de práticas tradicionais, como o atendimento individual curativo e o trabalho preventivo em escolas.

Resultados semelhantes foram encontrados por Reis, Scherer e Carcereri (2015) ao analisarem o trabalho do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde, observando uma predominância de atividades curativas e preventivas individuais, em detrimento de ações de promoção de saúde coletivas.

Pimentel et al. (2012) ao analisarem o processo de trabalho das equipes de saúde bucal no Estado de Pernambuco, encontraram uma dificuldade de as equipes organizarem seu processo de trabalho com a articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas, além de ações sobre o território.

A prioridade pelas atividades clínicas ambulatoriais também é apontada pela PNSB com a orientação de maximizar a hora-clínica do CD de 75% a 85% das horas contratadas na dedicação à assistência (BRASIL, 2004).

Percebe-se assim, que ainda persistem conflitos em áreas que deveriam ser complementares e não dicotômicas: prevenção x curativo, promoção x atenção, individual x coletivo, consultório x comunidade.

Para Souza (2012) a fragmentação histórica da oferta de ações e serviços em saúde bucal em que o cirurgião dentista desenvolvia suas ações apenas no consultório, hoje leva a estranheza da população e o conflito com os gestores quando no desenvolvimento de ações em outros espaços sociais.

“Pra gestão, assim como pra comunidade, dentista bom é aquele que atende de qualquer jeito, mas atende, é a perpetuação da odontologia reparadora mesmo, que parece não estar só ligada a figura do profissional, mas da sociedade como um todo.” (CD2)

“Porque o que a gente vê é que a população precisa mais da parte curativa, lógico que precisa da parte de prevenção, mas ele se sente atendido quando você executa um procedimento, que você está com ele na cadeira.” (CD3)

Araújo e Dimenstein (2006) relatam a dificuldade dos cirurgiões dentistas, do Rio Grande do Norte, de praticar atividades com a comunidade, pois há muita pressão por tratamento curativo. Na verdade, a dificuldade de organizar o trabalho na ESF, relatada pelos CDs, é reflexo do modelo cirúrgico-restaurador de saúde ainda vigente, no qual a quantidade

de procedimentos predomina como referência de desempenho e qualidade na mentalidade dos CDs e dos gestores.

Araújo e Dimenstein (2006) também observaram que enquanto em alguns locais são realizadas restaurações foto polimerizáveis, em outros só há exodontia, caracterizando a falta de planejamento e organização na utilização dos recursos.

A preferência dos usuários em relação às exodontias são construções históricas, associações que estão impressas no cognitivo coletivo, resultado da oferta exclusiva que predominou durante anos na saúde pública brasileira. Os usuários, então, pela dificuldade de acesso e/ou pela resolubilidade limitada, acabam optando por tratamentos que “finalizem” seu sofrimento, com garantia de que ele não se repetirá, pelo menos em relação àquele dente (SANTOS et al., 2008).

A manutenção do modelo de atenção “procedimento centrado” parece ser reflexo do significado da saúde bucal para os profissionais, quer seja para alguns com uma visão ampliada de saúde, outros com perspectiva restrita ao sentido biológico, da “doença bucal”:

Saúde bucal é você cuidar, prevenir os problemas para que eles não venham a aparecer e cuidar daqueles que já existem, tentando recuperar para que o paciente possa fazer as suas funções de forma plena ou mais próxima do que seria o normal que seria ter a saúde bucal com todos os dentes livres de todas aquelas doenças que acometem. (CD1)

“Para mim está tudo interligado, fazemos parte da mesma equipe, somos um corpo só, e para mim a saúde começa pela boca. ” (CD2)

“É ter saúde na boca, é ter sorriso, é ter conquista se sentir bem, ter vaidade, é ter saúde mesmo. ” (CD3)

Percebe-se nas falas dos profissionais o entendimento da saúde bucal limitada à saúde dos dentes e das doenças que os acometem. Mesmo quando remetem a necessidade da prevenção e recuperação do paciente para o desempenho pleno das e suas funções, não são citadas ações que associem o corpo no contexto social, ainda que alguns remetam a tal resultado, outros, chegam ao máximo a reivindicar a “devolução da boca ao corpo”.

Ou seja, se não há uma visão que inclua todas as perspectivas do processo saúde-doença (SABARDIN; LODI, 2013), o resultado vai ser um atendimento fragmentado com a valorização excessiva da técnica e da especialidade, cujo eixo é ordenado pelo modelo médico-centrado, com resolubilidade limitada (SANTOS; ASSIS, 2006).

O profissional formado para tratar apenas a doença limita sua prática por não perceber algo além da boca e, por percebê-la isolada de um corpo e de um território dinâmico, aborta outras possibilidades terapêuticas. Ao focalizar as ações na enfermidade, o dentista especializa-se em tratamentos cada vez mais complexos, voltando a se distanciar do real sentido das práticas em saúde, que é o ser e não, simplesmente, a doença ou suas sequelas (SANTOS et al., 2008).

Quando questionados sobre o papel da saúde bucal na APS todos os entrevistados limitaram a atuação a: “conscientização da importância dos dentes”, “se na Estratégia Saúde da Família você vai tratar de saúde, você tem que tratar da boca também”.

A micropolítica de organização do trabalho revela, especialmente na atividade clínica, um núcleo do cuidado que continua operando um processo centrado na lógica instrumental e prescritiva, de produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2012; PIRES; BOTAZZO, 2015).

Em relação à continuidade do tratamento depois de instituído o agendamento no município, este ficou a critério do profissional compartilhando com o usuário a responsabilidade sobre a conclusão do tratamento.

“Hoje os pacientes são agendados e ao sair da consulta já tem agendado o retorno dele. Então facilitou para o paciente conseguir o atendimento e facilitou também para gente ter a continuidade e ter a satisfação de terminar o tratamento do paciente.” (CD1)

“Caso ele consiga vaga, ele será agendado, vai ter a primeira consulta odontológica, a gente vai traçar tudo que ele precisa e serão feitos os agendamentos até que ele conclua o tratamento.” (CD3)

É atendimento por procedimento e a depender da condição a gente marca dois retornos. Depende do caso. Apesar de achar que o tratamento devesse ser por tratamento concluído no meu caso eu não tenho condições por conta da demanda. No meu posto uma ideia dessas rolaria até morte, enfim. (CD2)

Chaves e Silva (2007) ao analisar a atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia, quanto à dimensão da atenção integral, percebeu nos municípios estudados que não há garantia ao paciente de término do tratamento, ou seja, após a primeira consulta, o paciente deve “lutar” por outra vaga, tendo que retornar à fila a cada dia que busque o serviço, situação que funciona como obstáculo à continuidade do cuidado. A integralidade aqui é entendida como continuidade do

cuidado.

Santos e Assis (2006) em Alagoinhas, Bahia, encontraram que o atendimento individual é conduzido de maneira pontual; centrado na queixa do usuário; limitado pelo equipamento ou insumo disponível no momento e pelo número de vagas; sem garantia de retorno, restrito a um procedimento por indivíduo.

Para Casotti e Gabriel (2016) garantir que o usuário tenha acesso a ações e procedimentos ofertados na atenção primária até o atendimento de suas necessidades, deve ser considerado um valor inegociável do sistema. Nesse caso, a questão não está relacionada ao tratamento completo que pode envolver outros níveis de complexidade, mas sim à organização dos serviços e das ESB para garantir um conjunto de intervenções (sejam educativas, preventivas ou cirúrgico-restauradoras) necessárias para que o usuário estabeleça melhores níveis de saúde bucal.

Em relação acompanhamento aos níveis complementares de cuidado os resultados foram avaliados a partir da garantia de referência e contra referência, com fluxos e percursos definidos e ordenados espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território.

Nesse sentido, um dos grandes pilares norteadores da PNSB, lançada em 2004, foi à implantação dos CEOs, com o objetivo de garantir o acesso a procedimentos odontológicos de maior densidade tecnológica, na busca pela efetivação da integralidade da atenção (FREITAS et al., 2016).

Os resultados encontrados mostraram uma Rede de atenção à saúde bucal desestruturada, com o serviço de referência desmontado, com a ausência de profissionais cadastrados funcionando apenas como espaço físico para realocação das UBS, comprometendo assim a integralidade da atenção. Pode-se associar a essa desestruturação a implantação prematura do CEO, com pouco mais de um ano de implantação das equipes de saúde bucal na ESF, sem uma estruturação adequada da saúde bucal na APS.

“O serviço especializado nos últimos quatro anos não existiu, nós perdemos os profissionais. CEO é praticamente um espaço físico com quatro salas que recebiam os dentistas das unidades que os postos estavam quebrados, era basicamente isso.” (CD1)

“Sim, tem o CEO que é onde eu estou trabalhando agora, apesar de atualmente o CEO não oferecer nenhuma especialidade.” (CD2)

Esse foi um problema também apontado por Chaves et al. (2010) ao analisarem os fatores relacionados à integralidade na assistência à saúde bucal em centros de especialidades odontológicas, Bahia, com a não recomendação da implantação de CEOs em municípios onde a AB não está adequadamente estruturada. A atenção secundária estaria exposta às pressões da livre demanda e à execução de procedimentos típicos de atenção primária, desviando-se do seu objetivo central, que é garantir a integralidade na saúde bucal ao oferecer procedimentos de maior densidade tecnológica.

Rodrigues et al. (2010) ao analisar as práticas em saúde bucal e sua relação com a construção da integralidade no município de Feira de Santana, constataram como nó crítico no estudo o encaminhamento dos usuários aos serviços de média complexidade. Os profissionais relataram que o encaminhamento dos pacientes era realizado sempre que necessário, no entanto, em muitos casos, o atendimento não é alcançado e os usuários se veem desnorteados, obrigados a recorrer a outros meios para conseguir o tratamento pelo que buscam.

Assim, o sistema de referência a especialidades foi apontado no presente estudo assim como por vários autores (COLUSSI; CALVO, 2011; CRUZ et al., 2010; FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010; RODRIGUES et al., 2010) como um dos grandes problemas que comprometem o desenvolvimento de ações integrais e resolutivas

5.3 ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO CONTEXTO E DAS PRÁTICAS NA IMPLANTAÇÃO DO ACESSO, ACOLHIMENTO, VÍNCULO/RESPONSABILIZAÇÃO/CO-GESTÃO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL NAAPS

Para essa fase foi realizada a associação entre as tipologias (1-a e 1-b) por meio de um quadro síntese com os principais achados relacionados ao contexto e as práticas na implantação do acesso, acolhimento, vínculo/responsabilização/co-gestão e integralidade nas práticas cuidado em saúde bucal na APS. Para tal construção foi proposta a comparação da situação encontrada (baseada no contexto e na análise de implantação das práticas) em relação aos critérios considerados como adequados para a implantação do cuidado em saúde bucal, definidos com base no modelo lógico e na matriz de informação (Quadro 4).

Quadro4. Matriz de análise e Julgamento das condições referentes ao contexto e às práticas de Saúde Bucal* na Rede Pública Municipal de Saúde

Dimensão	Subsecção	Crítérios	Descrição da situação/observada
Acesso	Contexto	Rede de serviços de APS em SB territorializada (localização geográfica das unidades/adscrição populacional) • Distribuição equânime da população por equipe/ Diagnóstico territorial.	Rede presente, mas com problemas de funcionamento dos consultórios odontológicos, o que faz com que as EqSB trabalhem fora da sua Unidade de origem. Necessária atualização da territorialização, para equacionar problemas de iniquidades na cobertura entre as Equipes.
		Formas de contratação dos profissionais • EqSB com carga horária de 40h semanais	Profissionais concursados, porém, ASB sem formação técnica e ausência das garantias trabalhistas estatutárias.
		Serviços especializados (complementares à APS)	Presente entre os anos de 2009-2012, atualmente sem funcionamento por falta de manutenção dos contratos dos CD especialistas.
		Política Municipal de Saúde Bucal ou documento que expresse a forma de organização da atenção em SB no município.	Não existe um documento com diretrizes para a PMSB. Há registro de atos que normatizam (de forma vertical), alguns aspectos da organização do serviço.
		Setor responsável pela coordenação setorial, com atribuições definidas, atuante e participativa na construção de uma gestão compartilhada em SB, com ações de planejamento, monitoramento e avaliação.	Presente, mas anômalo. Pertence ao organograma de uma unidade assistencial, mas tem atribuições para coordenar toda rede. O cargo é ocupado, mas as ações estão limitadas à gerência dos recursos materiais.
	Práticas	Sistema de agendamento compartilhado. Realização de atividades programadas e realização de consultas suficientes e adequada à complexidade do tratamento, considerando a integralidade da atenção e a continuidade da assistência.Com a compreensão dos fluxos pelos usuários.	Muito heterogêneo, cada Equipe organiza a seu modo. Há marcações por ordem de chegada, em datas programadas. Na maioria das Unidades, sem garantia de continuidade do tratamento (cada “vaga” vale “um atendimento”). Predomina livre demanda.
		Acesso as especialidades odontológicas complementares ao cuidado prestado pelas equipes de SB/ Presença de fluxos de referência e contra referência	Não há na rede municipal, nem fluxo de encaminhamento regional.

Subdimensões	Subsecção	Crítérios	Descrição da situação/observada
Acolhimento	Contexto	Existência de documento orientador sobre acolhimento, para as Equipes.	Não existe no município.
	Práticas de SB	Acolhimento centrado no sujeito e nas suas necessidades	Marcação por ordem de chegada, prevalece a abordagem biomédica, centrada exclusivamente na doença. Modelo de assistência baseada na “queixa-conduta”.
		Acolhimento a demanda espontânea	O acolhimento é regido pelo intervalo de marcação, exceto para casos de urgência – que são majoritariamente somente medicados.
		Acolhimento como estratégia de organização da demanda (critérios de risco/vulnerabilidade)	No município a atenção à SB é realizada segundo critérios pouco claros e alheios a comunidade. Baseados a partir do conceito de risco biológico e prioridades garantidas por lei.
Vínculo/responsabilização/co-gestão	Contexto	Presença do Conselho Municipal de Saúde (CMS) atuante, Conselhos Gestores Locais ou formas de participação e ouvidoria da população	Tem CMS, mas a discussão da SB como direito não foi pauta nos anos estudados – exceto para a aprovação do pedido de implantação das Equipes de SB e do CEO. Não há Conselhos Gestores Locais ou outras formas de participação e escuta da população
		Continuidade da atenção: Infraestrutura, insumos e manutenção dos equipamentos	Os serviços apresentam problemas frequentes, relacionados às condições de infraestrutura, manutenção e reposição de insumos
		Atuação da coordenação setorial na gestão compartilhada da atenção.	Gestão setorial limitada ao repasse dos problemas, ficando a critério do CD a organização da atenção.
	Práticas de SB	Reconhecimento do território	Algumas Equipes atendem fora do território adscrito. A maioria não realiza VD. As ações coletivas estão localizadas em escolas. Limitando o conhecimento da área e do perfil da população adscrita pelo contato da EqSB com a população atendida.
		Construção da autonomia dos sujeitos a partir de espaços para negociação e pactuação.	As estratégias escolhidas no processo de trabalho não criam espaços para a construção da autonomia dos sujeitos, uma vez que há uma concentração do poder nas mãos do CD, não criando espaços para negociações e pactuações.
		Trabalho em equipe (reuniões/planejamento/)	No município o trabalho em equipe é comprometido pelo deslocamento dos profissionais das unidades para o CEO não sendo desenvolvidas ações em conjunto, nem reuniões de planejamento.
Integralidade	Contexto	Planejamento e organização na garantia da oferta de ações preventivas e curativas.	Oferta de ações limitadas a ações curativas com predominância de exodontias pela ausência de equipamentos (amalgamadores, Fotopolimerizador) e a atenção voltada para queixa/conduta.
		Garantia de continuidade do cuidado em outros serviços de maior complexidade	Rede de atenção aSB desestruturada, com o serviço de referência desmontado, com a ausência de profissionais cadastrados funcionando apenas como espaço físico para realocação das UBS
	Práticas de SB	Articulação das ações de prevenção promoção e recuperação, individual e coletivo	Ações limitadas a ações de recuperação individual. Atividades educativas limitadas a escolares e vinculadas à execução do PSE.
		Fluxo de referência e contra referência	Ausência de fluxos de referência e contra referência

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomamos nessa seção, as reflexões apresentadas na introdução e na revisão da literatura, acerca dos inegáveis avanços alcançados nas três últimas décadas na formulação de políticas públicas de saúde bucal no Brasil, sendo necessário, contudo, considerar os inúmeros desafios que ainda persistem em sua implementação para que resultem em um acesso e cuidado odontológico integral.

Constitui-se, indubitavelmente, um enorme desafio para nosso país, por suas dimensões continentais, contingente populacional, desigualdades nas condições de vida e de condições de saúde e heterogeneidade na organização dos serviços de saúde, concretizar diretrizes como a universalização e a integralidade da saúde, por meio de um SUS efetivo e equânime.

É desafiador implementar modelos de atenção à saúde que considerem a promoção da saúde, a prevenção, assistência e recuperação; as dimensões individual e coletiva do cuidado, o território e sua população, o acolhimento, vínculo, a adoção de critérios de risco e vulnerabilidade, boas práticas clínicas com respeito à autonomia e subjetividade do usuário, o trabalho em equipe, a co-gestão ou gestão compartilhada.

E nosso SUS audacioso, seguindo a tendência internacional, optou por um modelo de saúde organizado a partir da Atenção Básica como porta de entrada e integrada à Rede de Atenção à Saúde, possibilitando acesso oportuno, integral e de qualidade a toda população.

No campo específico das políticas de saúde bucal, bases mais sólidas foram formuladas, porém consideradas frágeis, sob o ponto de vista do arcabouço normativo, ao comparar com outras políticas que possuem leis e decretos em seu arcabouço legal (PALUETTO JUNIOR et al, 2014). Reiteramos o entendimento que a mudança do modelo para a saúde depende de normas gerais, das macro políticas, mas também de estratégias desenvolvidas no cotidiano do trabalho da equipe no âmbito das micropolíticas, para que possam resignificar e ajudar na organização das estratégias de cuidado (FRANCO; MERRHY, 2012; SANTOS, 2006).

Tais assertivas talvez possam justificar as fragilidades no processo de trabalho das equipes de saúde bucal em diversas realidades brasileiras, identificadas em estudos de âmbito

nacional, com base por exemplo nas avaliações do PMAQ-AB. Políticas de avaliação como a referida, de abrangência nacional e com adesão de cerca de 90% das equipes de saúde bucal e saúde da família, introduziram uma cultura de monitoramento e avaliação, capaz de gerar capacidade institucional nas equipes e nos sistemas locais para produzir mudanças nas práticas das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2011). Porém, por sua natureza exploratória, não captaram singularidades do processo de trabalho das equipes, em seus contextos operacionais. Novas abordagens, como a desenvolvida no presente estudo, de metodologia qualitativa, valorizando as narrativas dos atores envolvidos, suas experiências e práticas, podem contribuir para o entendimento de potencialidades e dificuldades para operar o cuidado odontológico integral no cotidiano dos serviços básicos de saúde.

Este foi o intuito do estudo, desenvolvido em um contexto específico – um município de pequeno porte do interior do estado da Bahia, ao analisar a implantação das práticas de cuidado em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, utilizando pesquisa documental (normativas municipais) e entrevistas à gestores e cirurgiões dentistas das equipes locais. Pode-se concluir que a implantação das tais práticas, na maioria das categorias analisadas, foi considerada comprometida. Vários aspectos foram identificados como limitação para o alcance do critério de “implantado” para as práticas de cuidado em saúde bucal, tais como:

- i) O acesso aos serviços, ainda com barreiras geográficas, especialmente para as unidades da zona rural devido a distância e a dificuldade de deslocamento pela ausência de transporte público;
- ii) A demanda e o dimensionamento das unidades da zona urbana, devido ao inchaço populacional encontrado nas unidades da periferia;
- iii) O cumprimento efetivo da carga horária do profissional na unidade, uma vez que foi encontrada uma flexibilização por parte da gestão da carga horária de trabalho dos dentistas como forma compensatória para o não cumprimento dos direitos assegurados aos servidores;
- iv) Os profissionais auxiliares de saúde bucal que não possuem formação técnica e nem registro no Conselho Regional de Odontologia, levando ao mau aproveitamento do quadro e a descaracterização da equipe de saúde bucal;
- v) A organização da porta de entrada que embora o município tenha adotado o sistema de agendamento este não é determinado por critérios de risco e vulnerabilidade permanecendo o atendimento por demanda/procedimento.

- vi) A falta de gestão compartilhada ou pactuação do processo decisório na organização dos serviços de saúde bucal. De uma forma geral, é atribuída ao cirurgião dentista à responsabilidade pela organização do acesso aos serviços de atenção à saúde bucal, mesmo considerando as condições que extrapolam o âmbito da equipe.
- vii) Baixa implantação de dispositivos de “boas práticas” do cuidado, como o acolhimento, crítico uma vez que o entendimento dos profissionais se limitou a recepção humanizada, sem o desenvolvimento de ações que incluíssem todas as perspectivas do processo saúde-doença e nem na discriminação do risco, na oferta acordada de soluções, nas alternativas aos problemas demandados ou de instrumentalizar a geração de procedimentos e ações organizadas.
- viii) Pouca apropriação, pelas equipes, da dimensão territorial e comunitária, importante não apenas para o vínculo, mas para práticas que atendam às necessidades da comunidade. Embora as equipes funcionem como a noção de população adscrita e áreas definidas, há uma limitação no reconhecimento do território e na identificação da população adscrita, pouca integração com a saúde da família, e a atuação do cirurgião dentista ocorria, majoritariamente, no ambiente do consultório (talvez justificada pela cobrança da população e da gestão por procedimentos ambulatoriais);
- ix) Descontinuidade do serviço, por problemas estruturais, deslocamento das equipes para o Centro de Especialidades, baixa integração com a Rede e acesso a serviços especializados.
- x) Gestão da atenção em saúde bucal limitada ao cirurgião dentista sem o envolvimento da coordenação setorial, da equipe de Saúde da Família e da comunidade.
- xi) Desarticulação das ações em nível individual e coletivo com a limitação às atividades clínicas ambulatoriais
- xii) Dificuldade de continuidade da atenção, uma vez que não é assegurado ao usuário o seguimento do tratamento ficando a atenção voltada para a resolução pontual da demanda, justificando assim a predominância de exodontias.

Importante realizar uma crítica em relação à cientificidade da presente produção, realizada por meio da dimensão da confiabilidade e validade (FLICK, 2009; MINAYO, 2010). A primeira requer a adoção de uma teoria específica e a aplicação adequada de métodos, observados nas etapas de gênese dos dados e procedimento relativos ao processamento e análise dos mesmos. Em nosso estudo, as teorias foram construídas com

base nos referenciais teóricos das normativas preconizadas nas políticas nacionais de saúde bucal e atenção primária à saúde e as etapas de análise documental e entrevistas seguiram o rigor recomendado, no caso das falas, com gravação, transcrição na íntegra e seleção das categorias realizadas por ao menos dois dos pesquisadores, de forma a ampliar a comparabilidade entre as interpretações dos pesquisadores. Em relação à validade, esta pode ser pensada por meio de critérios internos de coerência (propriedade do texto, tanto teórico quanto no campo investigado), consistência (qualidade argumentativa, boa revisão, pressupostos plausíveis), originalidade (contribuição nova da pesquisa, método utilizado)) e de objetivação (melhor aproximação possível do tema estudado); e de critérios externos em um exercício de subjetividade, de generalização ou de validade externa. Dessa forma, entende-se que a pesquisadora esteve atenta ao cumprimento dos referidos pressupostos, com interpretações baseadas na plausibilidade e credibilidade nas narrativas dos participantes do estudo, que se aproximam da realidade do contexto estudado.

Por fim, cabe aqui considerar algumas limitações e fortalezas do presente estudo. Por tratar-se de avaliação fortemente dependente do contexto, onde os resultados são decorrentes de um processo de implantação condicionado por características contextuais específicas e singulares do município estudado, a capacidade de generalização dos mesmos é limitada às realidades semelhantes. A validade externa deve ainda ser compreendida em relação a opção metodológica do estudo, considerando as características da pesquisa qualitativa.

Outra possível limitação do estudo está relacionada à exclusão da percepção do usuário sobre o cuidado odontológico, assim como a visão de outros profissionais sobre este cuidado, como os demais membros da equipe de saúde bucal e até mesmo da equipe de Saúde da Família.

Dessa forma, os resultados encontrados refletem as dinâmicas e características da implantação das ações de saúde bucal no município, no período estudado, e podem trazer subsídios para reformulação de práticas em saúde bucal. Devido às dificuldades encontradas no campo de práticas, sugere-se uma readequação por parte da gestão da saúde bucal, do planejamento, incluindo melhoria no setor de abastecimento e distribuição de material e insumos, readequação da estrutura física, oferta de equipamentos e instrumental em quantidade adequada. Assim como, é importante propor a formulação de uma Política de Educação Permanente, com qualificação em serviço, para profissionais de nível superior e formação técnica para os auxiliares de saúde bucal. Outra recomendação que este estudo oportuniza é a prática de ações de monitoramento e avaliação no sistema municipal de saúde.

A avaliação é um componente importante da gestão em saúde. Seus resultados podem subsidiar processos decisórios, identificar problemas, reorientar ações e serviços, avaliando novas práticas e rotina dos profissionais, podendo até mensurar o impacto das ações implementadas na saúde bucal da população assistida. Sugere-se também, que outros estudos avaliativos sejam desenvolvidos, incorporando outros níveis de complexidade, como o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

RECOMENDAÇÕES:

- 1) Fomentar a reflexão dos atores envolvidos com o cuidado em saúde bucal sobre seu processo de trabalho, suas práticas, sendo uma das estratégias, a devolutiva dos resultados do presente estudo em encontro presencial e/ou por meio de relatório com linguagem e formato a esse público;
- 2) Incentivar a construção de projetos de intervenção compartilhados no âmbito local, identificando problemas e soluções locais, de forma a melhoria do acesso e qualidade da saúde bucal, quer seja na dimensão da clínica, das ações preventivas e da promoção da saúde;
- 3) Propor ao ente municipal um novo pacto pela saúde bucal no município, envolvendo de forma compartilhada profissionais e gestores da saúde bucal, que considerem a integralidade deste cuidado, organizado a partir da atenção primária à saúde, envolvendo ainda outros equipamentos ou níveis da Rede de Atenção à Saúde;
- 4) Organizar um plano de formação e educação permanente envolvendo gestores e profissionais de saúde;
- 5) Rever a distribuição geográfica e alocação de profissionais de saúde bucal nas UBS, segundo critérios de risco e vulnerabilidade pactuados. Utilização pactuada de protocolos clínicos para o cuidado e definição de Carteira Básica de Serviços a serem ofertados pelas UBS, provendo recursos estruturais para tal.
- 6) Discutir com os atores locais, em um processo de contratualização, problemas prioritários, indicadores e metas de ação, de modo a ampliar o acesso e a qualidade da atenção em saúde bucal no município;
- 7) Melhorar a integração das equipes de saúde bucal às equipes de saúde da família, ampliando o cardápio de ofertas de serviços;

- 8) Ampliar a integração dos serviços odontológicos no município, por meio de adoção de protocolos de regulação pactuados, processo de informação e comunicação mais articulada.
- 9) Construção de uma rede de cuidados de média complexidade complementar a APS.
- 10) Fomentar a cultura do monitoramento e avaliação pelas equipes de saúde bucal e pela gestão, com qualificação da adesão ao PMAQ-AB, produção e utilização de indicadores nos serviços para tomada de decisão.
- 11) Realizar outros estudos relativos à avaliação externa, utilizando instrumentos epidemiológicos e/ou qualitativos, incluindo a visão do usuário.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul. Documento Autoral de APS nos países da América do Sul. Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde. Rio de Janeiro, 2014.

AQUILANTE, A.G.; ACIOLE, G.G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: v.20, n. 1, p. 239-248, jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100239&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 jun. 2016.

ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 219-227, mar. 2006.

ASSIS, M.M.A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com à Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. *Revista de APS*, v.10, n.2, p. 189-99, jul./dez. 2007.

ASSIS, M.M.A. et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, et al (Org.). *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários*. Salvador: EDUFBA, 2010. Cap. 1.

AYRES, J.R.C. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2016.

AYRES, J.R.C. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.13, n.3, p.16-29, set./dez. 2004.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) - Gabinete do Secretário - Assessoria de Planejamento e Gestão (APG). *Série Histórica dos Indicadores/SISPACTO*. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/obr/?id=7>>. Acesso em 24 de out. 2016.

BALDANI, M.H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, ago. 2005

.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2016.

BAPTISTA, T.W.F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org.). Caminhos para análise das políticas de saúde. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 509 p. Cap. 5.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.

BASTOS, P.G.S.; SORATTO, M.T.; SÔNEGO, F.G.F. Planejamento estratégico em saúde bucal. *Revista Inova Saúde*, Criciúma, v. 2, n.1, jul. 2013.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. 20.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOTAZZO, C. A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde. São Paulo: Editora do Instituto de Saúde, 1994. v.1. 94p.

BOTAZZO, C. Da Arte Dentária: um estudo arqueológico sobre as práticas dos dentistas. Campinas: Unicamp, 1998. Tese [Doutorado] – Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp.

BOTAZZO, C. Saúde bucal coletiva: um conceito em permanente construção. *Saúde Atual*, v. 1, p.14-23, 1992.

BRASIL. Cadernos de atenção básica. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [acesso em 27 mar 2016]. Disponível em: <gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2016.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, seção 1, p. 10, 4 mar. 2002.

_____. Diretrizes da política nacional de saúde bucal (p. 16). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

_____. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004(a).

_____. Ministério da Saúde, SAS-Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES Net.Consulta estabelecimento/consulta profissional, 2017.Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em 15 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde, SAS-Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura de Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php/>. Acesso em 15 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa.Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: OPAS, 2006(a). 38p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota técnica: Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica/Utinga/Bahia. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em 10 jan. 2017(a).

_____. Portaria n.º 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Publicada no DOU de 29/12/00, seção 1, p. 85.

Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/porta1web/hp/2/docs/portaria1444_28_12_00.pdf> Acesso em: 10 abr. 2016.

_____. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Portaria de normas e diretrizes da Saúde Bucal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1, p. 67, seção 1, mar. 2001(b).

_____. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Portaria que aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Publicadano DO nº 220-E, de 17/11/98, Seção 1, p. 8 a 14.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

BRUNHAUSER, A.L; MAGRO, M.L; NEVES, M. Avaliação de serviços de saúde bucal: um estudo comparativo. RFO, Passo Fundo, v. 18, n. 1, p. 24-31, jan. /abr. 2013.

BUENO, V.L.C.; CORDONI JUNIOR, L.; MESAS, A.F. Desenvolvimento de indicadores para avaliação de serviço público de odontologia. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3069-3082, jun. 2011.

BULGARELI, J. et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 383-391, fev. 2014.

CALADO, G.S. A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública.

CAMARGO JÚNIOR, K.R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup. 1: S58-S68, 2008.

CAMPOS, G.W.S. et al. Reflexões Sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família, In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). *Manual de Práticas da Atenção Básica. Saúde Ampliada e Compartilhada*. 2.ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.121-142.

CARVALHO, M.C.V.S.; LUZ, M.T. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 313-326, jun. 2009.

CASOTTI, E. et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 140-157, out. 2014.

CASOTTI, E.; GABRIEL, J.O. Organização da atenção em saúde bucal na cidade do Rio de Janeiro: resultados do programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica. *Rev. APS*, v.19, n.2, p. 245 – 260, abr./jun. 2016.

CASTANHEIRA, E. A gerência na prática programática. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec; 1990.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Framework for program evaluation in public health. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Atlanta, Geórgia, v.48. sep.1999. 49p.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2001. p.113-126.

CHAVES, M. C.; MIRANDA, A.S. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 153-167, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2016.

CHAVES, S.C. L. et al .Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 44, n. 6, p. 1005-1013, dez. 2010 .

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2016.

CHAVES, S.C.L.; SILVA, L.M.V. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1697-1710, dez. 2007.

CMS-UTINGA (Conselho Municipal de Saúde, Utinga), 2015. Relatório Conferência Municipal de Saúde.

COIMBRA, M.B. et al. Reorganização da demanda para atendimento odontológico no município de Amparo/SP: o desafio de garantir o acesso equânime às ações de saúde bucal. Odontol, v.19, n.37, p. 117-23, 2011.

COLUSSI, C.F.; CALVO, M.C.M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 27, n.9, p. 1731-1745, set. 2011.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500038&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2016.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. Saúde soc., São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2016.

CRUZ, D.B. et al. Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: uma perspectiva a partir da Equipe de Saúde Bucal. Rev. APS, v.12, n.2, p.168-75, 2009.

DINIZ, D. G. Acolhimento em saúde bucal: ferramenta facilitadora na organização do acesso às ações em Odontologia no serviço público. São Paulo: UNESP, 2012. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1643-1652, jun. 2010.

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 930-936, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2016.

FERREIRA, E.B. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: revisão de literatura. *Rev. Pesq. Saúde*, v.12, n.3, p. 37-42, 2011.

FISCHER, T.K. et al. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a Estratégia Saúde da Família no Sul do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 126-138, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2016.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 102-108.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Revista Tempos Actas de Saúde Coletiva*, 2012.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate*, v.27, n. 65, p. 316-326, 2003.

FREITAS, C.H.S.M. et al. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. *Saúde em Debate*, v.40, n.108, p.131-43, 2016.

GARRAFA, V. Saúde Bucal e cidadania. *Revista Saúde em Debate*, v.41, p.50-57, dez. 1993.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e Saúde da Família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde, In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.575-625.

GONÇALVES, E.M. B.; OLIVEIRA, A.E. O processo de trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: uma contribuição à construção do SUS. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Vitória, v. 11, n. 3, p. 44-51, 2009.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F.O.L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. Physis, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, dez. 2010.. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2016.

JACCOTTET, C.M. et al. Avaliação das necessidades de tratamento odontológico e da capacidade produtiva da rede de atenção básica em saúde bucal no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2009.Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 21, n. 2, p. 333-340, jun. 2012.

KORNIS, G.E.M. et al. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 197-215,2011.

KRIGER, L.; CARVALHO, M.L.Gestão das novas tecnologias para o trabalho em saúde. In:GOES, P.S.A; MOYSÉS, S.J.(Org.). Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal.São Paulo: Artes Médicas, 2013. 248 p. Cap. 8.

LESSA, C.F.M.; VETTORE, M.V. Gestão da atenção básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. Saúde soc., SãoPaulo, v. 19, n. 3, p. 547-556, set. 2010.. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2016.

LIMA, L.L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. Revista de sociologia e política. v. 21, n. 48, p.101-110, dez. 2013.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001, p. 39-64.

MELLO, A.L.S.F.; MOYSES, S.J.; CASTRO, R.G. Cuidado dirigido à saúde bucal: significados atribuídos por cuidadores de idosos. *Cienc Cuido Saúde*, v.8, n.1, p. 27-33, jan./mar. 2009.

MENDES, E.V. A reforma sanitária e a educação odontológica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 533-552, dez. 1986.

MENDES-GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992. [Cadernos CEFOR – Textos 1].53p.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social. UNICAMP, 1994.

MERHY, E.E ; FRANCO, T.B. Por um a Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves .*Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, set./dez. 2003.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORAES, L.B.; KLIGERMAN, D.C.; COHEN, S.C. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 171-186, mar. 2015.

MOYSÉS, S.J.; SILVEIRA FILHO, A.D. Saúde bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca. In: SILVEIRA FILHO, A.D. et al (Org.). *Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis*. Rio de Janeiro; Cebes, 2002.

NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva:caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev. Saúde Pública*,v. 40, (N Esp), p.141-7, 2006.

NICKEL, D.A. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, p. 241-246, fev. 2008.

NICKEL, D.A.; CAETANO, J.C.; CALVO, M.C.M. Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal. *Pesq. BrasOdontopedClinIntegr*, João Pessoa, v. 9, n.3, p.373-379, set./dez. 2009.

NUTO, S.A.S.; OLIVEIRA, G.C.; ANDRADE, J.V.; MAIA, M.C.G. O Acolhimento em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, Fortaleza/CE: um relato de experiência. *Rev. APS*, v.13, p. 505-9, 2010.

Odontologia brasileira recebe boas notícias. *Jornal do Conselho Federal de Odontologia*, Rio de Janeiro, ano 15, n. 77/78, mar./jun.2007. Disponível em: < <http://cfo.org.br/jornal/jornal-antiores/2007/edicao-n%C2%B0-77-78/>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

OLIVEIRA, A.G.R.C.; SOUZA, E.C.F. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Org.). *Odontologia preventiva e social: textos selecionados*. Natal: EDUFRN, p. 114-24, 1997.

PALUDETTO JUNIOR, M. et al. Avaliação da estrutura normativa da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, no período de 2003 a 2011. *Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 51, p. 86-104, Out 2014.

PIMENTEL, F.C. et al . Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 28, supl. p. s146-s157, 2012 .

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p.65-112.

PINHEIRO, R. Atenção básica à saúde: um olhar a partir das práticas de integralidade em saúde. *REME rev. min. enferm.*, v.9, n.2, p.174-9, abr./jun. 2005.

PIRES, F.S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde Soc*. São Paulo, v.24, n.1, p.273-284, 2015.

PIRES, F.S.; OLIVEIRA, M.A. Formação de gestores para o SUS, novas abordagens e novas possibilidades de interlocução: a experiência do curso de formação de coordenadores de Saúde Bucal em cogestão para o SUS. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, n. 43, dez. 2007. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122007000300011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2016.

REIS, W.G.; SCHERER, M.D.A.; CARCERERI, D.L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, mar. 2015.

RODRIGUES, A,A,A,O. et al. Práticas das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e a construção (des) construção da integralidade em Feira de Santana-BA. Rev. APS. 2010; 13(4): 476-85.

RODRIGUES, A. A.A.O.; ASSIS, M.M.A. Oferta e demanda na atenção à Saúde Bucal: O processo de trabalho no Programa de Saúde da Família em Alagoinhas-Bahia. Rev. baiana saúde pública, v.29, n.2, p.273-285, jul./dez. 2005.

SABARDIN, L.F.; LODI, C.S. Propostas para a organização prática das ações de saúde bucal na unidade básica de Saúde da Família. Uma revisão de literatura. FOL.Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep, v.23, n.1, p. 26-36, jan./jun. 2013.

SANTIAGO, W.K.; WERNECK, M.A.F.; FERREIRA, E.F. O processo de inserção da Odontologia no PSF de Belo Horizonte/MG: um estudo qualitativo com base na visão da equipe de Coordenação de Saúde Bucal e cirurgiões dentistas do Programa Saúde da Família. Arquivos em Odontologia, v.45, n.4, out./dez. 2009.

SANTOS, A.M. et al . Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, jun. 2008 .Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2016.

SANTOS, A.M. Organização das Ações em Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: Ações Individuais e Coletivas Baseadas em Dispositivos Relacionais e Instituintes. Revista APS, v.9, n.2, p. 190-200, jul./dez. 2006.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, mar. 2006.

SESAB- Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), número, 037, que aprova o credenciamento do município na forma de Gestão Plena da Atenção Básica Municipal, 1997.

SESAB- Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), número, 139, aprova, ad referendum, a Implantação do CEO Tipo II - Centro Especializado de Odontologia do município de Utinga, 2006.

SESAB- Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Saúde sem Fronteiras – Odontologia. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=9962:saude-sem-fronteiras&catid=24:saude-de-todos-nos>. Acesso em 10 de maio 2017.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Abrasco, 2003. p.113-28.

SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (Org.). Modelos de atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 27-41.

SILVEIRA FILHO, A.D. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Dezembro , 2002. Disponível em: <http://w2.fop.unicamp.br/dos/saudecoletiva/downloads/A_SB_no_PSF.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

SMS-UTINGA (Secretaria Municipal de Saúde de Utinga), 2011. Relatório de Gestão. Utinga: Prefeitura Municipal.

SMS-UTINGA (Secretaria Municipal de Saúde de Utinga), 2012. Relatório de Gestão. Utinga: Prefeitura Municipal.

SMS-UTINGA (Secretaria Municipal de Saúde de Utinga), 2015. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Utinga: Prefeitura Municipal.

SOARES, C. L. M. A. Constituição da Saúde Bucal Coletiva no Brasil. Salvador: UFBA, 2014. Tese (Doutorado Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

SOARES, C.L.M. et al. O espaço da saúde bucal coletiva: contribuições para compreensão da formulação e implementação das políticas de saúde bucal no Brasil. In: CHAVES, S.C.L.(Org.). Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática. Salvador : EDUFBA , 2016.

SOARES, C.L.M.; PAIM, J.S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 27, n. 5, p. 966-974, maio 2011 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2016.

SOUZA, D.S. Gestão do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde. In: GOES, P.S.A.; MOYSES, S.J.(Org.). Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2012.Cap.10.

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

SZPILMAN, A.R.M.; OLIVEIRA, A.E. Percepções do cirurgião-dentista quanto ao binômio acolhimento e acesso à ESF em Vila Velha – ES. RBPS, v.12, n.3, p. 17-22, 2010.

TRAVASSOS, C. et al . Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 nov. 2016.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2016.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X. G. ; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro , v. 11, n. 4, p. 975-986, dez. 2006 .Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2016.

UTINGA. Lei municipal nº 217, 09 de junho de 2009.Dispõe sobre cargos em comissão de diretor, na estrutura administrativa do município.Utinga, 2009.

UTINGA. Lei complementar municipal nº 158, 02 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a estrutura administrativa e o quadro de cargos de provimento em comissão. Utinga, 2007.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe Saúde da Família. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 133-141, mar. 2013.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1089-1100, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401089&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2016.

WERNECK, M.A.F. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança. Niterói, UFF, 1994. [Dissertação] Niterói: Universidade Federal Fluminense.

WERNECK, M.A.F.; FERREIRA, R.C. Tecnologia e Saúde Bucal: Desafios da incorporação tecnológica. In: PINTO, V.G. (Org.). Saúde Bucal Coletiva. 6. ed. São Paulo: Santos, 2014. cap.3.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZANETTI, C.H.G. et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. Divulg. Saúde debate, v.13, p. 18-35, jul. 1996.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro para entrevista semiestruturado-Coordenador de Saúde Bucal
Entrevista n°: ____

Horário de início: _____/ Horário de término: _____

1. Perfil sócio-demográfico

1.1 Sexo: _____. 1.2 Idade: _____. 1.3 Formação: _____.

1.4 Pós-Graduação na área de saúde coletiva ou saúde pública: () sim () não

1.5 Tempo de atuação na gestão (ano/mês): ____/____

1.6 Conte-me sua trajetória profissional

1.7 Fale um pouco sobre suas atividades diárias enquanto gestor de saúde bucal.

1.8 Como vê a sua atuação? (em relação à integração com outros serviços; capacidade de resolver problemas de saúde bucal?)

2 Construção histórico cronológico da Saúde Bucal no Município

2.4 Quando e como se deu o início da estruturação da Saúde Bucal no município?

2.5 Você se recorda como era a saúde bucal no município antes deste período?

2.6 Neste momento inicial quais os espaços e os atores que contribuíram significativamente para o surgimento deste novo cenário da Saúde bucal no município?

2.7 A disposição geográfica das UBS foram baseadas em qual critério?

2.8 Desde o período inicial até o momento atual você considera que houve muitos avanços na Atenção a saúde Bucal desenvolvida no município? Cite alguns deles:

2.9 Descreva um pouco o modelo de atenção em saúde bucal do município.

2.10 Você observa uma nova prática dos CD inseridos na ESF, condizente com a APS?Comente.

2.11 Quais as iniciativas para superação da prática curativista em saúde bucal das EqSB?

2.12 Quem são os financiadores para a saúde bucal na ESF?E em que proporção?

2.13 Você se lembra a partir de quando o município passou a oferecer assistência odontológica no nível secundário e terciário?

2.14 Na sua opinião o que é oferecido atualmente (Atenção especializada) é adequado a necessidade da população.

2.15 Há algum mecanismo que permite que a equipe de saúde bucal acompanhamento itinerário do paciente encaminhado para outros níveis de complexidade? Qual?

3 Interesse da Gestão pela área de saúde bucal no município

- 3.1 Na sua opinião, qual a prioridade da saúde bucal na agenda do governo municipal ?
- 3.2 Quais são as estratégias prioritárias adotadas pelo município no âmbito saúde bucal?
- 3.3 Como essa área se relaciona com as demais áreas de saúde do município?
- 3.4 Existe alguma proposta de ação Intersetorial ?Qual(s) ?
- 3.5 Como tem sido realizado o planejamento da atenção á saúde bucal na atenção primária?
- 3.6 Que atores participaram do planejamento da atenção á saúde bucal na atenção primária?
- 3.7 Existe algum mecanismo de gestão colegiada da saúde bucal com participação dos usuários e trabalhadores?
- 3.8 Dificuldades e limites encontrados para implementação do modelo de saúde bucal?
- 3.9 Quais investimentos, na sua opinião, podem melhorar o acesso e a qualidade do cuidado em saúde bucal na atenção primária realizado no município?

4. Organização das práticas de cuidado em saúde bucal

- 4.1 Há uma definição, por parte da SMS, que oriente as Equipes na organização das práticas de cuidado em saúde bucal na APS? (Se sim) Essas definições estão contidas em que tipo de documento? (Se ele existir) Como ele foi construído? Por quem, há quanto tempo? Poderias destacar um ou dois pontos que consideras como os mais importantes?
- 4.2 Há uma estratégia, por parte da SMS, que apóie as Equipes na organização das práticas de cuidado em saúde bucal na APS? Se sim, poderia detalhar como funciona? (quem, de que forma, com que periodicidade?)
- 4.3 Como tem ocorrido o acesso à atenção à saúde bucal? A atenção básica é a principal porta de entrada? Existem fluxos definidos?
- 4.4 As Equipes têm uma orientação de como fazer o acolhimento?
- 4.5 Depois que o usuário consegue o atendimento, ele tem garantia de continuidade até o tratamento concluído? (Se não) Como funciona no cotidiano?
- 4.6 Há orientação sobre a oferta de ações educativas e preventivas individuais aos pacientes em tratamento? Qual?
- 4.7 Existem linhas de cuidado para gestantes, recém-nascidos, pré-escolares,escolares, jovens, trabalhadores e idosos? Existem trabalhos voltados para distintos grupos populacionais?
- 4.8 O prontuário odontológico do usuário está anexado junto ao prontuário médico? Se não, por quê?

- 4.9 Há orientação sobre a realização de VD pela Equipe de Saúde Bucal? Qual? (explorar se tem algo mais que meta numérica mensal, se tem um roteiro, um objetivo...)
- 4.10 A equipe de saúde bucal é orientada a atender urgências odontológicas? (Se sim) Tem número fixo/turno ou dia? (Se não) Qual a orientação ao usuário?

Apêndice B-Roteiro para entrevistasemi-estruturado – Cirurgião Dentista

Entrevista n°: ____

Horário de início:_____/ Horário de término:_____

1. Caracterização do (a) entrevistado (a)

a. Perfil sócio-demográfico

- 1.1 Idade:_____. 1.2 Sexo:_____. 1.3 Tempo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família no município (ano/mês):_____.
- 1.4 Ano de conclusão do curso:_____. 1.5 Tempo de trabalho na atual equipe (ano/mês):_____/____.

Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____

b. Formação profissional

- 1.6 () Outras experiências na Estratégia de Saúde da Família .Quais:
- 1.7 () Treinamento Introdutório (Saúde da Família);
- 1.8 () curso de atualização em áreas específicas (pacientes especiais, classificação de riscos, atendimento domiciliar, planejamento, controle do tabagismo, alimentação saudável);
- 1.9 () Especialização – área:_____
- 1.10 O que motivou a sua inserção no Estratégia de Saúde da Família?
- 1.11 Conte-me sua trajetória profissional.

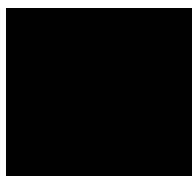
2 Caracterização das práticas:

- 2.1 Para você o que é saúde bucal?
- 2.2 No seu entender, qual a importância/papel da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família?
- 2.3 Do ponto de vista geográfico, como é o acesso do usuário à Unidade Saúde da Família?
- 2.4 Quantas pessoas ou famílias cadastradas estão sob sua responsabilidade? Você considera adequado esse número? Pq?
- 2.5 Vc conhece o perfil da população cadastrada (gênero, faixa etária, condição socioeconômica, nível de escolaridade, condição de saúde)? Se sim: Como você fez para conhecer?
- 2.6 Vc já realizou algum levantamento epidemiológico no território (comunidade, escola, grupo específico)? Acha importante? Por quê?
- 2.7 Como se dá a recepção do paciente que procura pela primeira vez a odontologia na unidade? Descreva o caminho do usuário desde a entrada na Unidade até o atendimento odontológico (quem o recebe, o que acontece depois, etc.)

- 2.8** Além da procura da Unidade pelo usuário, existe outra forma de inclusão do usuário no tratamento?
- 2.9** Poderia falar sobre o que o Sr (a) entende por acolhimento?
- 2.10** A Secretária Municipal de Saúde adota ou tem protocolo/orientador? Se sim: Sr. tem ou teve apoio institucional (pessoa da gestão) para implantar o acolhimento na Unidade?
- 2.11** A equipe prioriza atendimento em função do risco? Se sim, Como?
- 2.12** Qual o tempo médio entre a marcação da consulta e o atendimento?
- 2.13** Qual o tratamento oferecido aos usuários agendados na odontologia (exemplos: tratamento completado, tratamento por procedimento)? Explique.
- 2.14** Quantos pacientes são atendidos por turno? Há faltosos? Quantos em média? Qual a conduta nesse caso?
- 2.15** Atende demanda espontânea? Se sim: Caracterize o que é considerada demanda espontânea e explique como é feito o atendimento (número por dia, tipo de procedimento executado, etc.) Se não: As urgências são atendidas de que maneira? Quais as regras para atendimento às urgências?
- 2.16** Descreva como é organizada sua agenda semanal na Unidade de Saúde. Se não for citado “Reunião de Equipe”, perguntar: A Equipe de Saúde Bucal participa da reunião da Equipe de Saúde da Família?
- 2.17** Descreva como é organizada sua agenda semanal na Comunidade. Se citado Visita Domiciliar, perguntar se existe algum protocolo. Se não for citado, perguntar: Você realiza visita domiciliar? Existe algum protocolo orientador?
- 2.18** A Equipe de Saúde Bucal programa atividades de maneira conjunta com a Equipe de Saúde da Família e a comunidade? Comente.
- 2.19** A coordenação de saúde bucal oferece apoio ou orientações sobre a organização das atividades/agenda de trabalho da equipe? De que forma?
- 2.20** Como a equipe de saúde bucal mantém os usuários informados sobre os turnos e horários de atendimentos, atividades desenvolvidas, organização da demanda e fluxos.
- 2.21** Há necessidades de saúde bucal (que são atribuições da Atenção Primária a Saúde) que você não consegue resolver? Por quê?
- 2.22** Em caso de necessidade de atendimento especializado você tem unidade de referência para encaminhamento? Para quais as especialidades? De que maneira é feito o encaminhamento?
- 2.23** Há dificuldades para conseguir o atendimento especializado para o paciente?

- 2.24** E quanto ao encaminhamento interno na Equipe de Saúde da Família. Existe a prática de encaminhamento de pacientes de um profissional para outro? Em caso positivo em quais situações e de que maneira?
- 2.25** Fale um pouco sobre quais são as principais dificuldades que você encontra para realizar seu trabalho na Unidade?

Apêndice C- Termos de Consentimento Livre e Esclarecido- Gestor



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GESTORES

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “**Avaliação da implantação das práticas de cuidado em saúde bucal na atenção primária á saúde: estudo de caso de um município na região centro leste do estado da Bahia**”, parte da dissertação de mestrado da discente Stênia Marília Rodrigues Pereira, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação da Professora Dr^a. Elyne Engstron e co orientação da Professora Dr^a Elisete Casotti.

O objetivo central do estudo é avaliar a implantação das práticas de cuidado em saúde bucal na atenção primária do município de Utinga-Bahia. Esta pesquisa poderá contribuir para a transformação da prática assistencial diante das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde bucal com propostas de ações voltadas para o atendimento humanizado, direcionado-as para uma prática de saúde com vínculo, acolhimento e responsabilização de forma integral.

O convite a sua participação se deve à (o) senhor (a) atuar na gestão da saúde bucal no município (coordenador de saúde bucal) o que indiretamente influencia na implantação das práticas de cuidado em saúde bucal nos serviços de APS.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão divulgadas sem identificação de seu nome. A referência às informações fornecidas pelos entrevistados eventualmente será feita somente com menção ao cargo/função que ocupam na rede, contudo, há possibilidade de

identificação mediante função. Assim, solicitamos autorização para citação do cargo caso algum trecho da entrevista tenha que ser transcrito na dissertação.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista sobre a organização das práticas de cuidado em saúde bucal na atenção primária do município. A entrevista somente será gravada se você autorizar. Serão garantidos a não identificação da sua pessoa, tendo um local reservado exclusivamente para a conversa entre a pesquisadora e a (o) pesquisado (a), livre da escuta e observação das demais pessoas, garantindo o sigilo e confidencialidade da conversa durante e após a entrevista. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Os benefícios relacionados com a sua participação são o de contribuir para a(re) organização do processo de trabalho em saúde bucal podendo ocorrer uma transformação, em prol de um cuidado humanizado através das práticas de saúde integral e de qualidade. Não será oferecida nenhuma remuneração por sua participação bem como não lhe será atribuído nenhum custo.

Os possíveis riscos do estudo são o desconforto que você poderá sentir ao compartilhar informações pessoais da gestão ou sua possível identificação, considerando a natureza única de seu cargo na gestão. Para minimizar tais riscos, nos comprometemos a agregar as informações prestadas. Vale ressaltar que você não precisa responder a qualquer pergunta se sentir que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar.

No que se refere aos resultados da pesquisa, após seu término estes deverão ser encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde, com divulgação inicial e a seguir, apresentados aos trabalhadores de saúde bucal do município. Os resultados também serão divulgados em artigos científicos e na dissertação.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não

maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel. e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210
Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP):
Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Stênia Marília Rodrigues Pereira

Contato com o (a) pesquisador (a) responsável:

Tel: 75 98813-4530

E-mail: steniamarilia@hotmail.com

UTINGA-BA, //

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

() Autorizo a gravação da entrevista.

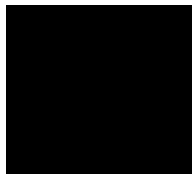
(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

ATENÇÃO:

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

Apêndice D- Termos de Consentimento Livre e Esclarecido- Cirurgião Dentista



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CIRURGIÕES DENTISTAS

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “**Avaliação da implantação das práticas de cuidado em saúde bucal na atenção primária á saúde: estudo de caso de um município na região centro leste do estado da Bahia**”, parte da dissertação de mestrado da discente Stênia Marília Rodrigues Pereira, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação da Professora Dr^a. Elyne Engstron e co orientação da Professora Dr^a Elisete Casotti.

O objetivo central do estudo é avaliar a implantação das práticas de cuidado em saúde bucal na atenção primária do município de Utinga-Bahia. Esta pesquisa poderá contribuir para a transformação da prática assistencial diante das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde bucal com propostas de ações voltadas para o atendimento humanizado, direcionadas para uma prática de saúde com vínculo, acolhimento e responsabilização de forma integral.

O convite a sua participação se deve à (o) senhor (a) atuar diretamente na implantação das práticas de cuidado em saúde bucal nos serviços de APS (cirurgiões dentistas).

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão divulgadas sem identificação de seu nome. A referência às informações fornecidas pelos entrevistados eventualmente será feita somente com menção ao cargo/ função que ocupam na rede, contudo, há possibilidade de identificação mediante função. Assim, solicitamos autorização para citação do cargo caso

algum trecho da entrevista tenha que ser transcrito na dissertação.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista sobre a incorporação do cuidado nas práticas de saúde bucal, a partir do acolhimento, vínculo/responsabilização. A entrevista somente será gravada se você autorizar. Serão garantidos a não identificação da sua pessoa, tendo um local reservado exclusivamente para a conversa entre a pesquisadora e a (o) pesquisado (a), livre da escuta e observação das demais pessoas, garantindo o sigilo e confidencialidade da conversa durante e após a entrevista. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Os benefícios relacionados com a sua participação são o de contribuir para a(re) organização do processo de trabalho em saúde bucal podendo ocorrer uma transformação, em prol de um cuidado humanizado através das práticas de saúde integral. Não será oferecida nenhuma remuneração por sua participação bem como não lhe será atribuído nenhum custo.

Os possíveis riscos do estudo é o desconforto que poderá sentir ao de compartilhar informações pessoais, ou em alguns tópicos que possa se sentir incômodo em falar. Ficando claro, que você não precisa responder a qualquer pergunta se sentir que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar.

No que se refere aos resultados da pesquisa, após seu término estes deverão ser Encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde, para que sejam divulgados e apresentados junto com os trabalhadores de saúde bucal. Os resultados também serão divulgados em relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel. e Fax - (0XX) 21- 25982863
E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>
Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo
Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210
Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP):
Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879
E-Mail: conep@saude.gov.br

Stênia Marília Rodrigues Pereira
Contato com o (a) pesquisador (a) responsável:
Tel: 75 98813-4530
E-mail: steniamarilia@hotmail.com

UTINGA-BA, //

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

() Autorizo a gravação da entrevista.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

ATENÇÃO:

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.