

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

DOCTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL: ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE MANAUS-AM, BRASIL

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do título de Doutor
em Saúde Pública

Janete Maria Rebelo Vieira

Primeiro Orientador: Prof.^a Dra. Virginia Alonso Hortale

Segundo Orientador: Prof.^a Dra. Luiza Garnelo

Janeiro 2010

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação – na – publicação (CIP)

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central -

Rebelo Vieira, Janete Maria
Implantação dos serviços de atenção à saúde bucal: estudo de caso
do município de Manaus-AM, Brasil / Janete Maria Rebelo Vieira
– Rio de Janeiro: [s.n.], 2010
p. f. :il. ; tab.
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação
Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010
Orientadoras: Prof^a Dra. Virginia Alonso Hortale
Prof^a Dra. Luiza Garnelo

1. Saúde bucal 2. Assistência odontológica 3. Avaliação
4. Serviços de saúde bucal 5. Pesquisa qualitativa

Dedico

A DEUS Pai, Filho e Espírito Santo

A meus pais, José Jorge e Carmen (*in memorian*)

A meus irmãos, Eber, Ney, Cecy (*in memorian*),
Fernanda, Luiza, Rosana, Elaine, Augusta e Paula

A meu marido Paulo Cezar

A meus filhos, Paulo e Renata.

AGRADECIMENTOS

Ao Consórcio de Doutorado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública / Instituto Fernandes Figueira/Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (ENSP/IFF/CPqAM) pela oportunidade de realizar a Pós-Graduação dos meus sonhos.

Ao Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane (CPqLMD) pela acolhida durante o doutorado.

À Universidade Federal do Amazonas pela liberação parcial de minhas atividades.

À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA) por ter permitido a pesquisa em seus Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.

À minha primeira orientadora, Prof.^a Dra. Virginia Alonso Hortale, que, apesar da distância, soube ser presente no desenvolvimento da tese, guiando-me de forma precisa, o meu reconhecimento e gratidão.

À minha segunda orientadora, Prof.^a Dra. Luiza Garnelo, pelas oportunidades oferecidas e pelos ensinamentos recebidos.

A todos os professores que ministraram os módulos pela contribuição para o meu desenvolvimento e crescimento na área de saúde coletiva.

Às professoras Dra. Maria Augusta Bessa Rebelo (Faculdade de Odontologia/UFAM) e Dra. Rosana Cristina Pereira Parente (Instituto de Ciências Exatas/UFAM) pelo apoio, incentivo, ensinamentos e amizade.

Às professoras Dra. Nikeila Chacon de Oliveira Conde e Dra. Juliana Viana Pereira (Faculdade de Odontologia/UFAM) pelo apoio, incentivo e amizade.

Aos servidores da SEMSA que participaram da pesquisa.

À CD Marcia Lopes pelo apoio durante a coleta dos dados, incentivo e amizade.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

*"Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível,
e de repente você estará fazendo o impossível"*

([São Francisco de Assis](#))

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO | 15 |
| CAPÍTULO 1. O SISTEMA DE SAÚDE E A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE MANAUS | 17 |
| CAPÍTULO 2. REVISÃO DE LITERATURA | 26 |
| 2.1 – Histórico da Construção do Modelo de Atenção em Saúde Bucal | 27 |
| 2.1.1 – Os Adjetivos da Odontologia, suas Experiências e a Saúde Bucal Coletiva | 27 |
| 2.1.2 – A Inserção da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família | 37 |
| 2.1.3 – A Política Nacional de Saúde Bucal e o Brasil Sorridente | 49 |
| 2.2 – Avaliação em Saúde | 55 |
| CAPÍTULO 3. METODOLOGIA | 71 |
| 3.1 – Estratégia da Pesquisa | 72 |
| 3.2 – Modelo Lógico | 74 |
| 3.3 – Medida do Grau de Implantação dos Serviços de Atenção à Saúde Bucal | 76 |
| 3.4 – Validade e Confiabilidade do Estudo | 77 |
| 3.5 – Grau de Implantação dos Serviços de Atenção à Saúde Bucal | 77 |
| 3.6 – Contexto Organizacional Local no grau de Implantação dos Serviços de Atenção à Saúde Bucal | 78 |
| CAPÍTULO 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 81 |
| 4.1 – Grau de Implantação dos Serviços de Atenção à Saúde Bucal | 82 |
| 4.1.1 – Dimensão Estrutura | 82 |
| 4.1.2 – Dimensão Processo | 89 |
| 4.2 – Contexto Organizacional Local no Grau de Implantação dos Serviços de Atenção à Saúde Bucal | 101 |
| 4.2.1 – Análise Descritiva | 102 |
| 4.2.2 – Análise Qualitativa | 111 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 130 |
| REFERÊNCIAS | 134 |
| OBRAS CONSULTADAS | 145 |
| ANEXOS | 148 |

RESUMO

Por meio do presente estudo, objetivou-se analisar a implantação do serviço de atenção à saúde bucal no município de Manaus. Para tanto, procedeu-se a uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação abordando os determinantes contextuais do grau de implantação do serviço de atenção à saúde bucal, incorporando a avaliação normativa nas dimensões estrutura e processo. A estratégia utilizada foi o estudo de caso único, em que os materiais foram coletados de fontes primárias, por meio de questionário estruturado e entrevista com roteiro semiestruturado (sujeitos da gestão municipal e unidades de saúde), de observação da rotina dos diferentes tipos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) e de fontes secundárias. Foram definidas 59 EAS, com base na proporção de unidades instaladas em cada distrito de saúde, e foram realizadas 106 entrevistas. Os indicadores utilizados para medir o grau de implantação em relação à estrutura foram: instalação física, equipamentos odontológicos, manutenção dos equipamentos odontológicos, instrumentais permanentes, materiais de consumo, materiais educativos e recursos humanos, pontuados com escore 0 ou 1. A pontuação recebida entre o observado e o esperado foi dividida, obtendo-se uma pontuação por indicador, por unidade de saúde, até chegar-se a um valor global. A classificação proposta foi a de “quartis”, em que o grau de implantação foi considerado satisfatório com valores acima de 75%; aceitável, entre 50% e 75%; regular, entre 25% e 49%; e crítico, abaixo de 25%. O grau de implantação do serviço de atenção à saúde bucal, em relação à dimensão estrutura (dados primários) foi considerado regular, alcançando um valor de 41,18%. Os resultados gerados a partir da coleta dos dados secundários para compor as dimensões estrutura e processo, foram analisados de acordo com os parâmetros vigentes do MS e com as pactuações do município, não recebendo uma classificação quantitativa. Pelos dados observados, pode-se sugerir que os instrumentos de gestão existem para cumprir uma exigência legal e não para o exercício de uma adequada gerência do serviço de saúde bucal, assim como os indicadores do pacto de 2005 a 2007 e as ações de saúde bucal informadas no SIAB e SIA-SUS em relação aos procedimentos da atenção básica e especializada, mostraram estar aquém do que foi pactuado e da real necessidade da população manauara. O contexto organizacional local apresentou relação com o grau de implantação do serviço de atenção à saúde bucal, tendo como consequência a efetivação de práticas do modelo hegemônico, não condizentes com a política atual de saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde bucal, assistência odontológica, avaliação, serviço de saúde bucal, pesquisa qualitativa

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the implementation of an oral health service in the municipality of Manaus. An evaluation research was carried, in the form of implementation analysis, involving contextual determiners of the rate of implementation of the oral health service, incorporating normative analysis of the dimensions “structure” and “process”. The strategy used was the single-case study, where the materials were collected from primary sources through a structured questionnaire and interview with semi-structured script (with subjects from the municipality management and health units), from routine observation of the different types of Assistance Health Establishments (EAS) and secondary sources. Fifty-nine EAS were defined based on the ratio of installed unit in each health district, and 106 interviews were carried on. The indicators used to measure the rate of implementation related to structure were: physical installation, dental equipments, maintenance of dental equipments, permanent instruments, consumer goods, educational materials and human resources, scored 0 or 1. The scores received between what was observed and what was expected was divided, thus obtaining one grade per indicator per health unit, until a global score was reached. The classification proposed was of “quartiles”, where the grade of implementation with values above 75% were considered satisfactory, between 50% and 75% were considered acceptable, between 25% and 49%, regular, and lower than 25%, critical. The rate of implementation of oral health service compared to the dimension “structure” (primary data) was considered regular, reaching 41.18%. The results obtained from secondary data collection to compose the dimensions “structure” and “process”, analyzed according to the parameters proposed by the Health Ministry and obliged by the municipality did not receive a quantitative score. By the data observed it can be suggested that management instruments exist in order to comply a legal exigency and not for the exercise an adequate management of the oral health service, similarly to the indicators of the 2005 and 2007 pacts and oral health actions informed at SIAB and SIA-SUS regarding procedures of basic and specialized attention, which proved to be short of those complied and the real needs of the population of Manaus. The local organizational context presented relationship to the rate of implementation of oral health services, with effectuation of practices from the hegemonic model as consequence, which are not in accordance to the present policy of oral health.

Key words: oral health, dental care, evaluation, dental health services, qualitative research

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| QUADRO 1 – Transferência fundo a fundo para atenção à saúde bucal do município de Manaus de 2005-2008 | 17 |
| QUADRO 2 – Adjetivos da odontologia e suas propostas de práticas | 29 |
| QUADRO 3 – Atribuições comuns dos profissionais de saúde bucal no PSF | 37 |
| QUADRO 4 – Atribuições específicas do Cirurgião-Dentista | 37 |
| QUADRO 5 – Atribuições específicas do Técnico em Saúde Bucal | 38 |
| QUADRO 6 – Atribuições específicas do Auxiliar em Saúde Bucal | 38 |
| QUADRO 7 – Ações de saúde bucal descritas na NOAS-SUS01/02 | 39 |
| QUADRO 8 – Procedimentos mínimos a serem disponibilizados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) tipos I e II | 51 |
| QUADRO 9 – Procedimentos mínimos a serem realizados nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) | 52 |
| QUADRO 10 – Procedimentos mínimos a serem realizados pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo III | 52 |
| QUADRO 11 – Total de entrevistados por Distrito de Saúde | 101 |
| QUADRO 12 – Modelo atual de saúde bucal e processo de gestão - questões trabalhadas, categorias emergidas e respostas obtidas das entrevistas | 121 |
| QUADRO 13 – Mudança no modelo de saúde bucal - questões trabalhadas, categorias emergidas e respostas obtidas das entrevistas | 123 |
| QUADRO 14 – Utilização dos dados -questões trabalhadas, categorias emergidas e respostas obtidas das entrevistas | 125 |
| QUADRO 15 – Processo de trabalho - questões trabalhadas, categorias emergidas e respostas obtidas das entrevistas | 127 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| FIGURA 1 – Divisão geográfica do município de Manaus | 21 |
| FIGURA 2 – Modelo lógico da atenção à saúde bucal – adaptado segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) | 74 |
| FIGURA 3a – Fachada externa de uma Unidade Saúde da Família | 82 |
| FIGURA 3b – Sala para recepção, arquivo e nebulização | 82 |

| | |
|--|----|
| FIGURA 3c – Sala para farmácia, preparo de material e copa | 83 |
| FIGURA 3d – Consultório e sala de procedimentos | 83 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| TABELA 1 – Distribuição dos CD, ASB e TSB da SMS entre os anos de 2006 a 2009 no município de Manaus | 16 |
| TABELA 2 – Localização dos EAS nos Distritos de Saúde da zona urbana de Manaus-AM | 22 |
| TABELA 3 – Número dos EAS pesquisados por Distrito de Saúde | 72 |
| TABELA 4 – Grau de implantação do serviço de atenção à saúde bucal por tipo de EAS e geral no município de Manaus | 85 |
| TABELA 5 – Indicadores de saúde bucal relativos ao grau de implantação do serviço de atenção à saúde bucal para dimensão processo | 94 |
| TABELA 6 – Produção ambulatorial da atenção básica em saúde bucal (número de atendimentos) no município de Manaus, 2005 a 2007 | 96 |
| TABELA 7 - Produção ambulatorial da atenção especializada em saúde bucal (número de atendimentos) no município de Manaus, 2005 a 2007 | 97 |
| TABELA 8 – Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família em Manaus-2005 | 99 |
| TABELA 9 - Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família em Manaus-2006 | 100 |
| TABELA 10 - Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família em Manaus-2007 | 100 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AD | Análise do Discurso |
| AIDPI | Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância |
| ASB | Auxiliar em Saúde Bucal |
| CAIC | Centro de Atenção Integral a Criança |
| CAIMI | Centro de Atenção Integral a Melhor Idade |
| CAP | Caixa de Aposentadoria e Pensão |
| CD | Cirurgião-Dentista |
| CEO | Centro de Especialidade Odontológica |
| CFO | Conselho Federal de Odontologia |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| CNE | Conselho Nacional de Educação |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde |
| CSB | Coordenadores de Saúde Bucal |
| DATASUS | Departamento de Informática do SUS |
| DISA | Distrito de Saúde |
| EAS | Estabelecimento Assistencial de Saúde |
| EJA | Educação de Jovens e Adultos |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal |
| ESF | Equipe Saúde da Família |
| FNS | Fundo Nacional de Saúde |
| GPAB | Gestão Plena da Atenção Básica |
| GPABA | Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada |
| IAP | Instituto de Assistência e Previdência |
| IAPAS | Instituto de Administração Financeira da Previdência Social |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IMPLAN | Instituto Municipal de Planejamento e Informática |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária |
| INPS | Instituto Nacional de Previdência Social |
| LRPD | Laboratório Regional de Prótese Dentária |
| MS | Ministério da Saúde |
| NOAS | Norma Operacional de Assistência a Saúde |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| PA | Pronto-Atendimento |
| PAB | Piso de Atenção Básica |
| PACS | Programa de Agente Comunitário de Saúde |
| PENSE | Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar |
| PMF | Programa Médico da Família |
| PMS | Plano Municipal de Saúde |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio |
| PNASS | Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde |
| PNSB | Política Nacional de Saúde Bucal |
| PPIVS | Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde |

| | |
|--------|--|
| PROESA | Programa Odontológico Escolar de Saúde |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| RET | Regime Especial de Trabalho |
| RG | Relatório de Gestão |
| SEMSA | Secretaria Municipal de Saúde |
| SES | Secretaria Estadual de Saúde |
| SESP | Serviço Especial de Saúde Pública |
| SINPAS | Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social |
| SIA | Sistema de Informação Ambulatorial |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SPA | Serviço de Pronto-Atendimento |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SUSAM | Superintendência de Saúde do Amazonas |
| TSB | Técnico em Saúde Bucal |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| USF | Unidade de Saúde da Família |

INTRODUÇÃO

O Projeto Saúde Bucal Brasil 2003, desenvolvido pelo Ministério da Saúde - MS com a participação de várias instituições e entidades odontológicas, ao avaliar as condições de saúde bucal da população brasileira, mostrou de forma clara as diferenças entre as regiões e municípios brasileiros (BRASIL, 2005a). Neste documento, observou-se que

“o declínio da cárie dental está se dando de forma desigual na população brasileira; as crianças do Norte e Nordeste apresentaram os maiores números de dentes cariados não tratados; o ataque de cárie e o número de dentes perdidos entre adultos e idosos são elevados; cerca de 10% dos adultos apresentavam bolsa periodontal em uma ou mais regiões da boca e pelo menos um sextante da boca excluído (atingindo mais da metade dos idosos); a necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade; o edentulismo é um grave problema, principalmente entre os idosos; bem como, disparidades relacionadas ao acesso a serviços de atenção à saúde bucal” (p. 63).

Em relação ao acesso e utilização de serviços de saúde bucal, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), com base em uma população estimada em 176 milhões de habitantes, mostrou que 15,9% (27,9 milhões de pessoas) declararam nunca ter feito uma consulta ao cirurgião-dentista - CD. Essa proporção era 81,8% nos menores de 5 anos e 22,1% no grupo etário de 5 a 19 anos; entre as pessoas com mais de 64 anos, 6,3% nunca consultaram um CD. Verificou-se também diferença entre os sexos: 17,5% dos homens e 14,3% das mulheres nunca foram ao CD. Outro dado importante é que 31% da população com rendimento mensal familiar até um salário mínimo declararam nunca ter feito uma consulta com o CD e essa proporção caiu para 3% entre os que tinham rendimento mensal familiar superior a 20 salários mínimos, reforçando a disparidade existente entre ricos e pobres na população brasileira (IBGE, 2005).

Para mudar esse quadro, o governo federal estabeleceu, em 2004, a política de saúde bucal denominada **Brasil Sorridente**, em que reúne uma série de ações em saúde bucal voltadas para a população brasileira de todas as idades. Com isso, o governo pretendia reduzir as desigualdades existentes, e construir uma política de inclusão social (BRASIL, 2004a).

A partir desses fatos, bem como da publicação da Portaria nº 1.444/2000, os municípios brasileiros começaram a incorporar na estratégia Saúde da Família as Equipes de Saúde Bucal nas modalidades I ou II, sendo a porta de entrada do usuário ao cuidado em saúde bucal. Esta incorporação segue uma lógica completamente diferente da prática odontológica até então vigente, sendo fundamental a educação permanente dos profissionais da equipe, bem como o estímulo a uma nova postura do usuário.

Essas mudanças remetem a uma necessidade de se conhecer de que forma as mesmas estão ocorrendo, num país com realidades tão peculiares e tão díspares. Para tanto, tem-se utilizado a ferramenta da avaliação (normativa e pesquisa avaliativa) com o intuito de fazer um julgamento capaz de se traduzir em ação.

A pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, por ser pertinente quando se tem variabilidade de resultados em intervenções semelhantes implantadas em diferentes contextos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997), foi adotada como metodologia para o desenvolvimento da pesquisa no contexto do município de Manaus, em virtude da ocorrência de uma série de mudanças no setor saúde local, tornando pertinente a análise da implantação dos serviços de atenção à saúde bucal.

CAPÍTULO 1

O SISTEMA DE SAÚDE E A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE MANAUS

Um sistema de saúde pode ser definido como um “conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população e que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade” (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 121). Esses mesmos autores apresentam os principais componentes dos sistemas de saúde como a cobertura (de pessoas e de serviços, quanto ao acesso), os recursos (humanos, econômicos, a rede de serviços, os insumos, a tecnologia e o conhecimento) e as organizações.

A cobertura no sistema de saúde local, por ser universal, é de acesso irrestrito, e a população é coberta por ações coletivas e individuais em todos os níveis, assim como há um subsistema privado para cobrir a população que tem planos odontológicos, em que a cobertura é dependente do contrato estabelecido. No município de Manaus, capital do Estado do Amazonas, a taxa de cobertura anual de plano exclusivamente odontológico apresentou valores percentuais crescentes, de 7,0 em 2005, 7,7 em 2006, 7,9 em 2007 e 10,7 em 2008. O gênero masculino apresentou uma taxa mais elevada que o feminino, e em relação à faixa etária observa-se uma elevação entre os anos de 2005 a 2008 desde a idade de menos de 1 ano até 80 ou mais anos de vida, atingindo maior valor nas faixas etárias de 20 a 29 anos (10,4) e 30 a 39 anos (10,5) (BRASIL, 2009a). De acordo com Pietrobon et al. (2008), esse segmento está em expansão, assim como há um grande espaço para seu crescimento, já que os atuais beneficiários representam apenas 4% da

população brasileira. Esses dados mostram uma demanda a ser suprida, em virtude das políticas públicas de promoção e atenção de saúde bucal serem deficientes.

O acesso da população manauara à atenção em saúde bucal pública pode se dar por meio do cadastramento na Estratégia Saúde da Família nas áreas cobertas ou pela ida espontânea aos Centros de Saúde ou aos Serviços de Pronto-Atendimento. Em caso de necessidade de procedimentos de média complexidade, a população é encaminhada aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ou às Policlínicas de gestão estadual, sem garantia de atendimento, pois não há Central de Regulação. No momento desta pesquisa, as Policlínicas sob gestão municipal, realizavam apenas procedimentos da atenção básica.

Segundo dados da Assistência Médica Sanitária (IBGE, 2006), os procedimentos básicos odontológicos predominam tanto nos estabelecimentos de saúde públicos quanto nos dos exclusivamente privados.

Até maio de 2009, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Manaus possuía um quantitativo de 241 Cirurgiões-Dentistas (CD), 142 Auxiliares em Saúde Bucal (ASB) e 42 Técnicos em Saúde Bucal (TSB). A Tabela a seguir apresenta a distribuição desses profissionais entre os anos 2006 e 2009.

Tabela 1– Distribuição dos CD, ASB e TSB da SMS entre os anos 2006 a 2009 no município de Manaus.

| <i>Profissional/Ano</i> | <i>2006</i> | <i>2007</i> | <i>2008</i> | <i>Mai/2009</i> |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|
| <i>CD</i> | 226 | 242 | 241 | 241 |
| <i>ASB</i> | 94 | 140 | 145 | 142 |
| <i>TSB</i> | 44 | 48 | 42 | 42 |

Fonte: Brasil (2009b).

Os recursos econômicos são um dos componentes que sustentam o sistema de saúde, os quais são destinados para a atenção à saúde, objetivando proteger e melhorar a saúde dos cidadãos. O custeio das ações de saúde bucal é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, em que os recursos federais destinados ao seu financiamento são transferidos na forma de blocos de financiamento da Atenção Básica (Piso de Atenção Básica – PAB Fixo e Piso da Atenção Básica Variável – PAB Variável) e da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC, designados aos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO).

Segundo o Fundo Municipal de Saúde - FNS, a Secretaria Municipal de Saúde – SMS – do município de Manaus recebeu, no período de 2005 a 2008, via transferência fundo a fundo para atenção à saúde bucal, um total de R\$ 3.828.850,00 (Três milhões, oitocentos e vinte e oito mil e oitocentos e cinquenta reais), conforme detalhado no quadro 1. Observa-se um crescimento significativo do repasse financeiro, ao longo dos anos.

Quadro 1 – Transferência fundo a fundo para atenção à saúde bucal do município de Manaus de 2005-2008

| Origem/Ano | 2005 (R\$) | 2006 (R\$) | 2007 (R\$) | 2008 (R\$) | Total (R\$) |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| PAB variável | 136.024,00 (69,4%) | 328.318,20 (42,6%) | 1.321.968,70 (87,4%) | 1.135.013,60 (84,1%) | 2.921.324,50 |
| PAB variável incentivo adicional | 59.976,00 (30,6%) | 286.700,40 (37,2%) | ----- | 21.593,60 (1,6%) | 368.270,00 |
| CEO | ----- | 105.585,90 (13,7%) | 140.667,15 (9,3%) | 192.992,80 (14,3%) | 439.245,85 |
| CEO incentivo | ----- | 50.095,50 (6,5%) | 49.914,15 (3,3%) | ----- | 100.009,65 |
| Total (R\$) | 196.000,00 | 770.700,00 | 1.512.550,00 | 1.349.600,00 | 3.828.850,00 |

Fonte: Brasil (2009c)

Em abril de 1998, o município de Manaus, com uma população estimada de 1.644.690 habitantes (50,73% da população amazonense), habilitou-se, segundo o Plano Municipal de Saúde 2004-2005 e conforme a Norma Operacional Básica - NOB/96, à Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), assumindo as responsabilidades pela gestão, gerência e prestação de serviços básicos assistenciais e de vigilância em saúde, bem como pela contratação e pagamento dos contratados ou conveniados. A partir daí, investiu na estruturação dos serviços e capacidade técnica para consolidar a atenção básica. No entanto, o município não assumiu a gerência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Secretaria de Estado de Saúde (SES), de acordo com o Plano Municipal de Saúde, em virtude de dificuldades técnico-gerenciais e operacionais, tendo como consequência a não concretização da municipalização e a persistência de superposição de responsabilidades e execução de ações básicas entre Estado e Município (MANAUS, 2004).

Nesse contexto, várias iniciativas foram tomadas, desde ações dos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, por meio de resolução conjunta¹, que deliberou pela instituição de uma comissão conjunta para acompanhar a incorporação das UBS do estado pelo município, até a participação do Ministério Público do Estado do Amazonas² para apurar o processo de descentralização dos serviços e ações de saúde no município de Manaus (MANAUS, 2002).

Em 23 de março de 2001 foi aprovada a Lei Municipal n. 590, com o objetivo de descentralizar as ações de saúde, administrativas e financeiras da Rede Municipal de

¹ Resolução conjunta n° 001 de 09/05/2000 dos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde.

² Ação do Inquérito Civil n° 005/1999 do Ministério Público, em que foi promovida uma audiência pública no dia 10/06/2002, para celebrar o termo de "Compromisso de Ajustamento de Conduta entre estado e município para o Reordenamento da Rede Assistencial e Reorganização de Serviços".

Saúde, por meio da implementação dos Distritos de Saúde (Norte, Sul, Leste e Oeste) e em 26 de dezembro de 2001 o Decreto n. 6.008, que dispõe sobre a reestruturação organizacional da Secretaria Municipal de Saúde – SMS (MANAUS, 2004). Destaca-se que, apesar da lei citada acima, a implementação dos Distritos de Saúde somente foi iniciada em 2005.

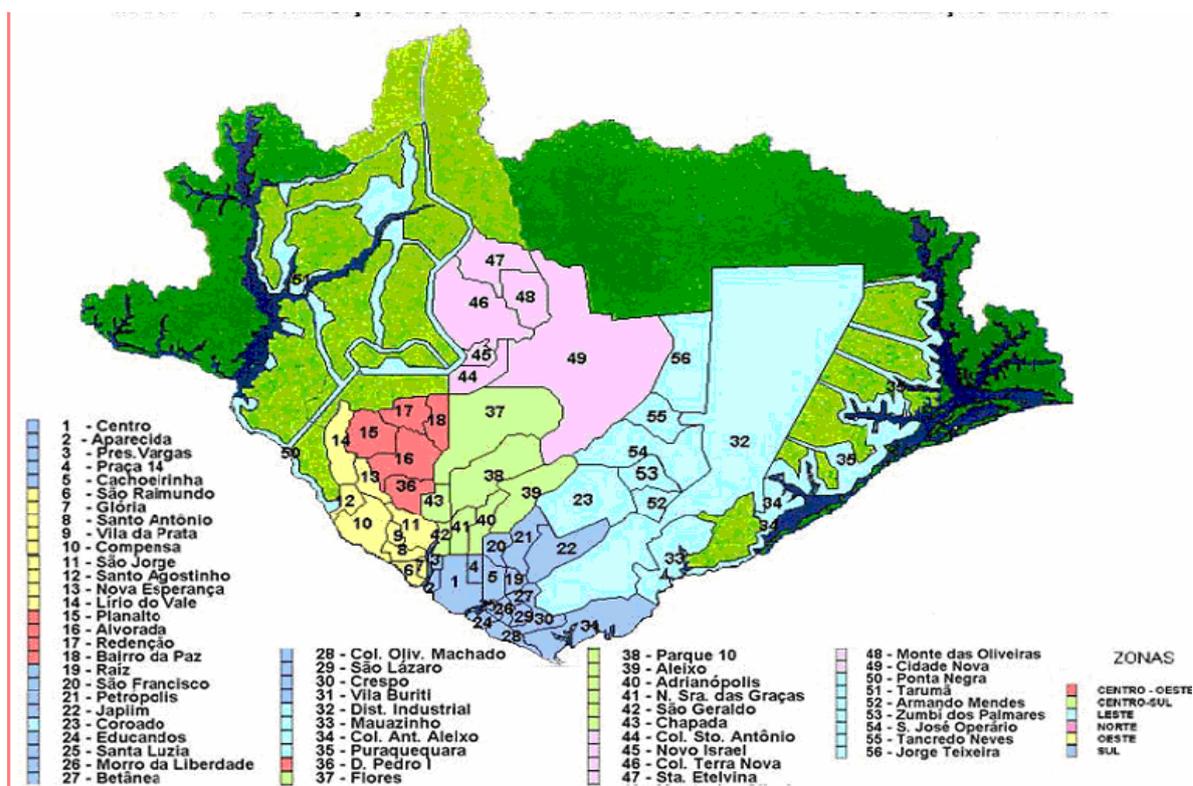
Em setembro de 2003, o município de Manaus teve aprovada sua habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), em acordo com a Norma Operacional de Assistência a Saúde - NOAS 01/2002, com a consequente ampliação de suas responsabilidades, dentre elas o aumento da resolubilidade dos serviços básicos de saúde, com implementação de programas prioritários definidos pelo MS. Em outubro de 2003, o gerenciamento da rede de atenção básica em Manaus é viabilizado com a assinatura do convênio da municipalização; e, em 2004, as transferências das UBS do estado para o município foram concretizadas (MANAUS, 2004).

A divisão geográfica do município de Manaus foi instituída no Decreto n. 2924, de 07 de agosto de 1995 e redimensionada pela Lei n. 283, de 12 de abril de 1995, tendo como base os estudos técnicos realizados pelo Instituto Municipal de Planejamento e Informática – IMPLAN, sendo dividida por seis zonas administrativas e 56 bairros (NOGUEIRA et al., 2007). Esta divisão pode ser vista na Figura 1.

A rede de serviços de saúde do município de Manaus, de acordo com o Plano Municipal de Saúde - 2006/2009, está organizada em quatro distritos. As unidades de saúde estão localizadas na área urbana, em território recortado pelos quatro Distritos de Saúde (Norte, Sul, Leste e Oeste). A maioria das unidades de saúde é pública (estaduais e municipais), organizadas por níveis de hierarquia de procedimentos na atenção básica, média e alta complexidade, e apresentam diversas nomenclaturas: Casa de Saúde da

Família (CSF), Unidade Básica de Saúde (UBS), Casa de Saúde da Mulher, Centro de Atenção Integral à Criança (CAIC), Pronto-Atendimento (PA), Policlínica, Centro de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI), Serviço de Pronto-Atendimento (SPA), Centro de Referência em Pneumologia Sanitária (CREPS), Ambulatório de Especialidades, Centro de Oncologia, Centro Psiquiátrico, Hemocentro, Hospital Especializado, Hospital Geral, Hospital Infantil, Hospital Universitário, Instituto da Criança (ICAM), Fundação de Dermatologia e Venerologia (FDTVAM), Fundação de Medicina Tropical (FMT-AM), Maternidade, Pronto Socorro da Criança, Pronto Socorro Geral e Pronto Socorro de Referência (MANAUS, 2006a).

Figura 1 - Divisão geográfica do município de Manaus



Fonte: Nogueira et al. (2007)

Com a descentralização no município, o serviço de saúde bucal da SMS vem, desde o ano de 2005, se reorganizando, para proporcionar à população manauara uma atenção à

saúde bucal, conforme as diretrizes do SUS. Sua capacidade instalada, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) na zona urbana, é de 47 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde (CS/UBS), 06 UBS/Pronto-Atendimento (UBSPA), 07 policlínicas, 44 UBS/ESF com ESB, 02 Módulos Saúde da Família, 02 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Ambulatório de Especialidade Odontológica, perfazendo um total de 109 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) (Tabela 2) e, na zona rural, dispõe de 04 postos de saúde, 01 unidade móvel fluvial, 02 unidades móveis terrestres, totalizando 116 unidades de saúde com atendimento odontológico, distribuídas nos Distritos de Saúde (BRASIL, 2008).

TABELA 2 – Localização dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde com atendimento odontológico nos Distritos de Saúde da zona urbana de Manaus-AM

| <i>Unidades</i> | <i>CS / UBS</i> | <i>UBS / PA</i> | <i>Policlínicas</i> | <i>UBS / ESF / ESB</i> | <i>Módulo SF</i> | <i>CEO</i> | <i>Ambulatório Especialidade Odontológica</i> | <i>Total</i> |
|------------------|-----------------|-----------------|---------------------|------------------------|------------------|------------|---|--------------|
| <i>Distritos</i> | | | | | | | | |
| Norte | 02 | 04 | 02 | 14 | - | 01 | - | 23 |
| Sul | 17 | - | 01 | 11 | - | 01 | - | 30 |
| Leste | 11 | 02 | 03 | 14 | 02 | - | - | 33 |
| Oeste | 17 | - | 01 | 05 | - | - | 01 | 23 |
| Total | 47 | 06 | 07 | 44 | 02 | 02 | 01 | 109 |

Fonte: www.cnes.datasus.gov.br. Acessado em 30/04/2008

A Secretaria Municipal de Saúde iniciou, em 2005, a implantação de dez (10) Equipes de Saúde Bucal (ESB), na modalidade I³, junto às equipes de Saúde da Família no Distrito de Saúde Norte, assim como um CEO tipo II para atendimento à população do Distrito Sul. Posteriormente, as ações dessa política foram expandidas para os demais Distritos de Saúde do município.

³ De acordo com a Portaria n. 1.444 de 28 de dezembro de 2000, a inserção do CD se dá a partir de equipes do tipo modalidade I compostas pelo cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal e na modalidade II, além do CD e ASB, incluem o técnico em saúde bucal (TSB) (BRASIL, 2000).

A SMS passou, durante os anos de 2005 e parte de 2006, em negociação com o Prefeito, com a Secretaria Municipal de Administração e Planejamento e com a Câmara Municipal para implementar a distritalização do Sistema Municipal de Saúde, aprovar um plano de carreira para o município e reformular sua estrutura organizacional. Esta última foi alcançada com a promulgação da Lei n. 975 de 12 de maio de 2006 do Decreto n. 8.456 de 15 de maio de 2006.

Nesse contexto de mudanças no município de Manaus, a proposta de avaliação da reorganização das práticas da atenção à saúde bucal para a população manauense, como, por exemplo, a mudança do modelo cirúrgico-restaurador para o da promoção e proteção à saúde, recuperação e reabilitação, bem como a implementação dos Distritos de Saúde, das ESB e dos CEO, visa a responder a questões como:

- 1- Qual o grau de implantação alcançado pelos serviços de atenção à saúde bucal no município de Manaus, levando-se em consideração as dimensões de estrutura e processo das ações de saúde bucal?
- 2- Em que medida a implantação dos serviços de atenção à saúde bucal no município de Manaus é influenciada pelo contexto político e social local?

Assim, esse estudo teve como objetivo geral analisar a implantação dos serviços de atenção à saúde bucal no Município de Manaus, com ênfase nas dimensões de estrutura e processo, e como objetivos específicos: construir um modelo lógico da atenção à saúde bucal; estimar e validar o grau de implantação dos serviços de atenção à saúde bucal; analisar os diferentes níveis de implantação e relacionar o grau de implantação dos serviços de atenção à saúde bucal e o contexto organizacional local.

CAPÍTULO 2

REVISÃO DE LITERATURA

2.1 – Histórico da Construção do Modelo de Atenção em Saúde Bucal

2.1.1 - Os Adjetivos da Odontologia, suas Experiências e a Saúde Bucal

Coletiva

Ao iniciar este tópico, convém lembrar que a fragmentação que se adotou sobre o modelo de saúde bucal é apenas didática; compartilha-se o pensar da saúde bucal sendo parte integrante e inseparável da saúde geral.

A denominação “modelo de atenção em saúde” tem sido utilizada como sinônimo de modelo assistencial ou modos de intervenção, recebendo a definição de *“combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas”* (PAIM, 2006, p. 18). Dessa forma, não deve ser entendido ou interpretado como algo exemplar, normatizado ou padronizado que deve ser seguido, e sim para se identificar seus traços fundamentais e as diversas racionalidades que o caracterizam (PAIM, 2003; 2008).

Na visão de Narvai (1992, p. 9), o modelo em saúde bucal deve ser compreendido a partir de sua *“construção histórica única, singular, de replicação impossível (...)”*. Esse autor ressalta que diferentes modelos de atenção à saúde bucal podem ser idealizados a partir das respostas concebidas aos aspectos como: 1 - explicitação da concepção do processo saúde-doença; 2 - definição do sistema de trabalho em relação à assistência e ações coletivas; 3 - seleção de um sistema de atendimento; e 4 - definição de um sistema de informações.

Com relação aos termos **assistência** e **atenção**, esse mesmo autor pondera que ambos possuem conceitos muito distintos, onde assistência odontológica *“refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, estejam doentes ou não”* e, atenção à saúde bucal *“é constituída pelo conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo com o objetivo de manter a saúde bucal”* (p. 4), *“o que requer realizar ações concomitantes sobre todos os determinantes do processo saúde-doença”* (NARVAI; FRAZÃO, 2008, p. 68).

No Brasil, convivem historicamente, de forma contraditória ou suplementar, dois modelos de saúde, o médico-assistencial privatista (hegemônico) e o assistencial sanitário voltado para a demanda espontânea e para atender as necessidades de saúde, respectivamente (PAIM, 2003; 2008). O primeiro é

“centrado no atendimento de doentes (demanda espontânea ou induzida pela oferta), com ênfase na assistência ambulatorial e hospitalar de alto custo, prestada principalmente através da rede contratada e conveniada com o SUS, apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidades de saúde, ainda que proporcione uma assistência de qualidade em algumas situações” (TEIXEIRA, 2000, p. 1).

Já o segundo é

“voltado para o enfrentamento de problemas de saúde selecionados e para o atendimento de necessidades específicas de determinados grupos, através de ações de caráter coletivo (campanhas sanitárias, programas especiais, ações de vigilância epidemiológica e sanitária) tem evidentes limitações quando se trata de atender as demandas da população por uma atenção integral, com qualidade, efetividade e equidade” (TEIXEIRA, 2000, p. 1).

Historicamente, no Brasil, a saúde pública só começou a ser tratada como questão social na década de 20, no entanto com uma clara dicotomia entre o setor da saúde pública, a cargo do Ministério da Saúde, e o da assistência médico-previdenciária, sob a

responsabilidade inicialmente das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), transformadas posteriormente, na década de 30, em Institutos de Assistência e Previdência (IAPs), e, em 1966, unificados em Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Já na metade da década de 70, criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), formado pelo Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS), que cuidava da parte financeira da previdência, e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pela assistência médica (OLIVEIRA; SOUZA, 1997; RONCALLI, 2003).

Em relação à odontologia, as primeiras atividades desenvolvidas pelo setor estatal surgem na década de 50, assim como também emergiram diversas adjetivações e o movimento pela saúde bucal coletiva (QUADRO 2) que corresponderam às propostas de práticas odontológicas e das ações que lhe correspondiam: sanitária, social, preventiva, simplificada/comunitária, integral e saúde bucal coletiva (NARVAI, 1994).

QUADRO 2 – Adjetivos da odontologia e suas propostas de práticas

| Adjetivos | Propostas |
|--------------------------|--|
| Sanitária | Diagnóstico e tratamento de saúde oral da comunidade |
| Social | Compreensão das causas que impedem os bons níveis de saúde da população e buscar sua superação |
| Preventiva | Prevenção das enfermidades orais |
| Simplificada/Comunitária | Simplificação das ações, sem alterar sua qualidade |
| Integral | Unificação das práticas anteriores |
| Saúde Bucal Coletiva | Práticas de saúde que extrapolam os limites assistenciais da odontologia |

A **odontologia sanitária**, segundo Chaves (1960 apud NARVAI, 1994, p. 30), “*é a disciplina da saúde pública responsável pelo diagnóstico e tratamento de saúde oral (...) da comunidade*”. Os primeiros programas de odontologia sanitária foram desenvolvidos pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), financiado pelo governo

norte-americano, em alguns estados das regiões Norte, Nordeste e Sudeste, voltados para clientela selecionadas de forma regionalizada. Esse programa, denominado de sistema incremental, foi desenvolvido para ser aplicado em quaisquer populações, no entanto, ficou cunhado como exemplo de assistência a escolares de 6 a 14 anos de idade. Sua metodologia objetivava o atendimento da população-alvo, primeiramente eliminando as necessidades acumuladas (curativa) e, posteriormente, a manutenção da saúde (educativo-preventiva).

Foi um programa que, embora hegemônico por mais de 40 anos, foi bastante criticado por ter se estabelecido reforçando a dicotomia curativo-preventivo, sem nenhum impacto sobre os níveis de saúde bucal, e excludente por ter priorizado exclusivamente escolares. No entanto, é lembrado de forma positiva por ter rompido com a hegemonia da livre demanda aos consultórios, priorizando a fluoretação da água de abastecimento público, assim como também por ser portador de uma estrutura organizacional consolidada (NARVAI, 1994; ABREU; WERNECK, 1998; OLIVEIRA et al., 1999; NICKEL et al. 2008).

As prováveis razões do Sistema Incremental ter se mantido por mais de 40 anos como modelo hegemônico no Brasil foram discutidas por Abreu e Werneck (1998). Esses autores, ao fazerem uma análise histórica do Sistema Incremental, discorrem que, apesar dos avanços alcançados na área da saúde, esse sistema não refletiu em tomada de decisão para implantação de uma atenção em saúde bucal para população brasileira. A influência de atores com formação nos EUA em pontos-chave do comando das ações odontológicas brasileiras, bem como o pensamento biologicista exclusivo dos problemas de saúde bucal, que considerava os problemas socioeconômicos que perpassavam o processo saúde-doença como não sendo da alçada do cirurgião-dentista;

a falta de avaliação de impacto do Sistema Incremental na saúde bucal da população brasileira e a incipiente força política que a área odontológica tinha no MS, podem ser consideradas responsáveis pela manutenção da hegemonia do Sistema Incremental no Brasil.

O adjetivo “social” agregado ao termo odontologia surgiu em 1960 na 37ª Reunião Anual da Associação Norte-Americana de Escolas de Odontologia, enfatizando a necessidade de se criar um Departamento de Odontologia Social nas Escolas de Odontologia. A partir daí, várias interpretações surgiram para a **odontologia social**, a saber: mesmo significado da odontologia sanitária, porém em contextos diferentes; mais abrangente que a odontologia sanitária e uma prática odontológica destinada a pobres e carentes. Assim como a odontologia sanitária, o desenvolvimento da odontologia social continuava pautando-se pelo sistema incremental (NARVAI, 1994).

A redução das necessidades de tratamento odontológico em unidades de saúde da Fundação SESP foi descrita por Diniz (1981), abordando os 28 anos de existência da referida fundação com a implantação do Sistema Incremental. Os resultados apontaram para redução de procedimentos odontológicos, como exodontias e restaurações, e aumento de cobertura da população-alvo, citando exemplos de municípios dos estados da Bahia, do Piauí e do Pará. Concluiu que, além de constatada redução de necessidades odontológicas, as ações implantadas pela Fundação SESP servem de modelo.

Nos anos sessenta, chegam ao Brasil as propostas da **odontologia preventiva**, as quais tiveram mais aceitação nas universidades do que nos setores públicos e privados, fato

este somente superado a partir dos anos oitenta, com o desenvolvimento da cariologia⁴. A odontologia preventiva foi implantada na grande maioria das escolas de odontologia brasileiras, cercada de abordagens equivocadas como diz Garrafa (1983, p. 35-36) “*a abordagem da prevenção em uma disciplina isolada é discrepante, porque a prevenção em saúde deve constituir sinônimo de integração; integração de ações, de recursos, de esforços. A prevenção, ao invés de constituir simples objeto dentro do conteúdo de disciplinas estáticas e isoladas, deve prevalecer como o sujeito de todo um processo de ensino-aprendizagem dinâmico, integrado e com fundamentação social*”.

Uma proposta da odontologia preventiva de grande repercussão foi o Programa Odontológico Escolar de Saúde (PROESA), desenvolvido no município de Porto Alegre pela Prefeitura. O PROESA tinha como meta a redução de manchas brancas ativas, primeiro sinal visível clinicamente do processo de desmineralização, com uma redução da experiência de cárie propriamente dita. A metodologia proposta preconizava a desorganização do biofilme dental da boca das crianças, além de aplicar flúor gel com a escova. Paralelamente a isso, eram realizadas instrução e educação para saúde bucal com as crianças da escola a fim de socializar a atividade.

Em um estudo comparativo do alcance da redução de cárie em dois tipos de programas, Silva e Silva (1996) analisaram três municípios do estado de Alagoas. O primeiro adotava o programa PROESA, o segundo adotava o Sistema Incremental, e o terceiro município não oferecia programa odontológico estruturado. Foram examinados em torno de 1.500 escolares, 500 em cada município, utilizando os critérios para

⁴ Disciplina da odontologia que estuda cientificamente a natureza dinâmica do processo cariioso, proporcionando ao profissional de saúde bucal uma percepção das complexas interações que ocorrem na cavidade bucal e que eventualmente possam conduzir ao desenvolvimento da cárie dental (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1988).

diagnóstico de cárie da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1987. Os resultados evidenciaram problemas graves no planejamento e execução dos programas analisados, pois todos os participantes, apresentando doença ou não, foram tratados da mesma forma e isto, conseqüentemente, mascarou os escolares que possuíam muitas necessidades odontológicas, pois, não seguindo a lógica da utilização de dados epidemiológicos e/ou clínico-laboratoriais, incorre-se no erro de propiciar um subtratamento para os que mais precisam e um sobretatamento para os que estão livres da doença.

Segundo Narvai (1994), o PROESA foi replicado em vários municípios do Brasil, chegando até a serem desativados os serviços odontológicos no município de Maués, Amazonas, que significava a única forma de acesso da população local à assistência odontológica em casos de dor e infecção. O argumento utilizado foi que ações curativas que não controlam a doença é perda de tempo, o que na visão de Narvai *“é como se o que as pessoas demandam concretamente não importasse, pouco significando suas dores, seus desejos, sua expectativa. (...) a odontologia preventiva é frágil frente à tentação racionalista, expondo sua dimensão potencialmente tecnocrática e autoritária”* (p. 98).

As propostas da **odontologia simplificada/comunitária** surgiram nos anos setenta sob a influência da doutrina da atenção primária, sendo definida *“como uma prática profissional que permita, através da padronização, da diminuição dos passos e elementos e da eliminação do supérfluo, tornar mais simples e barata a odontologia. (...) ao tornar-se mais produtiva, viabiliza os programas de extensão de cobertura”* (MENDES, 1986, p. 541). No entanto, na prática foi uma odontologia, embora destinada às classes sociais menos favorecidas, de alta produtividade e curativa em

detrimento da prevenção, com conseqüente queda da qualidade de suas ações. Com isso, estabeleceu-se uma política social discriminatória, fomentando as desigualdades entre as classes sociais (MENDES, 1986).

Para Narvai (1984 apud NARVAI, 1994)

“a expressão odontologia comunitária não tem sentido uma vez que a odontologia é sempre comunitária, sempre social (...). Admitindo-se que assegurar a assistência à saúde constitui dever do Estado moderno, conclui-se que a odontologia será tanto mais comunitária quanto maior for a participação popular (...). Estamos praticando justamente o contrário (...). A comunidade, quando consegue acesso à odontologia, encontra-se, de modo geral, reduzida à condição de mero objeto receptor de serviços, sem expectativas ou vontade própria, excluída de qualquer possibilidade real de interferir nos programas e nas ações odontológicas (...). Lutar pela democratização para, ao consegui-lo, criar as condições necessárias ao desenvolvimento de uma odontologia adequada às necessidades dos brasileiros e identificada com seus anseios e expectativas. Isto significa, então, democratizar o país para, criando uma odontologia realmente comunitária, transformar os brasileiros em sujeitos do seu próprio corpo, capazes de promover e manter sua própria saúde. Sem democracia – vale dizer, sem as mais amplas liberdades políticas – a odontologia comunitária não passa de um sonho bonito” (p. 59-60).

A **odontologia integral** surge 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. Essa nova prática foi definida *“como ecologicamente, orientada, alternativa à odontologia flexneriana, que tem como objetivo último, a manutenção da saúde, e que é caracterizada pela natureza coletiva do seu objeto, pela ênfase na prevenção no seu significado mais amplo, pela simplificação dos elementos da prática profissional, com utilização intensiva de tecnologia apropriada e pela desmonopolização do saber odontológico”* (MENDES, 1986, p. 545). Para Narvai (1984 apud NARVAI, 1994), em virtude da não explicitação do significado do adjetivo integral incorporado a odontologia, pelos autores que a

entenderam como tendo coerência com a doutrina e os princípios da Reforma Sanitária, considerou-a “*uma absoluta inutilidade*” (p. 63).

No final dos anos 80 e no início dos anos 90, surge o Programa de Inversão da Atenção que incorporou os avanços da odontologia integral, bem como se baseou na estrutura organizativa do SUS, tendo como principal característica o controle epidemiológico da cárie dental obtido com tecnologias preventivas originadas dos países escandinavos. Seu objetivo é o controle e não a cura da cárie dental, trabalhando inicialmente com a estabilização da doença, passando para a reabilitação, finalizando com o declínio - entendido como o controle da doença, para poder focar nos fatores condicionantes da doença com a introdução do autocuidado. As críticas surgem pela sua exclusividade de prestação de serviço em escolas e creches, desconsiderando os princípios doutrinários do SUS, os quais o programa preconizava, aliado ao fato de não ter levado em conta as reais necessidades epidemiológicas da população (OLIVEIRA et al., 1999; NICKEL et al., 2008).

Os programas ou as experiências apresentadas até o momento focaram-se sempre no escolar de 6 a 14 anos de idade. Ancorado na importância do controle da cárie dental o mais precocemente possível, surge a atenção precoce em odontologia, tendo como alvo a população de 0 a 5 anos de idade. A experiência mais marcante foi Odontologia para Bebês, objetivando prevenir e controlar a cárie dental na população de 0 a 36 meses de idade. Surgiu em 1985 na Universidade Estadual de Londrina (UEL) – PR e posteriormente foi incorporada pela Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Apesar da incontestável redução da prevalência da cárie dental nessa faixa etária, recebeu críticas pela sua implantação em vários municípios brasileiros de forma acrítica, com o risco de se repetir a exclusividade aos escolares e sem vínculo com as ações de

saúde bucal mais geral (GARBELINI et al., 1991; FIGUEIREDO et al., 1998; OLIVEIRA et al., 1999; BALDANI et al., 2003; GUIMARÃES et al., 2003; NICKEL et al., 2008).

Na prática, todas as adjetivações descritas até o momento revelaram-se impotentes para romper de fato com a odontologia de mercado. O que se teve foi tentativa de quebra do modelo hegemônico, como também não se desenvolveram políticas para saúde bucal, o que se tinha na saúde pública eram propostas isoladas e, na assistência médica/previdenciária, intervenções curativas individuais.

No decorrer dos anos oitenta à expressão saúde bucal incorporou-se o termo coletiva, fortemente influenciada pela saúde coletiva. Tal mudança tinha a clara intenção de mostrar uma origem distinta dos adjetivos incorporados à odontologia até então. A saúde bucal coletiva é um campo que trabalha com a atenção à saúde bucal que compreende além da assistência individual, as ações sobre as causas das doenças, independentemente se forem de natureza biológica, social, econômica ou política. Dessa forma, *“(...) a saúde bucal coletiva tem procurado constituir-se em referência de uma práxis capaz de recuperar para o trabalho em odontologia suas dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral indispensáveis às práticas no campo da saúde que tenham como horizonte sociedades democráticas e solidárias, nas quais as questões de saúde-doença tenham, efetivamente, relevância pública e assim sejam consideradas pelo Estado e pelo conjunto da sociedade”* (NARVAI, 1994, p. 106).

2.1.2 – A Inserção da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família

O PSF foi implantado pelo MS em 1994 para ampliar a atenção básica às populações e áreas de carência em saúde, com foco central na família e comunidade. Os profissionais incorporados inicialmente foram: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Outros profissionais, como por exemplo, os CD, podem ser incorporados à equipe ou formar equipe de apoio. A implantação do PSF é de responsabilidade dos municípios, no entanto, para seu funcionamento adequado é imprescindível a participação das esferas de governo estadual e federal com suas atribuições redefinidas pela NOB 01/96. Em 1998, o PSF passou a ser concebido como um processo em permanente construção, uma estratégia estruturante, recebendo a denominação de Estratégia de Saúde da Família com o propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde em substituição ao modelo tradicional.

A Portaria (BRASIL, 2000) que estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio de PSF foi considerada como o marco oficial da inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF, a partir das modalidades I e II. Estabelece ainda a relação de uma ESB para duas ESF, com exceção para municípios com menos de 6.900 habitantes, podendo ser 1:1, bem como, que cada ESB deverá atender em média 6.900 habitantes. Para a modalidade I, haveria um repasse financeiro de incentivo anual de R\$ 13.000,00 (treze mil reais) e, para a modalidade II, de R\$ 16.000,00 (dezesesseis mil reais), divididos em 12 parcelas mensais, assim como um incentivo adicional no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por equipe implantada, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos, pago em parcela única, logo após a implantação da ESB.

Esse instrumento foi regulamentado pela Portaria n. 267 de 6 de março de 2001, que aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, por meio do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica. Esse plano tem como objetivos: a) melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira; b) orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo PSF; c) assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal; d) capacitar, formar e educar, permanentemente, os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do Sistema Único de Saúde (SUS); e) avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF (BRASIL, 2001a).

As bases para reorientação dessas ações de saúde bucal devem expressar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais: a) caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas UBS; b) adscrição da população sob a responsabilidade da UBS; c) integralidade da assistência prestada à população adscrita; d) articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde; e) definição da família como núcleo central de abordagem; f) humanização do atendimento; g) abordagem multiprofissional; h) estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social; i) educação permanente dos profissionais; j) acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

As estratégias preconizadas nessa portaria para incorporação das ações de saúde bucal na estratégia de Saúde da Família, além de endossarem o que consta na Portaria n. 1.444, regulamentam a carga horária de trabalho dos profissionais da ESB em 40 horas semanais, e orientam que a adequação dos espaços a serem utilizados para a prestação dos serviços odontológicos deve considerar as instalações já existentes, bem como as iniciativas locais de organização dos serviços, desde que satisfaçam os critérios de referência territorial e sejam de fácil acesso para a população.

As funções comuns e específicas para os membros da ESB, também foram regulamentadas na Portaria 267 e são apresentadas nos Quadros 3, 4, 5 e 6.

Quadro 3 - Atribuições comuns dos profissionais de saúde bucal no PSF

| |
|---|
| Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família; |
| Identificar as necessidades e as expectativas da população em relação à saúde bucal; |
| Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal; |
| Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência; |
| Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal; |
| Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde; |
| Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas; |
| Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal. |

Fonte: Brasil, 2001a.

Quadro 4 - Atribuições específicas do Cirurgião-Dentista

| |
|---|
| Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a situação epidemiológica de saúde bucal da comunidade; |
| Realizar os procedimentos clínicos definidos na NOB/SUS 96 e na NOAS/SUS 01/01; |
| Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita; |
| Encaminhar e orientar os usuários que apresentarem problemas mais complexos a outros níveis de especialização, assegurando seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento; |
| Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências; |
| Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais; |
| Prescrever medicamentos e outras orientações em conformidade com os diagnósticos efetuados; |
| Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência; |
| Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais; |
| Coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e a prevenção em saúde bucal; |
| Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas; |
| Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e pelo ACD; |
| Capacitar as ESF no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal; |
| Registrar no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) todos os procedimentos realizados. |

Fonte: Brasil, 2001a.

Quadro 5 - Atribuições específicas do Técnico em Saúde Bucal

| |
|---|
| Realizar, sob a supervisão do CD, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de biofilme dental, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento; |
| Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do CD; |
| Auxiliar o CD (trabalho a quatro mãos); |
| Realizar procedimentos coletivos, como escovação supervisionada, evidenciação de biofilme dental e bochechos fluorados, na Unidade Básica de Saúde da Família e em espaços sociais identificados; |
| Cuidar da manutenção e da conservação dos equipamentos odontológicos; |
| Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal; |
| Registrar no SAI/SUS todos os procedimentos realizados no âmbito de sua competência. |

Fonte: Brasil, 2001a.

Quadro 6 - Atribuições específicas do Auxiliar em Saúde Bucal

| |
|---|
| Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados; |
| Realizar procedimentos educativos e preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como evidenciação de biofilme dental, orientações à escovação com o uso de fio dental sob acompanhamento do THD; |
| Preparar o instrumental e os materiais para uso (sugador, espelho, sonda e demais materiais necessários para o trabalho); |
| Instrumentalizar o CD ou o THD durante a realização de procedimentos clínicos; |
| Cuidar da manutenção e da conservação dos equipamentos odontológicos; |
| Agendar e orientar o usuário quanto ao retorno para manutenção do tratamento; |
| Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal; |
| Realizar procedimentos coletivos, como escovação supervisionada, evidenciação de biofilme dental e bochechos fluorados, na Unidade Básica de Saúde da Família e em espaços sociais identificados; |
| Registrar no SAI/SUS todos os procedimentos realizados no âmbito de sua competência. |

Fonte: Brasil, 2001a.

Ainda no ano de 2001, editou-se a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/01 (BRASIL, 2001b), a qual foi revisada no ano seguinte com o lema “Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso” (NOAS-SUS 01/02). Esta norma instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) e definiu sete áreas de atuação estratégicas mínimas, dentre elas a da saúde bucal com as ações descritas no quadro 7.

Quadro 7 – Ações de saúde bucal descritas na NOAS-SUS 01/02

| Responsabilidades | Atividades |
|--|---|
| - Prevenção dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes. | - Procedimentos individuais preventivos; - Procedimentos coletivos: levantamento epidemiológico, escovação supervisionada e evidenciação de biofilme dental, bochechos com flúor, educação em saúde bucal. |
| - Cadastramento de usuários. | - Alimentação e análise de sistemas de informação. |
| - Tratamento dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes. | - Consulta e outros procedimentos individuais curativos. |
| - Atendimento a urgências odontológicas. | - Consulta não agendada. |

Fonte: Brasil, 2002a.

A Portaria n. 1.121 de 17 de junho de 2002, publicada no DOU em 18/06/02, estabelece os mecanismos, fluxos e prazos para a avaliação de desempenho em relação às metas municipais e estaduais definidas no Pacto de Indicadores de Atenção Básica 2001 e aprova a relação dos indicadores a serem pactuados no ano de 2002, por estados e municípios. Na área de saúde bucal foram definidos dois indicadores principais, a taxa de cobertura de primeira consulta odontológica e a razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos, e um complementar, a proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais (BRASIL, 2002b).

Em 2003, a Portaria n. 396/GM de 04 de abril reajusta os valores dos incentivos financeiros às ações de saúde bucal no âmbito do PSF, alterando para R\$ 15.600,00 (quinze mil e seiscentos reais) e R\$ 19.200,00 (dezenove mil e duzentos reais) para as modalidades I e II, respectivamente. Em junho desse mesmo ano, foi publicada a Portaria n. 673/GM, cessando os efeitos da Portaria n. 1.444 e estabelecendo que possam ser implantadas, nos municípios, quantas ESB forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número existente de ESF e considerem a lógica de organização da atenção básica (BRASIL, 2003a; b).

Na visão de Dias (2006, p. 15), *“o aumento do número de ESB, além de proporcionar diretamente um avanço na cobertura populacional, em termos de acesso aos serviços de saúde bucal e assistência odontológica, também possibilita uma elevação no aporte de recursos financeiros para o município, com fins de aplicação em melhorias no próprio programa de saúde bucal”*.

Em 20 de janeiro de 2004, foi editada a Portaria n. 74/GM (BRASIL, 2004b), que considerou a defasagem nos valores dos incentivos financeiros às ações de saúde bucal no âmbito do PSF em relação às despesas por eles geradas para os municípios e a

necessidade de ampliação da resolutividade das ações básicas em odontologia, buscando a integralidade da assistência, reajusta os valores dos incentivos financeiros às ações de saúde bucal no âmbito do PSF e inclui procedimento de moldagem para prótese. O valor dos incentivos financeiros passa a ser de R\$ 20.400,00 (vinte mil e quatrocentos reais), para a modalidade I, e de R\$ 26.400,00 (vinte e seis mil e quatrocentos reais) para a modalidade II, anuais, divididos em 12 (doze) parcelas mensais, com vigência a partir da competência fevereiro de 2004.

Essa mesma portaria determina que o MS forneça um consultório odontológico completo (cadeira, equipo de três pontas, unidade auxiliar, mocho e refletor) para as equipes de saúde bucal habilitadas ou que se habilitarem na modalidade II para utilização por parte do Técnico em Saúde Bucal (TSB), definindo, dessa forma, que as equipes de saúde bucal habilitadas na modalidade II ficam obrigadas a possuir pelo menos dois consultórios odontológicos completos, bem como que as equipes habilitadas em modalidade I continuam obrigadas a possuir pelo menos um consultório odontológico completo.

O valor do incentivo adicional às ações de saúde bucal no âmbito do PSF foi corrigido para R\$ 6.000,00 (seis mil reais) para as equipes implantadas a partir da data de publicação desta Portaria, pago em parcela única, destinado à compra de equipamentos e materiais permanentes clínicos, inclusive os utilizados para a confecção de próteses. Determina, ainda, o pagamento de R\$ 1.000,00 (um mil reais) em parcela única, para cada equipe de saúde bucal já implantada, como incentivo adicional para a compra dos materiais permanentes utilizados nas fases clínicas de confecção de próteses. Por fim, inclui no grupo das ações básicas em odontologia, da Tabela de Procedimentos do

Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS, a moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias.

Em março de 2006, foi publicada a Portaria n. 648 aprovando a Política Nacional de Atenção Básica e estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. Determina essa Portaria, como itens necessários à incorporação dos profissionais de saúde bucal na modalidade I ou II nas ESF, a existência de equipe multiprofissional com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada (máximo de 4.00 habitantes, sendo recomendada a média de 3.000 habitantes) (BRASIL, 2006a).

Ao longo dos últimos oito anos da inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, inúmeros artigos foram publicados enfocando essa experiência em diferentes localidades. O estado do Ceará iniciou a experiência em 2002, com um total de 375 equipes funcionando em 184 municípios e uma cobertura de 34% para uma população de 7.546.619 habitantes.

Com o objetivo de identificar os benefícios e obstáculos na implantação das ações de saúde bucal no município de Iracema – CE, por meio de uma análise comparativa no ano de 1998 e 2001, Farias e Moura (2003) coletaram dados pelas técnicas de análise documental (Relatório de Gestão, Plano Municipal de Saúde e informes das Secretarias de Saúde e de Educação) e de observação participante (registro de informações das atividades práticas de saúde bucal). Os resultados mostraram que, em 1998, o modelo de atenção à saúde bucal no referido município era hegemônico privatista semelhante ao da realidade nacional. Em 2001, o cenário começou a mudar após a implantação do PSF e ESB, em que se procurava ter um diagnóstico real de saúde da população de Iracema para alcançar os princípios do SUS. Como benefício, apontou-se a integração entre

diferentes atores, melhoria da capacidade instalada, ampliação dos recursos humanos, melhoria do acesso tanto para população geral quanto para os grupos priorizados. Os obstáculos apontados foram a valorização das práticas odontológicas curativas pela população e pelo CD, serviços especializados insuficientes, necessidade de integração dos ACS nas ações de saúde bucal, não atendimento clínico noturno e de urgência. No entanto, apesar de todos os percalços encontrados para a mudança de modelo de atenção à saúde, o PSF mostrou-se uma estratégia possível e necessária para a população estudada.

Buscando a compreensão da inserção das ações de saúde bucal no PSF e a deliberação pelo Ministério da Educação (ME) em relação às novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de saúde, Matos e Tomita (2004) fizeram um estudo abrangendo três instituições de ensino superior de odontologia em dois municípios do estado de São Paulo. Os sujeitos da pesquisa foram diretores, coordenadores pedagógicos e estudantes do quarto ano do curso de graduação de odontologia. Os resultados apontaram a existência de uma preocupação por parte das instituições de ensino superior em contemplar o perfil proposto pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) das Novas Diretrizes Curriculares para o curso de odontologia, mas ainda incipiente. Em relação aos estudantes, percebeu-se dificuldade de relacionar a odontologia ao social, o atendimento prestado à população carente é sinônimo de filantropia, as perspectivas estão voltadas para a lógica de mercado, com claro distanciamento do que é preconizado pelo SUS; no entanto, concordam que a inserção da ESB no PSF foi um importante passo para a expansão da odontologia. Os autores concluíram pela necessidade de diálogo entre as instituições de ensino superior e os

serviços de saúde, pois essa articulação repercute na formação de recursos humanos na perspectiva do SUS.

Debatendo o mesmo assunto, Botazzo (2008) considera que o aparelho formador tende a contrapor-se ao SUS e à Reforma Sanitária na medida que perpetua o centramento dentário da formação do CD e incentiva a fragmentação das disciplinas, tendo como resultado um aluno com dificuldade de produzir o cuidado integral em saúde bucal.

Rodrigues e Assis (2005) realizaram uma pesquisa em quatro USF (implantadas em 1998) com ESB (implantadas em 2001), tendo como referencial a análise organizacional da oferta e demanda dos serviços de saúde bucal na Unidade de Saúde da Família (USF), no município de Alagoinhas – BA. Os autores observaram que cada ESB, particularmente o CD, é quem determina como se dará a organização das ações na atenção básica e a forma de conduzir a marcação de consulta. Dessa forma, o acesso pode se dar pela demanda espontânea, através de ações programadas para os grupos de gestante e escolar, e por meio de reuniões com as famílias selecionadas pelos ACS. Em suma, a prática desenvolvida nas USF compromete o princípio da universalidade; as normas e diretrizes da saúde bucal na ESF nem sempre conseguem ser seguidas, embora existam esforços neste sentido, bem como se evidenciou a necessidade do conhecimento da realidade de saúde de cada localidade.

A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica foi pautada por uma nova concepção do processo saúde-doença e rapidamente expandiu-se e ganhou expressividade no cenário nacional. Souza e Roncalli (2007), preocupados com a forma como essa reorganização está ocorrendo, analisaram a incorporação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no estado do Rio Grande do Norte, buscando conhecer os

fatores que interferiam na implantação dessa estratégia e no processo de mudança dos modelos assistenciais em saúde bucal no SUS.

Foram selecionados vinte municípios que tinham, pelo menos, uma ESB implantada com um tempo mínimo de um ano. Os resultados evidenciaram uma precarização das relações de trabalho, onde 40% dos CD tinham contrato temporário e foram contratados pelo critério de indicação; a jornada de trabalho foi um dado permeado pela contradição entre a real carga contratada e a real carga cumprida. A organização do trabalho segue na direção multidisciplinar, o problema no campo da saúde é visto sem que se estabeleçam relações científicas efetivas entre os profissionais. A ação intersetorial é assim entendida pelos sujeitos da pesquisa: mutirões, participação em conferências ou atividades preventivas nas unidades. O acesso se dá de diferentes formas nos municípios pesquisados, existem os que não trabalham com a territorialização e adscrição de clientela e mapeamento da área; outros possuem área de abrangência e mapeamento e há os que possuem área de abrangência, mas não trabalham com o mapeamento da área. O sistema de referência e contrarreferência, segundo os gestores, varia: há relato de existência, no próprio município, de pactuação com outro município e não existência do sistema de referência; entre os CD é quase unânime a opinião de que o sistema de referência e contrarreferência não é adequado.

Em relação às estratégias de programação, observou-se que o conhecimento da realidade local não é uma prática na maioria dos municípios e o diagnóstico não é utilizado como instrumento de trabalho pelo CD. Outro dado muito importante é sobre as atividades coletivas, entre as quais mais citadas foram: as palestras, aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada, as quais são desenvolvidas em escolas e creches, lembrando claramente o Sistema Incremental aos escolares, assim como, também, essas

práticas são adotadas sem critérios e sem controle da eficácia. Nas considerações finais, os autores sinalizam que a maioria dos municípios não conseguiu mudar o modelo assistencial em saúde bucal após a inclusão da ESB na Estratégia Saúde da Família.

As condições de trabalho das ESB na Estratégia Saúde da Família também têm sido um tema abordado nos últimos anos. Rocha e Araújo (2009) analisaram esse tema em um Distrito Sanitário do município de Natal – RN, após seis anos de inclusão das ESB na referida estratégia, por entenderem a avaliação como uma etapa importante para consolidação de uma nova prática em saúde bucal. Fizeram entrevista com perguntas fechadas e abertas com 58 CD das unidades de saúde, abordando além das condições de trabalho dos CD, a identificação das características operacionais de funcionamento da cada unidade, as ações necessárias para que as ESB cumpram o preconizado para a Estratégia Saúde da Família e a identificação do perfil dos CD responsáveis pela saúde bucal na estratégia. Com os resultados obtidos, inferem que, apesar das inúmeras limitações apontadas pelos CD, principalmente na dimensão estrutura, a inclusão do CD na estratégia ampliou o acesso da população à atenção em saúde bucal.

Decorridos nove anos da inserção da ESB na Estratégia Saúde da Família, o Brasil possui 4.681 municípios com ESB, com um total de 17.171 equipes implantadas na modalidade I e 1.478 na modalidade II, e uma cobertura de 46,6% (Brasil, 2009d). Não se pode negar que essa inclusão foi uma importante etapa para a concretização do princípio da integralidade das ações em saúde, assim com também fonte de emprego para a categoria e aumento do acesso da população à atenção em saúde bucal. No entanto, merece reflexão o fato de não se ter conseguido romper com a prática do modelo hegemônico centrado na doença, da falta de preparo para o trabalho em equipe e da falta do entendimento da saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde

geral, por parte dos profissionais de saúde bucal e gestores. Tais questionamentos são imprescindíveis para que efetivamente se tenha uma reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica.

2.1.3 – A Política Nacional de Saúde Bucal e o Brasil Sorridente

Segundo o documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004c), a assistência odontológica no setor público limita-se, quase que completamente, aos serviços básicos, sem, contudo reverter o problema da grande demanda reprimida. No âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem aproximadamente a 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos, ficando evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária. Tal constatação tem como consequência o comprometimento do estabelecimento adequado dos sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na grande maioria dos sistemas loco-regionais de saúde. Assim, constata-se que a expansão da rede assistencial de atenção em saúde bucal secundária e terciária não acompanhou o crescimento da oferta de serviços de atenção básica.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) apresentada pelo MS sinaliza para *“uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, 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, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais”* (BRASIL, 2004c, p. 56).

Pensando na organização desse modelo, as linhas do cuidado, iniciando pela criança, passando pelo adolescente, adulto e chegando até ao idoso, devem ser elaboradas com ações resolutivas das ESB pautadas pelo acolhimento, informação, atendimento e encaminhamento do usuário. Os pressupostos da PNSB para reorientar o modelo de atenção em saúde bucal são:

- a) assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização;
- b) garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta;
- c) assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência;
- d) utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento. Deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde–doença das populações, por meio da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde;
- e) acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;
- f) centrar a atuação na vigilância à saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, dos riscos e dos determinantes do processo saúde-doença, da atuação intersetorial e das ações sobre o território;

g) incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica;

h) definir uma política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na ESF. Nos estados em que os Pólos de Educação Permanente estiverem implantados, a educação continuada dos trabalhadores em saúde bucal deve-se dar por meio deles;

i) estabelecer uma política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção;

j) definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal em todos os níveis de atenção.

A partir daí, é criado o “Brasil Sorridente”, que tem como proposta garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamentais para a saúde geral e a qualidade de vida da população, a qual se encontrará articulada a outras políticas de saúde e demais políticas públicas em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. No âmbito da assistência, voltar-se-á para a ampliação e o aumento da qualidade da atenção básica, proporcionando acesso a todas as faixas etárias e à oferta de mais serviços, garantindo o atendimento nos níveis secundário e terciário,

buscando a integralidade da atenção, equidade e universalização do acesso às ações e serviços públicos de saúde bucal (BRASIL, 2004a).

As principais linhas de ação do “Brasil Sorridente” são:

(a) viabilizar a adição de flúor a estações de águas de abastecimento público, onde as empresas de saneamento terão apoio do Ministério da Saúde (MS) para aquisição dos equipamentos necessários para a implantação dessa medida;

(b) reorganizar a atenção básica, especialmente por meio da estratégia saúde da família, sendo os profissionais da atenção básica responsáveis pelo primeiro atendimento ao usuário e pelo encaminhamento aos centros especializados dos casos mais complexos; e da atenção especializada com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)⁵, unidades de saúde preparadas para oferecer à população os serviços de diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia, atendimento aos portadores de necessidades especiais, e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses totais ou próteses parciais removíveis.

As Portarias n. 1.570, n. 1.571 e n. 1.572 (BRASIL, 2004d; e; f) foram editadas em 29 de julho de 2004, publicadas no DOU em 30/07/04 e estão relacionadas à implantação dos CEO e LRPD. A primeira portaria “estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento” dos mesmos. Os CEO devem realizar, no mínimo, as atividades de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e

⁵ São classificados em tipo I: com três cadeiras odontológicas; tipo II: quatro ou mais cadeiras; tipo III: no mínimo sete cadeiras (BRASIL, 2004c; 2006b).

atendimento a portadores de necessidades especiais; o LRPD deve realizar, no mínimo, os serviços de prótese dentária total e prótese parcial removível. Os CEO são criados em dois tipos de modalidade (I, II), com diferenças na quantidade de consultórios odontológicos.

A segunda “estabelece o financiamento dos CEO”, instituindo um incentivo de R\$ 79.200,00 (setenta e nove mil e duzentos reais) e R\$ 105.600,00 (cento e cinco mil e seiscentos reais) para os tipos I e II, respectivamente, destinados ao custeio dos serviços de saúde oferecidos. Define, também, um incentivo de implantação de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) e R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para os tipos I e II. Em seu anexo, está prevista uma produção mínima mensal por tipo de CEO, sendo útil para avaliação de desempenho (Quadro 8).

Quadro 8 – Procedimentos mínimos a serem disponibilizados nos Centros de Especialidade Odontológica (CEO) tipos I e II

| CEO tipo I | CEO tipo II |
|---|--|
| 80 procedimentos, no total, dos subgrupos 03.020.00-2 (Procedimentos Individuais Preventivos), 03.030.00-8 (Dentística Básica) e 03.040.00-3 (Odontologia Cirúrgica Básica) | 110 procedimentos, no total, dos subgrupos 03.020.00-2 (Procedimentos Individuais Preventivos), 03.030.00-8 (Dentística Básica) e 03.040.00-3 (Odontologia Cirúrgica Básica) |
| 60 procedimentos do subgrupo 10.020.00-4 (Periodontia) | 90 procedimentos do subgrupo 10.020.00-4 (Periodontia) |
| 35 procedimentos do subgrupo 10.040.00-5 (Endodontia) | 60 procedimentos do subgrupo 10.040.00-5 (Endodontia) |
| 80 procedimentos, no total, dos subgrupos 10.050.00-0 (odontologia cirúrgica) e 10.060.00-6 (Traumatologia Buco-maxilo-facial) | 90 procedimentos, no total, dos subgrupos 10.050.00-0 (Odontologia Cirúrgica) e 10.060.00-6 (Traumatologia Buco-maxilo-facial) |

Fonte: Brasil, 2004e.

A terceira portaria “estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em LRPD”, assim como também, indica, em seu anexo, o número de procedimentos mínimos necessários para a avaliação mensal de desempenho (Quadro 9). Embora essa portaria se reporte somente a próteses totais, em seu anexo cita a prótese parcial removível.

Quadro 9 – Procedimentos mínimos a serem realizados nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD)

| LRPD | LRPD em Centros de Especialidades Odontológicas |
|--|---|
| 40 Próteses Parciais Removíveis maxilar/mandibular (10.083.02-2) | |
| 48 Próteses Totais (10.082.13-1 ou 10.082.14-0) | 48 Próteses Totais (10.082.13-1 ou 10.082.14-0) |

Fonte: Brasil, 2004f.

Em 23 de março de 2006, foram editadas as Portarias n. 599 e n. 600 (BRASIL, 2006b; c) que revogam a Portaria n. 1.570 e n. 1.571. A primeira “dispõe sobre a definição da implantação dos CEO e LRPD e estabelecem critérios, normas e requisitos para seu credenciamento”. Esta portaria estipula mais um tipo de CEO que é o III, com a característica de ter, no mínimo, sete consultórios odontológicos. A segunda “institui o financiamento do CEO”, ratificando para os do tipo I e II, bem como estipulando em R\$ 184.800,00 (cento e oitenta e quatro mil e oitocentos reais) para o CEO tipo III e um incentivo financeiro de implantação da ordem de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais). O monitoramento de produção consiste na análise de uma produção mínima mensal apresentada, a ser realizada nos CEO, verificada por meio dos Sistemas de Informação do SUS (Quadro 10).

Quadro 10 – Procedimentos mínimos a serem realizados pelos Centros de Especialidade Odontológica (CEO) tipo III

| CEO tipo III |
|---|
| 190 procedimentos, no total, dos subgrupos: 03.020.00-2 (Procedimentos Individuais Preventivos), 03.030.00-8 (Dentística Básica) e 03.040.00-3 (Odontologia Cirúrgica Básica) |
| 150 procedimentos do subgrupo: 10.020.00-4 (Periodontia) |
| 95 procedimentos do subgrupo 10.040.00-5 (Endodontia) |
| 170 procedimentos, no total, dos subgrupos: 10.050.00-0 (Odontologia Cirúrgica) e 10.060.00-6 (Traumatologia Buco-maxilo-facial) |

Fonte: Brasil, 2006c.

No Brasil, o estudo sobre os serviços de atenção secundária em saúde bucal pode ser considerado ainda incipiente. Provavelmente, devido ao fato de somente em 2004, a

partir da estratégia da Política Nacional de Saúde Bucal, instituiu-se os CEO com intuito de garantir a atenção secundária em saúde bucal. Até o presente momento, de acordo com o MS (BRASIL, 2009d) foram implantados 699 CEO nos diversos municípios que formam os 26 Estados brasileiros e Distrito Federal.

Figueiredo e Góes (2009) realizaram um estudo para avaliar o cumprimento das metas propostas para cada tipo de CEO no estado de Pernambuco. Para tanto, utilizaram dados secundários de uma série histórica, da quantidade apresentada da produção dos procedimentos odontológicos no ano de 2006. Os resultados foram obtidos de 22 CEO, em que 59,1% eram do tipo II, 40,9% tinham um ano ou mais de funcionamento, 54,5% eram municípios com mais de 100 mil habitantes e 59,1% estavam habilitados na Gestão Plena do Sistema (GPS) segundo a NOB/96. Em relação ao cumprimento global das metas dos CEO, 40,9% obtiveram desempenho bom e, em 31,8%, observou-se desempenho ruim; os resultados por subgrupo de meta demonstraram que 81,8% foram para atenção básica, seguida pela periodontia (68,2%) e endodontia (63,6%), e dentre os tipos de CEO, o II obteve o melhor desempenho, em comparação ao I e III. Em suma, concluíram como ponto positivo do estudo, a colocação em discussão do real papel dos CEO no modelo de atenção em saúde bucal, onde se diagnosticou como fundamental, a adequação dos critérios e normas para implantação, monitoramento e avaliação dos serviços de atenção secundária em saúde bucal.

2.2 – Avaliação em Saúde

O termo avaliação não possui uma definição exata com a qual todos os interessados neste tema possam trabalhar de maneira uniforme. Dentre as inúmeras definições

existentes, a mais conhecida é a que diz que avaliar é “*julgar o valor ou mérito de alguma coisa*” (SCRIVEN apud WORTHEN et al., 2006, p. 35).

Aguilar e Ander-Egg (1994) compreendem a avaliação como uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida. É destinada a identificar, obter e proporcionar de forma válida e confiável, dados e informações suficientes para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa ou de um conjunto de atividades específicas, de tal forma que sirva de base ou guia para a tomada de decisões.

O campo da avaliação vem, segundo Guba e Lincoln (2001) sofrendo alterações ao longo do tempo, no qual se identificam quatro gerações ou estágios, onde a passagem de um para outro está baseada no desenvolvimento dos conceitos, bem como na acumulação dos conhecimentos. A primeira geração focou na mensuração do desempenho de escolares, sendo seu desenvolvimento influenciado pela ascensão das ciências sociais e pelo surgimento do gerenciamento científico no comércio e na indústria. O avaliador tinha um papel técnico, baseando-se em conhecimentos de instrumentos e técnicas de mensuração; a segunda geração caracterizou-se pela descrição, marcando o início da avaliação de programas. O papel do avaliador era descrever o programa e verificar em que medida determinada atividade alcançava seus objetivos; a terceira geração teve como foco o julgamento, ou seja, o avaliador julgava os programas com base em critérios externos, sem deixar de descrever e medir os êxitos alcançados; a quarta geração, denominada de avaliação construtivista (considera as reivindicações e questões de grupos de interesse, e considera que a realidade é uma construção social), tem como característica a negociação (hermenêutica-dialética) e está baseada em três suposições qualificadas como ontológicas, epistemológicas e

metodológicas, ou seja, uma ontologia em que a realidade é socialmente construída, uma epistemologia que valoriza os aspectos subjetivos e uma metodologia-dialética, objetivando uma construção compartilhada.

Para a avaliação da qualidade de serviços de saúde, Donabedian (1988), trabalhando com atenção médica, utilizou propostas de abordagens em três categorias, desenvolvidas a partir de critérios metodológicos com base científica, a saber: estrutura que inclui atributos de recursos materiais, humanos e organizacionais; processo que aborda a relação entre profissional-usuário; resultado que trata dos efeitos do cuidado sobre o estado de saúde dos usuários. Esse modelo tem sido amplamente utilizado na avaliação de programas de saúde, contemplando a lógica de funcionamento desses serviços de atendimento direto (recursos, organização, atividades, serviços, efeitos) (Aguilar; Ander-Egg, 1994).

Na visão de Contandriopoulos et al. (1997, p. 31) “*avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões*”. Sobre essa definição, Vieira-da-Silva (2005) propõe sua ampliação ao alterar a palavra intervenção para práticas sociais, entendendo a avaliação enquanto campo e não limitada à dimensão instrumental da ação, assim como o sentido da palavra julgamento teria uma variabilidade de uma formulação de um juízo de valor até o significado do fenômeno.

Para realizar um julgamento de valor, Contandriopoulos et al. (2000 apud CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 706) consideram que deve ser aplicado “*um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um de seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamentos diferentes, se posicionarem e*

construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação”. Essa definição considera a avaliação tanto como uma intervenção formal quanto visualiza as ligações e diferenças entre as áreas da pesquisa, avaliação e tomada de decisão; áreas estas que se interligam, mas não se sobrepõem. As informações produzidas pela avaliação não necessariamente se traduzem em tomada de decisão imediata, no entanto tem-se a expectativa de que elas possam contribuir para o julgamento da situação avaliada e, assim, ter uma influência positiva sobre as decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Esse mesmo autor, em outro trabalho (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997), considera que a avaliação pode ser de dois tipos: normativa - quando busca estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios, e a pesquisa avaliativa - quando se pensa examinar, por um procedimento científico, as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção. Essa intervenção, presente em ambas as avaliações, pode ser uma técnica, um tratamento, uma prática, uma organização ou uma política, permeada por diferentes atores.

Na avaliação normativa, realiza-se apreciação da estrutura (recursos empregados e sua organização), apreciação do processo (serviços ou os bens produzidos) e apreciação dos resultados. Na apreciação da estrutura *“trata-se de em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados”* (p. 35), são comparados tanto os recursos quanto sua organização com normas correspondentes. Sobre a apreciação do processo, *“trata-se de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados”* (p. 36), podendo ser decomposta na dimensão técnica – adequação dos serviços às necessidades do usuário; na dimensão das relações interpessoais – interação psicológica e social existente entre usuários e

profissionais de saúde; na dimensão organizacional – trata da acessibilidade aos serviços, extensão da cobertura dos serviços, globalidade e continuidade dos cuidados e serviços; estes dois últimos entendidos como o caráter multiprofissional e interorganizacional em relação aos cuidados e sua continuidade no tempo e no espaço. Em relação à apreciação dos resultados, *“consiste em perguntar se os resultados observados correspondem aos objetivos que a intervenção, se propôs atingir”* (p. 36).

Já a pesquisa avaliativa consiste em *“fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos”* (p. 37). Busca *“analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção e as relações existentes entre a intervenção e o contexto em que está situada, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”* (p. 37).

A pesquisa avaliativa pode se decompor em seis tipos de análise: **estratégica**, enfoca a real necessidade da intervenção; procura saber como a situação problemática foi identificada, ou seja, *“os métodos usados para apreciar as necessidades, o grau de prioridade do problema de saúde escolhido em relação ao conjunto dos problemas identificados e a pertinência da intervenção escolhida em relação a todas as intervenções possíveis”*. Pode ser realizada a partir de análises de mercado, de necessidades, etc.; **intervenção**, onde verifica a relação que existe entre os objetivos da intervenção e os meios adotados, ou seja, a capacidade dos recursos que foram alocados e dos serviços que foram produzidos para atingir os objetivos definidos; os métodos pertinentes para a análise de intervenção são os que contemplam a qualidade de um modelo teórico; **produtividade**, que estuda a forma como o recurso é utilizado para produzir serviços; em se tratando da área de saúde, é uma análise difícil de ser empreendida. Os métodos adequados para este tipo de análise são resultantes dos

métodos econômicos e da contabilidade analítica; **efeitos**, verificando a influência dos serviços sobre os estados de saúde, determinando a eficácia desses serviços no estado de saúde. Ao se trabalhar com o conceito de eficácia, não pode ser esquecido que o seu sentido sofre mudanças de acordo com o contexto da pesquisa, do desenho da pesquisa, da natureza da intervenção avaliada, bem como da finalidade da pesquisa e do tipo de usuário; **rendimento ou eficiência**, que consiste em analisar os recursos empregados com os efeitos obtidos; para a realização desse tipo de análise é necessário o suporte de análises de custo/benefício, custo/eficácia ou custo/utilidade, as quais apresentam alguns problemas para serem conduzidas na área da saúde, por exemplo, expressar valor monetário no estado de saúde, assim como problemas metodológicos e conceituais; **implantação**, tanto pode mensurar a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos, quanto observar a influência do contexto nos efeitos da intervenção, sendo cabível quando se tem variabilidade de resultados em intervenções semelhantes implantadas em diferentes contextos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 37-45). Dessa forma, a avaliação de uma intervenção é composta por resultados advindos de análises variadas, as quais foram obtidas pelo emprego de diferentes métodos e abordagens (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Dentre todas as abordagens acima, o presente estudo optou por adotar a análise de implantação por entendê-la pertinente no contexto em que se dará o desenvolvimento da pesquisa. Essa opção de análise se justifica pela definição de Denis e Champagne (1997) “*consiste justamente em especificar o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção*” (p. 51). Essa abordagem interessa ao “*estudo dos determinantes e da influência da variação na implantação e*

nos efeitos trazidos pela intervenção. Ela visa, por último, entender as condições de implantação das intervenções e os processos de produção dos efeitos” (p. 55).

Conceitualmente, de acordo com os mesmos autores, a análise de implantação encontra amparo na análise da influência sobre os seguintes componentes: 1- *“determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções (busca entender as variações na implantação da intervenção)”*; 2- *“variações da implantação na sua eficácia”*; 3- *“interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados (os componentes 2 e 3 visam explicar os efeitos observados após a introdução de uma intervenção)”* (p. 55).

Esmiuçando os componentes citados acima, nota-se que, na **análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção (componente 1)**, há necessidade de se especificar os componentes da intervenção; identificar as práticas necessárias para a implantação da intervenção; relatar as práticas desenvolvidas nas áreas da intervenção; analisar a variação na implantação devido à variação contextual. Na **análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados (componente 2)**, deve-se conhecer o que acontece após a implantação de uma intervenção, para que não se extraiam falsas conclusões a respeito da sua eficácia. Provavelmente essas intervenções sofram variações ao serem implantadas em diferentes locais, fazendo com que seja importante analisar em que essas variações alteram os efeitos proporcionados pela intervenção. A **análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados (componente 3)** procura explicar as variações dos efeitos encontrados após a introdução de uma intervenção. Nesse caso, alguns fatores contextuais como, por exemplo, características

organizacionais, podem proporcionar um aumento dos efeitos por ele gerados ou um bloqueio; há uma situação de sinergismo ou antagonismo entre os fatores.

Denis e Champagne (1997), para analisar o contexto durante uma análise de implantação, propuseram, com base em outros autores, cinco modelos: **racional**, possui caráter normativo, com limitações para explicar as variações da implantação; **desenvolvimento organizacional**, assim como o modelo racional, a abordagem é normativa, mas de baixo para cima, propondo *“mecanismos compensatórios ao controle hierárquico praticado nas organizações para facilitar a implantação das intervenções”* (p. 64-65); **psicológico**, há uma relação entre crenças, atitudes, intenções e comportamentos, ou seja, resistências individuais na implantação de uma intervenção; **estrutural**, abrange diversas características dos atributos organizacionais, mas seus resultados são instáveis, com conseqüente dificuldade para julgar a relação existente entre características estruturais e implantação de uma intervenção; **político** foi concebido a partir de uma perspectiva crítica dialética, aberta ou natural da análise das organizações. Nessa abordagem *“a adoção e a implantação de intervenções são consideradas como jogos de poder organizacional, cujo resultado constitui um ajuste às pressões internas e externas”* (p. 66); os interesses particulares dos atores que têm influência na organização, é que criam as dificuldades para a implantação de uma intervenção.

Dos cinco modelos descritos, Denis e Champagne (1997) sugerem o modelo político como o melhor para compreensão dos processos de implantação e, baseados em uma reflexão sobre as características contextuais que podem influenciar os efeitos e o grau de implantação dos diferentes modelos de análise, formulam um modelo político e contingente, baseado nas abordagens política e estrutural descritas acima. Nesse

modelo, “*a organização é uma arena política no interior da qual os atores perseguem estratégias diferentes*” (p. 67).

Na literatura existem diversos estudos que utilizam a análise de implantação. Alguns incorporam a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa, recorrendo à análise de implantação em seu componente 1 (FELISBERTO et al., 2002). Assim como há estudos que utilizam como metodologia apenas a pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação em seu componente 2 (CAVALCANTE et al., 2006).

No estudo avaliativo conduzido por Felisberto et al. (2002), no estado de Pernambuco, com o objetivo de definir os determinantes contextuais do grau de implantação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), incorporaram, também, a avaliação normativa em seus componentes estrutura e processo. Para a avaliação da estrutura, utilizaram as variáveis medicamentos, vacinas, equipamentos e recursos humanos. O grau de implantação e a avaliação do processo de implantação foram verificados por meio do sistema de escores e pelos indicadores normatizados pelo MS. As variáveis selecionadas foram profissionais de nível superior capacitados na AIDPI, casos classificados corretamente, casos orientados corretamente sobre alimentação, casos referenciados com urgência adequadamente, unidades de saúde com medicamentos padronizados para a AIDPI e profissionais que receberam, no mínimo, uma visita de seguimento semestral após a capacitação na estratégia. O grau de implantação foi definido como crítico (0 a 4,9), insatisfatório (5,0 a 7,9) e aceitável ($\geq 8,0$). Para relacionar o grau de implantação e o contexto organizacional, utilizaram a abordagem qualitativa por meio de entrevistas com atores chaves das gestões municipais e unidades de saúde, bem como a análise de documentos oficiais. As variáveis utilizadas foram tipo de gestão municipal, qualificação dos gestores, registro

em atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS), plano de trabalho referente à estratégia, recursos financeiros empregados, relatórios sistemáticos de supervisão das unidades, simultaneidade das coordenações do PSF e da AIDPI e mudanças dos atores locais. Com os resultados que obtiveram, concluíram que 80% dos municípios estudados, obtiveram escore aceitável e 20% foram classificados como insatisfatórios, não encontrando associação entre contexto organizacional e os graus de implantação.

Para avaliar a implantação das áreas estratégicas mínimas, contempladas na NOAS-SUS 01/02 (ações de saúde da mulher, ações de saúde da criança, controle da hipertensão, controle do diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e ações de saúde bucal), da atenção básica nas ESF no município de Camaragibe – PE, Cavalcante et al. (2006) realizaram uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação em seu segundo componente, que é a análise das variações da implantação nos efeitos observados. A medição do grau de implantação de cada área estratégica foi obtida a partir do número de respostas positivas, adotando o critério implantado (80% a 100%), parcialmente implantado (60% a < que 80%) e não implantado (< 60%) e os dados secundários foram obtidos através dos indicadores de cada área específica, informados em bancos de dados nacionais. O resultado do grau de implantação do conjunto das áreas estratégicas mínimas da atenção básica foi considerado parcialmente implantado (79,7%). No entanto, a análise por áreas revelou que a saúde da mulher (86,4%), controle da hipertensão (85,8%), controle do diabetes (80,0%), controle da tuberculose (83,8%) e eliminação da hanseníase (86,1%) estavam enquadradas na categoria implantado; já ações de saúde da criança (76,8%) encontravam-se parcialmente implantadas. Em relação às ações de saúde bucal, implantadas em agosto de 1998, foram consideradas não implantadas (42,5%), não se podendo observar a relação da

implantação da referida área com os resultados pela insuficiente cobertura das quatro ESB que trabalham na proporção de 1 ESB: 2 ESF (três das equipes) e 1 ESB: 3 ESF (uma equipe).

Em pesquisa de avaliação, tem-se preconizado que o estudo de caso tem um lugar de destaque e, dentre os tipos de estratégias de pesquisa para a análise de implantação, desponta como uma ferramenta útil. A pesquisa de estudo de caso pode abranger estudos de: caso único (holístico ou incorporado) e casos múltiplos (holístico ou incorporado). Em se tratando de uma pesquisa de avaliação, o estudo de caso possui diferentes aplicações:

1- *“explicar os vínculos causais em intervenções da vida real que são complexas demais para as estratégias experimentais ou aquelas utilizadas em levantamentos”*; 2- *“descrever uma intervenção e o contexto na vida real em que ela ocorre”*; 3- *“ilustrar certos tópicos dentro de uma avaliação”*; 4- *“explorar aquelas situações nas quais, a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados”*; 5- *“o estudo de um estudo de avaliação – meta-avaliação”* (YIN, 2001, p. 34).

No Brasil, a avaliação em saúde se consolidou a partir da necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde, e é fundamental como instrumento de planejamento e tomada de decisão. Ela tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde, na busca da resolubilidade e qualidade (BRASIL, 2004g).

Recentemente, em 2004, o Ministério da Saúde entendeu a necessidade de institucionalizar a avaliação, olhando-a como uma política do Sistema Único de Saúde, e criou a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, estruturada para desenvolver o monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, estudos e pesquisas, objetivando informação e comunicação (BODSTEIN et al., 2006).

Na área de saúde bucal, a implementação de atividades de avaliação pode ser considerada uma prática ainda incipiente, pois há poucos estudos desenvolvidos (RONCALLI, 2000; BRASIL, 2004h; REIS, 2004; SOUZA, 2005; CERICATO et al., 2007; CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2007; MARTELLI et al., 2008; FIGUEIREDO; GOES, 2009). Sobre o mesmo enfoque, Pattussi et al. (2006) consideram que a avaliação nas dimensões estrutura, processo e resultado, não são utilizados de forma usual para os sistemas de atenção em saúde bucal. No entanto, consideram a existência de vários indicadores que podem ser utilizados para essa finalidade, a saber: o número de profissionais contratados e o número de equipamentos odontológicos instalados para avaliação de estrutura; número de procedimentos odontológicos efetuados, a ênfase em ações coletivas, no atendimento domiciliar e na prevenção e a realização de serviços especializados para avaliação de processo; o grau de satisfação ou insatisfação dos usuários, taxas de incidência, prevalência e magnitude das principais condições e problemas bucais para avaliação de resultado.

O MS, buscando caracterizar o processo de implantação das ESF e ESB, concernentes à infraestrutura das unidades, gestão e processo de trabalho das equipes a partir dos princípios e diretrizes do PSF, realizou uma avaliação normativa do processo de implantação do PSF em 2002 (BRASIL, 2004h). Foi um estudo censitário, realizado em todas as unidades da federação que tinham equipes cadastradas no Sistema de

Informação da Atenção Básica (SIAB), no mês anterior à coleta de dados, perfazendo um total de 13.501 ESF e 2.558 ESB em 3.778 municípios brasileiros. Para a coleta dos dados, utilizaram um questionário e um roteiro de observação divididos em temas como: identificação da equipe, implantação da equipe (tempo de funcionamento, cobertura populacional, adscrição de população, responsabilidade territorial), infraestrutura da unidade básica de saúde da família (área física, equipamentos, medicamentos, outros insumos), gestão do trabalho dos profissionais das equipes (carga horária, vínculo contratual, acesso a capacitações e publicações), processo de trabalho das equipes (atividades e ações desenvolvidas pelos profissionais que compõem a equipe, utilização do sistema de informação da atenção básica, participação nos conselhos de saúde), acesso aos serviços e procedimentos de referência (apoio diagnóstico, serviços ambulatoriais, pronto-atendimento, internação hospitalar).

Os resultados desse estudo apontaram para um número elevado de ESB com menos de seis meses de implantação (56,8%), em área exclusivamente urbana (42,7%), assim como, com uma população adscrita de até 6.900 pessoas (54,5%) e com uma proporção de 1 ESB: 2 ESF ou 1:1 (92,9%). Sobre a infraestrutura das unidades de saúde, não houve evidenciação de problemas quanto à existência de consultórios odontológicos, considerando a área de abrangência; no entanto, a disponibilidade de consultório odontológico completo para trabalho foi evidenciado em 73,7% das equipes. Outros equipamentos e instrumentais odontológicos também foram verificados como: compressor (93,8%), aparelho fotopolimerizador (63,1%), instrumental para exame clínico (78,6%), instrumental para dentística (78,9%), instrumental para procedimentos periodontais básicos (66,1%) e instrumentais para urgências (79,7%). Ressalta-se que,

sem os itens citados acima não há como executar as ações assistenciais individuais odontológicas.

Em relação à gestão do trabalho dos profissionais, o item composição das equipes alcançou percentual acima de 90% para ESB; no item carga horária observou-se formalmente o contrato de 40 horas dos profissionais, mas efetivamente não são cumpridas, principalmente pelo médico e CD, além de observar-se uma precarização de vínculos trabalhistas, entre 20% e 30% para todos os profissionais, com consequente alta rotatividade, insatisfação profissional e baixa qualidade do trabalho das equipes de saúde. Para a Estratégia de Saúde da Família, é imprescindível a delimitação do território, em virtude de permitir o delineamento da realidade de saúde local, atendendo consequentemente suas necessidades. Nesse estudo, a maioria das ESB conhecia sua área de abrangência (84,2%), havendo, no entanto, uma variação entre os estados, e a utilização de mapas foi adotada por 55,3% das ESB. Já a participação da ESB nas reuniões da equipe para planejamento alcançou 62,2%. As ações de saúde bucal mais elencadas foram as de urgências, totalizando 78,0%, e a oferta programada para grupos prioritários foi referida por 48,8%. Baseado no exposto, o grau de implantação da área de saúde bucal foi considerado incipiente.

O estudo de Chaves e Vieira-da-Silva (2007), cujo enfoque é a descentralização da gestão da atenção à saúde e a reorganização dos serviços odontológicos em dois municípios da Bahia, buscou estimar o grau de implantação dos componentes relacionados à organização da atenção à saúde bucal, assim como compreender os fatores que contribuem ou interferem nesse processo. A classificação adotada quanto ao grau de implantação da atenção à saúde bucal foi incipiente (< 33,3% da pontuação máxima proposta), intermediário ($\geq 33,3\%$ e < 66,6%) e avançado ($\geq 66,6\%$). Os dois

municípios, em estudo anterior, foram classificados em grau avançado e incipiente de implantação da gestão descentralizada do SUS, recebendo a denominação de município C e município E, respectivamente. As análises foram realizadas a partir da gestão da atenção à saúde bucal e das práticas desenvolvidas pelos profissionais na atenção básica e dentro de cada um desses níveis uma série de dimensões foram elencadas. Os resultados encontrados revelaram que a atenção à saúde bucal no município C estava em estágio intermediário (50%) e no município E no estágio incipiente (11%). De uma forma geral, o fato dos municípios não estarem classificados no estágio avançado, pode caracterizar que o processo de descentralização não está vinculado à melhoria na capacidade de gestão dos serviços odontológicos.

Buscando analisar as características do modelo de atenção à saúde bucal de nove municípios de Pernambuco, bem como se houve mudança ou não na prática do CD após sua incorporação na ESB, Martelli et al. (2008) desenvolveram um estudo descritivo com abordagem qualitativa, a partir da visão dos Coordenadores de Saúde Bucal (CSB). Os dados foram coletados a partir de uma entrevista semiestruturada, abordando os temas modelo de atenção em saúde bucal, atividades dos CSB, formação dos CD que trabalham na atenção básica, mudança na prática dos CD inseridos nas ESF, perfil da clientela atendida, oferta de serviços e rede de referência e contra-referência. Para tanto, elaboraram uma matriz de qualificação dos municípios, onde os classificaram como estruturado, semiestruturado e não estruturado. A partir dos resultados classificaram três municípios em estruturados, cinco em semiestruturados e um em não estruturado, percebendo-se dificuldade na reorganização da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.

Para Denis e Champagne (1997),

“a avaliação de uma intervenção é constituída pelos resultados de várias análises obtidas por métodos e abordagens diferentes. Estes resultados não poderão ser facilmente resumidos em um pequeno número de recomendações. É até provável que quanto mais uma avaliação seja bem-sucedida, mais ela abra caminhos para novas perguntas. Ela semeia dúvidas sem ter condições de dar todas as respostas e não pode nunca terminar realmente, deve ser vista como uma atividade dinâmica de tempo, apelando para atores numerosos, utilizando métodos diversos e envolvendo competências variadas. A avaliação é uma atividade, como a pesquisa, útil para o estabelecimento de políticas, mas nunca é suficiente para estabelecer políticas. Para aumentar as chances de que os resultados de uma avaliação sejam úteis, é importante se conscientizar de que a avaliação é um dispositivo de produção de informação e, conseqüentemente, de que ela é fonte de poder para os atores que a controlam” (p. 45-46).

Assim, a iniciativa de analisar a implantação dos serviços de atenção à saúde bucal no município de Manaus, vem ao encontro da necessidade de se produzir informação para melhorar as intervenções em saúde bucal, bem como analisar e julgar algumas características essenciais da atenção básica.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

A metodologia utilizada pela pesquisa foi a sugerida por Contandriopoulos et al. (1997). Assim, procedeu-se a uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, abordando os determinantes contextuais do grau de implantação dos serviços de atenção à saúde bucal, incorporando a avaliação normativa nas dimensões estrutura e processo. Para analisar o contexto, optou-se pelo modelo político seguindo a sugestão de Denis e Champagne (1997).

3.1. Estratégia da Pesquisa

A estratégia utilizada foi a de estudo de caso único (holístico), em que se *“permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real, tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de alguns setores”* (YIN, 2001, p. 21). É uma estratégia de pesquisa que remete a questões do tipo “como” e “por que”, não exige controle sobre eventos comportamentais e focaliza acontecimentos contemporâneos. O estudo de caso é uma *“investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”* (p. 32).

Os materiais foram coletados das seguintes fontes:

1. Fontes primárias – (a) questionário estruturado. Os dados foram obtidos com o diretor da unidade ou pessoas designadas pelo mesmo; (b) entrevista com roteiro semi-estruturado, realizada com os cirurgiões-dentistas no nível central, diretores dos

distritos, cirurgiões-dentistas responsáveis pela saúde bucal nos distritos, diretores de unidade e cirurgiões-dentistas dos diversos EAS;

2. Observação da rotina das unidades de saúde, onde a pesquisadora responsável pelo presente estudo adotou a estratégia de um observador. Foram registrados em um diário de campo: conversas informais, comportamentos, gestos, expressões que tivessem a ver com o tema da pesquisa (Minayo, 2004); foi uma observação ligada à entrevista;

3. Fontes secundárias (oriundas de bases nacionais: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Ministério da Saúde, DATASUS e IBGE; Planos Municipais de Saúde e Relatórios de Gestão; documentos referentes à saúde bucal: fichas clínicas, projetos desenvolvidos e relatórios de ações desenvolvidas).

Foram focalizados as seguintes variáveis: procedimentos odontológicos registrados, metas estabelecidas e alcançadas, estágio de descentralização do município e da Secretaria Municipal de Saúde, organograma da Secretaria Municipal de Saúde, processo de reorganização da atenção em saúde bucal, estratégia de organização da demanda por serviços odontológicos, ações de saúde bucal no PSF, grupos e ações priorizados, articulação entre os níveis de complexidade, vínculo de trabalho, nível de complexidade, referência e contra-referência, acesso da população ao serviço, ações preventivas e/ou educativas, planejamento e avaliação das ações.

Definiram-se, inicialmente, 60 (sessenta) EAS: 25 CS/UBS, 03 UBS/PA, 04 Policlínicas, 23 UBS/ESF/ESB, 02 Módulos de Saúde da Família, 02 Centros de Especialidades Odontológicas e 01 Ambulatório de Especialidade Odontológica para a avaliação do grau de implantação das ações de atenção à saúde bucal. Desses, uma UBS/ESF/ESB não quis participar da pesquisa, restando 59 EAS (Tabela 3).

A amostra de unidades pesquisadas foi definida com base na proporção de unidades instaladas em cada distrito de saúde. Caso existissem até duas unidades por tipologia, ambas foram incluídas.

Tabela 3 – Número de EAS pesquisados por Distrito de Saúde

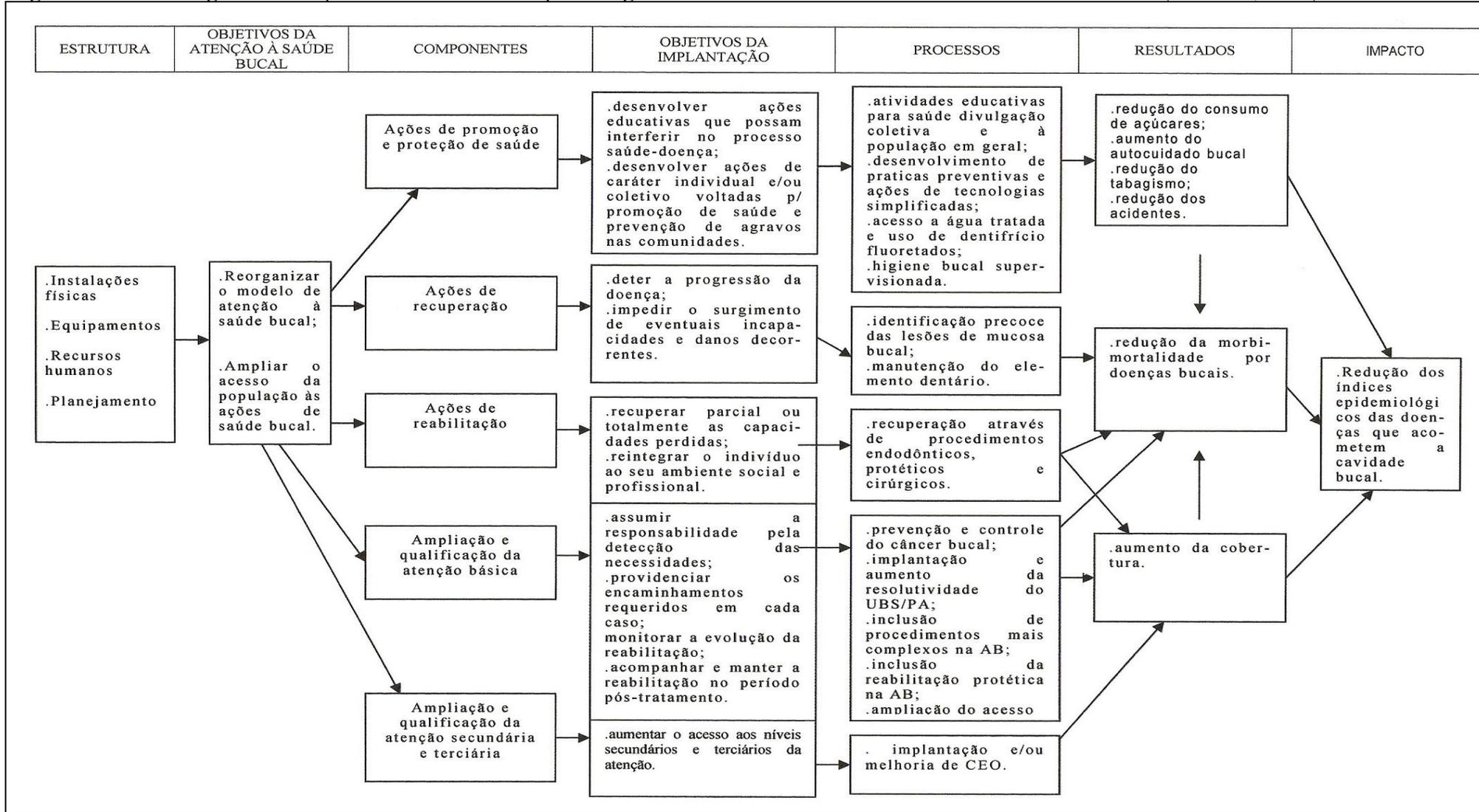
| <i>Unidades</i> | <i>CS/UBS</i> | <i>UBS/PA</i> | <i>Policlínicas</i> | <i>UBS/ESF/ ESB</i> | <i>Módulo SF</i> | <i>CEO</i> | <i>Ambulatório Especialidade Odontológica</i> | Total |
|------------------|---------------|---------------|---------------------|-------------------------|----------------------|------------|---|--------------|
| <i>Distritos</i> | | | | | | | | |
| Norte | 02 | 02 | 01 | 07 | - | 01 | - | 13 |
| Sul | 08 | - | 01 | 05 | - | 01 | - | 15 |
| Leste | 07 | 01 | 01 | 07 | 02 | - | - | 18 |
| Oeste | 08 | - | 01 | 03 | - | - | 01 | 13 |
| Total | 25 | 03 | 04 | 22 | 02 | 02 | 01 | 59 |

3.2 - Modelo Lógico

A análise do material foi realizada segundo o **modelo lógico ou modelo teórico** (Figura 2), o qual segundo Rowan (apud MEDINA et al., 2005) é um esquema visual de como um serviço deve ser implementado, bem como os resultados que são esperados. Na visão de Medina et al. (2005, p. 48) “*construir o desenho lógico de um programa significa esquadrihá-lo em termos da constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização, discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas, abstraindo-se aqui suas determinações contextuais*”.

O **modelo lógico** do presente estudo foi elaborado pela pesquisadora como uma primeira aproximação de uma representação esquemática da atenção à saúde bucal.

Figura 2 - Modelo lógico da atenção à saúde bucal - Adaptado segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004)



3.3 - Medida do Grau de Implantação dos Serviços de Atenção à Saúde Bucal

O grau de implantação dos serviços de atenção à saúde bucal foi obtido mediante a avaliação normativa, tomando como fonte dados primários e secundários.

Para a coleta dos dados primários, o instrumento utilizado foi um questionário estruturado (Anexo 1) construído pela pesquisadora e respondido pelo diretor da unidade ou por uma pessoa designada por ele, a partir do que é estabelecido no Manual de Orientação de Auditoria em Odontologia do Sistema Nacional de Auditoria (BRASIL, 2004i) e no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde que segue os princípios da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 50/ANVISA/fevereiro/2002, que dispõe sobre a Regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de EAS (BRASIL, 2006d).

Para a obtenção desses dados, a pesquisadora visitou as unidades sorteadas e dependendo da disponibilidade dos responsáveis pelas informações, retornou entre duas a cinco vezes.

A coleta dos dados secundários baseou-se no Plano Municipal de Saúde (2004 – 2005; 2006 -2009), relatório de gestão de 2005 a 2007 e nos documentos referentes à saúde bucal (MANAUS, 2005; 2006a; 2006b; 2007). As categorias empíricas adotadas compondo a dimensão “estrutura” foram: instalações físicas, equipamentos, recursos humanos e planejamento.

Para compor a dimensão “processo”, adotaram-se os indicadores do Pacto da Atenção Básica de 2005 a 2007, assim como também as ações de saúde bucal disponibilizadas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) no período de 2005 a 2007, com relação aos procedimentos odontológicos de atenção básica e especializada.

3.4. Validade e Confiabilidade do Estudo

A qualidade do instrumento de medida pode ser conferida tanto pela sua confiabilidade quanto pela sua validade; sendo que a confiabilidade está relacionada à medição fiel do objeto estudado e a validade a sua precisão (CONTANDRIOPOULOS et al. apud FRIAS et al., 2005). Neste trabalho, para a discussão da validade do instrumento, adotou-se a nomenclatura de Contandriopoulos et al. (apud FRIAS et al., 2005): validade de conteúdo, de construção e de critério. Sendo a validade de conteúdo, a selecionada para o estudo em questão, relacionada à capacidade de julgar se a construção teórica representa todos os aspectos do conteúdo a ser medido, o instrumento foi avaliado por *experts* da área de odontologia, epidemiologia e saúde coletiva, levando em conta esta descrição e incorporando o conceito de validade aparente, isto é, a coerência aparente existente entre o objeto a ser medido e o instrumento. Os questionários foram aplicados pela própria pesquisadora.

3.5. Grau de Implantação dos Serviços de Atenção à Saúde Bucal

Os indicadores utilizados para medir o grau de implantação em relação à estrutura foram: instalação física, equipamentos odontológicos, manutenção dos equipamentos odontológicos, instrumentais permanentes, materiais de consumo, materiais educativos e recursos humanos. Cada indicador foi pontuado com escore 0 ou 1, quando o item analisado não estava de acordo com o parâmetro estabelecido pelos manuais acima citados, recebia o escore 0, caso contrário, era pontuado com o escore 1. A pontuação recebida entre o observado e o esperado foi dividida, obtendo-se uma pontuação por indicador, por unidade de saúde, até chegar-se a um valor global. Para estimação numérica do grau de implantação dos serviços de atenção à saúde bucal foram utilizados

escores, uma vez que os indicadores produzidos podem ser tanto quantitativos quanto qualitativos. A classificação proposta foi a de “quartis”, por entendê-la como uma possibilidade maior de detalhamento do grau de implantação. Na estatística descritiva, um quartil é qualquer um dos três valores que divide o conjunto ordenado de dados em quatro partes iguais, e assim cada parte representa $\frac{1}{4}$ da amostra ou população. Essa classificação foi proposta por Cosendey (2000), a qual foi adaptada para o presente estudo em relação à terminologia, em que o grau de implantação foi considerado satisfatório com valores acima de 75%; aceitável, entre 50% e 75%; regular, entre 25% e 49%; e crítico, abaixo de 25%.

3.6. Contexto Organizacional Local no Grau de Implantação dos Serviços de Atenção à Saúde Bucal

Objetivando relacionar o contexto organizacional local ao grau de implantação dos serviços de atenção à saúde bucal, foram realizadas entrevistas, utilizando um roteiro semiestruturado, composto de perguntas fechadas e abertas (Anexos 2 e 3) com cirurgiões-dentistas do nível central e dos distritos responsáveis pela saúde bucal, diretores dos Distritos de Saúde, diretores dos EAS e cirurgiões-dentistas dos EAS, e análise de documentos oficiais. Realizou-se, também, a observação da rotina dos EAS (Anexo 4), durante as visitas aos mesmos, registrando-se tais observações em um diário de campo.

Os sujeitos entrevistados totalizaram 108, mas, desses, dois foram descartados por não terem entregado o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. Todos receberam identificação individual e por grupo aos quais pertenciam, por exemplo, os CD dos EAS foram denominados de E1 a E59, para identificação das falas, e de grupo

G em relação à divisão entre profissionais em atividades administrativas e profissionais que desenvolviam ações inerentes à atenção em saúde bucal nos EAS.

Segundo Minayo (2004), no roteiro de entrevista, busca-se o ponto de vista dos atores, constando apenas algumas questões pertinentes ao objeto de pesquisa que devem responder às condições como: *“cada questão que se levanta, faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la; contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores”* (p. 99).

Inicialmente foi solicitada de cada ator a permissão para gravar as entrevistas. Em virtude de várias negativas e de, até mesmo, uma aversão demonstrada, quer seja por meio da fisionomia quer por meio do distanciamento do gravador, pela maioria dos que permitiram a gravação, a pesquisadora não gravou mais as entrevistas e foi transcrevendo-as. As entrevistas gravadas foram transcritas posteriormente e receberam tratamento da Análise de Discurso (AD) em conjunto com as não gravadas⁶.

Inicialmente, realizou-se uma leitura exaustiva do material selecionado, em seguida procedeu à identificação do contexto da produção do discurso para codificá-lo e das categorias que foram surgindo do discurso e, posteriormente, realizou-se a interpretação dos dados. O texto produzido a partir das entrevistas foi analisado como um objeto de

⁶ A AD tem como objetivo *“realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: religioso, filosófico, jurídico e sócio-político, visando compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido* (MINAYO, 2004, p. 211). Na AD, quer seja falado ou escrito, ocorre o encontro de aspectos mais amplos sobre o sujeito, podendo-se observar condições que têm a ver com a sua história, com as relações que o sujeito tem com as instituições. Dessa forma, o discurso elaborado através da fala ou do texto, expressa as diferentes posições e conjunturas do sujeito (RICHARDSON, 1999). Na área da saúde, os discursos dos sujeitos projetam sua visão da sociedade e da natureza, da historicidade das relações, da forma de organização da sociedade, das condições de produção e reprodução social (MINAYO, 2004), permitindo a compreensão e a evidenciação de elementos que redirecionem as práticas sanitárias. Existem diferentes instrumentos que podem ser utilizados na AD: grupo focal, entrevistas por meio de instrumentos previamente estabelecidos, observações estruturadas e análise documental em registros.

significação, gerando uma análise interna do texto e, como um objeto de comunicação, gerando uma análise externa (BARROS, 2004).

Partindo-se desse contexto teórico-metodológico, foram utilizados os pressupostos da avaliação por triangulação de métodos, os quais, segundo Minayo (2006, p. 175) *“dados subjetivos tais como significados, intencionalidade, interação, participação, e dados objetivos como indicadores, distribuição de frequência e outros, são inseparáveis e interdependentes”*.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, e a Secretaria Municipal de Saúde autorizou a realização da pesquisa em junho de 2008.

Cada entrevistado leu e assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 5), assegurando a livre participação na presente pesquisa.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 - Grau de Implantação dos Serviços de Atenção à Saúde Bucal

4.1.1 – Dimensão Estrutura

O grau de implantação dos serviços de atenção à saúde bucal nos diversos EAS, em relação à **dimensão estrutura (dados primários)**, foi considerado regular, alcançando um valor de 41,18% (Tabela 4). A dimensão estrutura foi construída a partir dos componentes de instalação física adequada, de equipamentos odontológicos, de manutenção dos equipamentos odontológicos, de instrumentais permanentes, de materiais de consumo, de materiais educativos e de recursos humanos, compondo itens necessários e imprescindíveis para o desenvolvimento das ações de saúde bucal com qualidade.

Segundo recomendações do MS (BRASIL, 2006d), o ambiente físico deve dispor de bebedouros, banheiros devidamente higienizados, assim como os demais espaços. É preciso eliminar barreiras físicas (como vidros, grades em guichês), que distanciam o usuário dos profissionais que o atendem. Deve-se, ainda, evitar as esperas longas e em locais inadequados, assim como a sinalização deficiente, a falta de informação, a troca de profissional ou equipe sem a devida explicação e apresentação. Pode-se afirmar que não mais que 10% dos EAS pesquisados são providos e/ou adotam essas recomendações.

Ao analisar horizontalmente a Tabela 4 e separando por tipos de EAS, notou-se que as UBS/ESF foram as que tiveram o pior desempenho na dimensão estrutura (7,62%) e o melhor desempenho foi para os CEO (70,16%). No entanto, deve ser lembrado que as UBS/ESF no município de Manaus foram construídas para abrigar o Programa Médico

da Família (PMF), o qual foi implantado em março de 1999, com o enfoque de atender as Zonas Norte e Leste do município de Manaus, onde se concentravam os maiores índices da população vivendo abaixo da linha de pobreza. Era uma padronização para todas as casas com uma dimensão de 36,8 m², pré-moldadas, sendo constituídas de quatro cômodos, distribuídos em recepção, arquivo e nebulização; consultório e sala de procedimentos; farmácia, preparo de material e copa; e banheiro (Figuras 3a, 3b, 3c e 3d).

Figura 3a – Fachada externa de uma Unidade Saúde da Família



Figura 3b – Sala para recepção, arquivo e nebulização



Figura 3c – Sala para farmácia, preparo de material e copa



Figura 3d – Consultório e sala de procedimentos



O PMF de Manaus foi inspirado no modelo cubano e teve assessoramento do Programa Médico da Família de Niterói. Sua organização estava pautada em 167 equipes de saúde compostas de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo integrado, ainda, por quatro Centros de Referência nas Zonas do município de Manaus, onde eram realizados atendimentos especializados, atividades de monitoramento e educação continuada, por uma equipe multidisciplinar.

No decorrer da operacionalização do PMF, a SMS implantou, em março de 2000, o Programa Dentista da Família, inserindo 32 CD nas equipes básicas de saúde, para desenvolver ações de prevenção, educação e assistência odontológica às populações

adscritas, com serviços fixos instalados nas casas de saúde e unidade móvel equipada com três consultórios (SANTOS, 2002).

O Programa Dentista da Família não conseguiu se consolidar, provavelmente devido ao fato de ser uma política do governo local e sem um planejamento baseado na realidade do município. Assim, as equipes foram desfeitas em 2003 e os profissionais foram deslocados para os diversos EAS. Em 2004, a SMS iniciou uma capacitação de cunho classificatório para os profissionais que atuaram no PDF. Os que conseguiram ser classificados foram chamados para retomarem as atividades em 2005 como ESB, integrados à ESF no recém-criado Distrito Norte, com um total de 10 ESB. Em 2005, a SMS realizou concurso público, pois mantinha um quadro de pessoal com predomínio de vínculo empregatício RET (Regime Especial de Trabalho), em que a maioria dos CD da ESB não foi classificada e, conseqüentemente, foi substituída pelos que foram classificados no concurso. Ressalta-se que os classificados no referido concurso eram sondados se queriam ser lotados na Estratégia Saúde da Família ou não.

Pelo exposto, as UBS/ESF não possuem espaço físico para as atividades assistenciais odontológicas, sendo necessário o deslocamento da ESB para um EAS mais próximo da população adscrita ou escolas com consultório odontológico. No entanto, tal alternativa nem sempre é possível, o que obriga a população a se deslocar para um EAS ou escola que não é de sua área.

É digno de nota que nos componentes “instalação física e instrumental” nenhum EAS conseguiu obter o escore satisfatório. No componente “manutenção dos equipamentos”, o serviço é terceirizado e não houve reclamação quanto à manutenção preventiva; não se pode dizer o mesmo sobre a manutenção corretiva, existe demora na devolução dos equipamentos e muitas vezes são considerados inservíveis, acarretando prejuízo no

desenvolvimento das ações de saúde bucal. Há que se considerar ponto positivo para o componente “material de consumo”, uma vez que se constatou um estoque farto, tanto quantitativa quanto qualitativamente, sendo relatado pela maioria dos pesquisados que isso não ocorria na gestão passada.

Quanto aos recursos humanos, observou-se desequilíbrio entre o número de consultórios odontológico e profissional (CD, ASB e TSB). Somente no MSF e UBS/ESF, que estão habilitados na modalidade I, existe relação satisfatória. De uma forma geral, os TSB não exercem sua função de acordo com as normas do Conselho Federal de Odontologia (CFO), executando ações que são de responsabilidade do ASB. Observou-se também que, em alguns EAS, não há ASB ou TSB, e o CD é auxiliado por funcionários não habilitados, configurando desvio de função.

Tabela 4 - Grau de implantação dos serviços de atenção à saúde bucal por tipo de EAS e geral no município de Manaus

| <i>EAS</i> | <i>IF</i> | <i>E</i> | <i>M</i> | <i>I</i> | <i>MC</i> | <i>ME</i> | <i>RH</i> | <i>Geral/ EAS</i> |
|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------------|
| <i>CEO</i> | 58,47% | 66,67% | 100,00% | 68,15% | 87,92% | 71,43% | 22,22% | 70,16% |
| <i>MSF</i> | 61,48% | 77,78% | 100,00% | 53,57% | 81,40% | 57,14% | 100,00% | 67,23% |
| <i>Policlínica</i> | 56,97% | 55,56% | 100,00% | 48,81% | 85,71% | 61,90% | 25,00% | 60,85% |
| <i>UBS</i> | 52,79% | 59,78% | 98,00% | 45,62% | 81,29% | 49,71% | 41,89% | 58,18% |
| <i>UBS/ESF</i> | 12,07% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 57,79% | 100,00% | 7,62% |
| <i>UBS/PA</i> | 55,74% | 72,22% | 100,00% | 53,97% | 82,31% | 47,62% | 66,67% | 68,12% |
| <i>Grau de Implantação</i> | 38,62% | 38,79% | 61,86% | 30,80% | 51,21% | 54,68% | 59,21% | 41,18% |
| | R | R | A | R | A | A | A | R |

IF – instalação física; E – equipamento; M – manutenção; I – instrumental; MC – material de consumo;

ME – material educativo; RH – recurso humano; R – regular; A - aceitável

Os **dados secundários** utilizados para compor a **dimensão estrutura** basearam-se na leitura dos seguintes instrumentos de gestão: Plano Municipal de Saúde de 2004 – 2005

e 2006 – 2009, Relatórios de Gestão 2005, 2006 e 2007, bem como documentos referentes à saúde bucal.

O planejamento é considerado um instrumento que o gestor municipal de saúde deve aprimorar para ampliar sua capacidade de governo (Matus, 1996). Os documentos de gestão dos sistemas municipais de saúde, como Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão, são considerados importantes meios para o exercício de uma adequada gerência dos sistemas de saúde. Esses instrumentos devem estar articulados de tal forma que se subsidiem mutuamente em um fluxo ascendente que integre as diversas esferas de governo. Além disso, deve contar com a aprovação das instâncias de controle social. Assim, vislumbra-se a construção de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, possibilitando a efetivação de uma gestão de qualidade.

Os planos e relatórios possuem seu arcabouço legal nas Leis Orgânicas de Saúde n. 8.080/90 e 8.142/90, e, a partir de 2006, mas especificamente por meio da Portaria n. 399 que divulgou o Pacto pela Saúde, estabelecendo os princípios, os objetivos e os pontos de pactuação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). O PlanejaSUS foi regulamentado pela Portaria n. 3.085, de 1º de dezembro de 2006, estabelecendo, como instrumentos básicos, o Plano de Saúde e a respectiva Programação Anual em Saúde e o Relatório de Gestão. Em cada esfera de gestão do SUS, esses instrumentos deverão ser compatíveis com os Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

O Plano e a Programação Anual de Saúde, bem como o Relatório Anual de Gestão são definidos como *“instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas”*; *“instrumento que operacionaliza as intenções expressas*

no Plano de Saúde” e “instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde” (Brasil, 2009e).

A partir da leitura dos Planos de Saúde do município de Manaus (2004-2005 e 2006-2009), tomando como referencial o que o MS (BRASIL, 1997; 2009e) recomenda para sua elaboração, verificou-se a descrição resumida e até mesmo omissão de itens importantes que compõem a análise da situação de saúde. Em relação à saúde bucal, existe somente a descrição de prioridades, metas e estratégias, não se percebendo relação entre os mesmos e nem entre os diferentes eixos que compõem um plano de saúde. Guardando-se as devidas proporções de comparação, menciona-se o estudo de Mottin (1999) que avaliou a elaboração do Plano Municipal de Saúde de 35 municípios do Rio Grande do Sul, em que constatou o despreparo dos municípios em formular seus planos de acordo com a complexidade que envolve o setor saúde.

Nos três Relatórios de Gestão analisados, observou-se que cada um foi elaborado, em termos de estrutura, de forma diferente, não adotando o preconizado pelo MS. Quanto às ações da área de odontologia, há descrição de que a maioria das metas não foram atingidas, apontando os motivos e o que fazer para reverter tal quadro. Dentre os três relatórios, o que mais esmiúça a área em questão, é o de 2005; e o que menos detalha, o de 2007. De acordo com o MS (BRASIL, 2009e), um Relatório de Gestão *“além de apresentar o desempenho da execução das ações e o quanto o grau de cumprimento das metas da Programação Anual de Saúde, fornece as bases para o ajuste do Plano de Saúde e indica os rumos para a programação do ano seguinte”* (p. 32). A partir do que foi apreendido com a leitura desse instrumento de gestão, ressalta-se a necessidade dos relatórios serem utilizados de fato para melhoria no ano seguinte e que não sejam apenas uma ferramenta obrigatória do SUS.

4.1.2 – Dimensão Processo

Para a **dimensão processo**, utilizaram-se os indicadores do pacto de 2005 a 2007 e as ações de saúde bucal informadas pelo SIAB e SIA/SUS em relação aos procedimentos da atenção básica e especializada.

De acordo com Kerr-Pontes e Rouquayrol (2003, p. 62), os indicadores de saúde “*são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo*”.

Os indicadores de saúde são obtidos a partir dos Sistemas de Informação, alimentados pelos municípios e estados. São utilizados para mensuração das atividades realizadas, ou do grau de risco de um evento ou agravo à saúde, bem como, para atribuir valor a dados ou aspectos da realidade que se almeja conhecer, podendo assim, intervir para alcançar metas e objetivos (CARVALHO; EDUARDO, 1998). Dessa forma, a informação em saúde possibilita o diagnóstico tanto de problemas individuais quanto coletivos das condições sanitárias de uma população. No Brasil, a participação municipal na produção e utilização da informação em saúde era muito tímida, ficando a cargo dos governos federal e estadual o diagnóstico sobre a situação sanitária de cada município. Tal fato gerou, e ainda gera, distorções no estabelecimento de ações desconectadas da realidade local.

O Pacto da Atenção Básica foi implantado a partir de 1999, como um instrumento formal de negociação das metas a serem alcançadas em relação aos indicadores de saúde previamente pactuados, entre os gestores municipal, estadual e federal.

Procurando ter um diagnóstico mais fidedigno possível, coletaram-se dados sobre o que foi pactuado como meta e o que foi alcançado no período de 2005 a 2007. Digna de nota foi a dificuldade em obter uniformidade de tais dados nas diversas fontes, a saber: Plano Municipal de Saúde 2004-2005 e 2006-2009 da SMS, Relatórios de Gestão 2005, 2006, 2007 da SMS, relatório dos indicadores do pacto unificado pela saúde da SES, série histórica e metas dos indicadores do MS e DATASUS. Como nos relatórios de gestão há descrição do quantitativo dos procedimentos executados, e no MS/DATASUS trabalha-se com os dados executados e aprovados, a pesquisadora optou por trabalhar com o segundo.

Em 2005 existiam três indicadores pactuados (Tabela 5), cobertura de primeira consulta odontológica, razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos, considerados como indicadores principais, e proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais, considerado como indicador complementar, os quais foram definidos pela Portaria n. 21/GM de 5 de janeiro de 2005 (BRASIL, 2005b).

Segundo as notas técnicas dessa portaria, a cobertura de primeira consulta odontológica mensura a tendência de cobertura de tratamentos odontológicos a partir da realização da primeira consulta com exame clínico, visando à elaboração de um plano de tratamento, e reflete a proporção de habitantes que recebeu a primeira consulta para realizar o tratamento restaurador no âmbito da atenção básica, em determinado local e período. Já o indicador razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14

anos, retrata a população de um determinado local beneficiada por ações de promoção e prevenção em saúde bucal, em que os procedimentos odontológicos coletivos são compostos de exame epidemiológico⁷, educação em saúde, bochechos fluoretados e higiene bucal supervisionada. O indicador complementar analisa a proporção de exodontias de dentes permanentes em relação às outras ações básicas individuais em odontologia, com exceção dos procedimentos coletivos e da primeira consulta odontológica.

A partir dos resultados obtidos para o ano de 2005, observaram-se valores aquém do que foi pactuado. A partir das entrevistas, observação durante as visitas aos EAS e análise documental, é digno de nota que o ano de 2005 foi marcado por:

- a) Troca de governantes municipais, em que o grupo eleito pertencia a base política diferente da gestão anterior;
- b) Realização de concurso público para compor o quadro de recursos humanos da SMS, composto, na sua grande maioria, de vínculo empregatício temporário, os quais muitos desses não foram classificados, gerando descontentamento entre esses profissionais;
- c) Falta de insumos odontológicos durante o primeiro semestre, começando a normalizar em agosto.

O baixo valor encontrado para o indicador cobertura de primeira consulta odontológica pode significar um acesso limitado da população aos serviços de saúde bucal, podendo indicar tendência de um perfil de atendimento de emergência, não se buscando uma atenção integral em saúde bucal. Em relação ao valor obtido da razão entre

⁷Estudo de prevalência e incidência de doenças bucais, realizado no início do programa e no mínimo a cada dois anos, com o objetivo de avaliar o impacto das atividades desenvolvidas e orientar o planejamento das ações para o grupo atendido e comunidade.

procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos, pode-se inferir que a população em questão não está tendo acesso ou não está sendo beneficiada pelas ações de promoção e prevenção de saúde bucal, não indicando uma boa cobertura das ações preventivas de saúde bucal.

Sobre a proporção das exodontias de dentes permanentes em relação às demais ações básicas individuais em odontologia, com exceção para os procedimentos coletivos e a primeira consulta odontológica, a SMS pactuou um limite máximo de 10% sobre o total de procedimentos individuais. O fato de não se ter alcançado esse valor, pode ser explicado pela falta de insumos odontológicos como já citado anteriormente, ou significar uma reorientação da assistência odontológica privilegiando a conservação dos dentes acometidos pela cárie dental, por meio de restaurações com diferentes materiais, e encaminhamentos para os CEO para tratamento endodôntico. Este último pode ser desconsiderado, em virtude de o primeiro CEO ter sido implantado no município de Manaus, somente em 2006.

Em 2006, a Portaria n. 493/GM de 10 de março (BRASIL, 2006e) aprova os indicadores de atenção básica para a saúde bucal, cobertura de primeira consulta odontológica programática e cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada (indicadores principais) e média de procedimentos odontológicos básicos individuais e proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais como indicadores complementares.

Nas notas técnicas dessa portaria é esclarecido que a primeira consulta odontológica programática significa a elaboração de um plano preventivo-terapêutico com resolutividade completa na atenção básica e em caso de necessidade, com inclusão de ações de média e alta complexidade. Para a ação coletiva escovação dental

supervisionada, entende-se como voltada para grupo de indivíduos e não como uma ação educativa individual no âmbito clínico. Os indicadores complementares expressam média de procedimentos básicos clínicos e/ou cirúrgicos e proporção de procedimentos especializados em relação às demais ações individuais da atenção básica, exceto as ações coletivas e a primeira consulta odontológica programática.

Os resultados encontrados para o ano de 2006 expressam, como no ano anterior, necessidade de aumentar o acesso da população à atenção básica em saúde bucal (6,30%), assim como também à atenção especializada. Quanto à ação coletiva escovação dental supervisionada, obteve-se uma cobertura de 0,43%, alcançando a meta pactuada, indicando, no entanto, necessidade de aumentar a cobertura, em virtude de essa ação ser de fundamental importância para o controle da cárie dental e problemas periodontais, bem como quanto a capacidade do sistema de saúde de desenvolver ações coletivas. Quanto às ações de caráter especializado, dos quatro CEO programados para serem implantados, somente um foi inaugurado (CEO Sul), ficando difícil alcançar as metas pactuadas e se buscar a integralidade do cuidado. O alcance dessa meta só é demonstrado no DATASUS, pois, no relatório de gestão/2006, descreve-se um valor bem abaixo do informado, ressaltando o desencontro de informações.

No ano de 2006, problemas com relação à troca dos profissionais temporários pelos concursados continuaram a ser enfrentados. Para os profissionais que ingressaram no concurso e optaram em trabalhar na ESB, não havia disponibilidade de consultórios odontológicos, em vista de não haver espaço físico para instalação de consultório odontológico nas USB/ESF.

Em 10 de janeiro de 2007, a Portaria n. 91/GM (BRASIL, 2007) regulamentou a unificação do processo de pactuação: Pacto da Atenção Básica, pacto de indicadores da

Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPIVS) e os indicadores propostos no Pacto pela Saúde. Em relação à saúde bucal, tem-se como indicador principal a cobertura da primeira consulta odontológica programática e, como indicadores complementares, a cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada e média de procedimentos odontológicos básicos individuais. As metas pactuadas e o que foi alcançado no ano de 2007 mostraram valores muito baixos, não havendo cumprimento de nenhuma meta, necessitando assim, de aumento do acesso e de cobertura às ações de saúde bucal.

Comparando o presente estudo com o estudo em Camaragibe – PE, conduzido por Cavalcante et al. (2006), as ações de saúde bucal, uma das sete áreas estratégicas mínimas da NOAS-SUS 01/02 foram consideradas não implantadas, devido à insuficiente cobertura das ESB (42,5%) no município. Com relação às outras áreas estratégicas, cinco foram consideradas implantadas (saúde da mulher, controle da hipertensão, controle da diabetes mellitus, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase) e uma, parcialmente implantada (saúde da criança). Embora o estudo de Camaragibe tenha sido desenvolvido em 2003, os indicadores de saúde bucal mostraram-se superiores ao encontrado no município de Manaus em 2005. A mesma situação foi encontrada em 293 municípios do estado de Santa Catarina pesquisados por Fernandes e Peres (2005), os quais obtiveram valores médios para cobertura de primeira consulta odontológica de 21,8%, de 0,37 para procedimentos coletivos em menores de 14 anos e de 11,9% para proporção entre exodontias e procedimentos odontológicos individuais.

Com uma abordagem mais geral do serviço de saúde bucal no Brasil, no entanto com possibilidade de comparação com o presente estudo, Pinheiro e Torres (2006)

realizaram um estudo, que teve como objetivo analisar a diferença no uso de serviços odontológicos, as desigualdades entre grupos populacionais neste uso e a influência de fatores do contexto das unidades da federação no uso de serviços odontológicos, baseado no PNAD de 1998 e 2003. Os resultados entre as unidades da federação apontaram que, no estado do Amazonas, 17,1% e 18,1% de sua população nunca tinha consultado um dentista e que, no Brasil, existe desigualdade no uso de serviços odontológicos tanto entre as unidades da federação, quanto entre indivíduos, pois o indicador que aponta para a maior dificuldade de uso desses serviços (nunca ter consultado o dentista) esteve associado com diversas características dos indivíduos e com diferentes características contextuais. Destaca-se, por exemplo, que o uso foi menor em regiões mais pobres, de menor estrutura e de menor oferta de serviços odontológicos, médicos e serviços de maior complexidade.

Tabela 5 – Indicadores de saúde bucal relativos ao grau de implantação dos serviços de atenção à saúde bucal para dimensão “processo”

| <i>Indicadores / Ano</i> | <i>2005</i> | | <i>2006</i> | | <i>2007</i> | |
|--|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|
| | <i>Meta</i> | <i>Alcançado</i> | <i>Meta</i> | <i>Alcançado</i> | <i>Meta</i> | <i>Alcançado</i> |
| <i>Cobertura de primeira consulta odontológica</i> | 10,45% | 8,41% | - | - | - | - |
| <i>Razão entre os procedimentos odontológicos coletivo e a população de 0 a 14 anos</i> | 0,09 | 0,01 | - | - | - | - |
| <i>Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais</i> | 10,00% | 4,83% | - | - | - | - |
| <i>Cobertura de primeira consulta odontológica programática</i> | - | - | 7,64% | 6,30% | 10,00% | 6,76% |
| <i>Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada</i> | - | - | 0,30 | 0,43 | 3,00 | 0,20 |
| <i>Média de procedimentos odontológicos básicos individuais</i> | - | - | 0,50 | 0,53 | 0,75 | 0,52 |
| <i>Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais</i> | - | - | 9,11 | 9,01 | - | - |

FONTE: Ministério da Saúde, 2009, Plano Municipal de Saúde 2004-2005 e 2006-2009 e Relatórios de Gestão Municipal 2005, 2006 e 2007.

Compondo a dimensão processo, a produção ambulatorial odontológica no período de 2005 a 2007 também foi avaliada. Os procedimentos selecionados para análise consistem de todos os procedimentos odontológicos inseridos na tabela do SUS, divididos em grupo 03 (ações básicas em odontologia) e grupo 10 (ações especializadas em odontologia). Os dados analisados para o grupo 03 revelaram uma variação entre os anos pesquisados, ora apresentando elevação, ora apresentando queda. Os procedimentos coletivos e preventivos apontaram uma tendência de queda e os preventivos individuais apresentaram oscilação, ou seja, alguns procedimentos apresentaram elevação e outros declínios. As ações de dentística (restaurações) e de cirurgia tiveram o mesmo comportamento de oscilação. No grupo 10, observaram-se oscilações entre os diferentes procedimentos e procedimentos não informados, com uma tendência a normalizar em 2007. Lembrando que em 2005 não havia nenhum CEO implantado, em 2006 foi implantado um CEO e, em 2008, somavam-se três CEO.

É digno de nota que durante a realização das entrevistas foi relatado que a produção de um dos CEO foi quase toda perdida *“é o maior pecado da SEMSA, a alimentação é subnotificada, o dentista precisa registrar no mapa e o digitador precisa fazer um trabalho correto (...). Depois eu puxo a estatística e está tudo ok, mando para o DISA, que manda para SEMSA, que manda para SUSAM. Então, (...) entra um buraco negro que não sei aonde é, e a nossa produção sai subnotificada”* (entrevistado D 40).

Tabela 6 – Produção ambulatorial da atenção básica em saúde bucal (número de atendimentos) no município de Manaus, 2005 a 2007

| <i>Código e Procedimento / Ano</i> | <i>2005</i> | <i>2006</i> | <i>2007</i> |
|--|----------------|----------------|----------------|
| <i>0301101- Procedimentos coletivos (usuário/mês)</i> | 51.561 | 1.699 | --- |
| <i>0301102- Ação coletiva escovação dental supervisionada</i> | --- | 43.096 | 34.633 |
| <i>0301104- Ação coletiva aplicação tópica de flúor gel</i> | --- | 20.376 | 19.028 |
| <i>0301105- Ação coletiva exame bucal/epidemiológico</i> | --- | 15.071 | 11.762 |
| <i>0302101- Primeira consulta odontológica programática</i> | 78.741 | 80.318 | 84.525 |
| <i>0302201- Aplicação terapêutica intensiva c/flúor p/sessão</i> | 45.480 | 50.260 | 51.495 |
| <i>0302202- Aplicação de carióstático por dente</i> | 358 | 880 | 249 |
| <i>0302203- Aplicação de selante por dente</i> | 2.026 | 1.666 | 1.642 |
| <i>0302204- Controle da placa bacteriana</i> | 28.180 | 38.723 | 54.199 |
| <i>0302205- Escariação por dente</i> | 62.227 | 82.603 | 104.556 |
| <i>0302206- Remoção induto placa cálculo supra-gengival p/hemiarco</i> | 83.780 | 98.521 | 111.796 |
| <i>0302207- Curetagem subgengival polimento dental p/hemiarcada</i> | 2.177 | 8.430 | 13.795 |
| <i>0302208- Inserção condensação substância restauradora p/dente</i> | 28.953 | 34.471 | 42.689 |
| <i>0303101- Capeamento pulpar direto dente permanente</i> | 11.335 | 15.084 | 14.969 |
| <i>0303102- Pulpotomia dente decíduo/permanente selamento provisório</i> | 1.933 | 3.377 | 3.641 |
| <i>0303103- Restauração a pino</i> | --- | --- | 8 |
| <i>0303104- Restauração c/amálgama duas/mais faces</i> | 18.676 | 22.685 | 20.878 |
| <i>0303105- Restauração com amálgama uma face</i> | 46.563 | 54.713 | 49.963 |
| <i>0303106- Restauração c/compósito duas/mais faces</i> | 59 | --- | --- |
| <i>0303107- Restauração com compósito uma face</i> | 505 | 28 | 1 |
| <i>0303108- Restauração c/compósito ângulo incisal</i> | 155 | 5 | 7 |
| <i>0303111- Restauração fotopolimerizável duas/mais faces</i> | 25.026 | 29.433 | 33.861 |
| <i>0303112- Restauração fotopolimerizável uma face</i> | 24.121 | 27.714 | 32.521 |
| <i>0303113- Remoção de cárie/preparo cavitário por dente</i> | --- | 1.478 | 5.528 |
| <i>0303114- Restauração c/ionômero de vidro de uma face</i> | --- | 574 | 2.474 |
| <i>0303115- Restauração c/ionômero vidro duas/mais faces</i> | --- | 294 | 1.577 |
| <i>0304101- Exodontia de dente decíduo</i> | 13.563 | 15.844 | 16.425 |
| <i>0304102- Exodontia de dente permanente</i> | 21.641 | 20.050 | 21.695 |
| <i>0304103- Remoção de resto radicular</i> | 7.916 | 9.258 | 10.778 |
| <i>0304105- Tratamento de alveólite</i> | 155 | 551 | 290 |
| <i>0304106- Tratamento hemorragia / pequeno procedimento emergência</i> | 2.871 | 3.731 | 3.093 |
| <i>0304107- Ulotomia</i> | 53 | 104 | 118 |
| Total | 558.055 | 681.037 | 748.196 |

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS); Departamento de Informática do SUS (DATASUS). 2009.

Tabela 7 – Produção ambulatorial da atenção especializada em saúde bucal (número de atendimentos) no município de Manaus, 2005 a 2007

| <i>Código e Procedimento / Ano</i> | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|--------------|--------------|--------------|
| <i>1001101 – Restauração com ionômero de vidro duas ou + faces</i> | 1.269 | 423 | --- |
| <i>1001102 – Restauração com ionômero de vidro uma face</i> | 687 | 179 | --- |
| <i>1002101 – Cirurgia periodontal por hemiarcada</i> | --- | --- | 105 |
| <i>1002103 – Gengivectomia</i> | 18 | 24 | 149 |
| <i>1002105 – Gengivoplastia por hemiarcada</i> | --- | --- | 19 |
| <i>1002106 – Raspagem corono-radicular por hemiarcada</i> | 809 | --- | 2.506 |
| <i>1002107 – Tratamento periodontal em situação de emergência</i> | 9 | 23 | 22 |
| <i>1002108 – Curetagem subgengival por indivíduo</i> | 9 | --- | 383 |
| <i>1004101 – Necropulpectomia em dente decíduo/permanente</i> | 237 | 812 | 1.566 |
| <i>1004102 – Retratamento endodôntico dente permanente unirrad.</i> | --- | --- | 6 |
| <i>1004103 – Tratamento endodôntico dente decíduo unirradicular</i> | 15 | 38 | 42 |
| <i>1004105 – Tratamento endodôntico dente permanente unirrad.</i> | --- | --- | 258 |
| <i>1004201 – Retratamento endodôntico dente permanente birrad.</i> | --- | --- | 2 |
| <i>1004202 – Tratamento endodôntico dente permanente birrad.</i> | --- | --- | 123 |
| <i>1004301 – Retratamento endodôntico dente permanente trirrad.</i> | --- | --- | 1 |
| <i>1004303 – Tratamento endodôntico dente permanente trirrad.</i> | 44 | 60 | 122 |
| <i>1004401 – Tratamento endodôntico dente decíduo multirrad.</i> | --- | --- | 5 |
| <i>1005102 – Aprofundamento vestibulo p/ hemiarcada</i> | --- | --- | 1 |
| <i>1005103 – Alveolotomia por arcada</i> | --- | --- | 42 |
| <i>1005104 – Cirurgia com finalidade ortodôntica</i> | --- | --- | 11 |
| <i>1005105 – Correção de bridas musculares</i> | --- | --- | 17 |
| <i>1005106 – Correção de hipertrofia de rebordo alveolar</i> | --- | --- | 8 |
| <i>1005107 – Correção de tuberosidade</i> | --- | --- | 7 |
| <i>1005108- Curetagem periapical</i> | 13 | --- | 44 |
| <i>1005110 – Excisão cálculo de glândula salivar</i> | --- | --- | 4 |
| <i>1005111 – Excisão fenômenos de retenção salivar</i> | --- | --- | 2 |
| <i>1005114 – Exodontias múltiplas c/ alveoloplastia por hemiarca.</i> | 3 | --- | 5 |
| <i>1005116 – Marsupialização de cistos</i> | --- | --- | 1 |
| <i>1005117 – Marsupialização de lesões</i> | --- | --- | 1 |
| <i>1005122 – Remoção de cisto</i> | --- | --- | 17 |
| <i>1005123 – Remoção corpo estranho região buco-maxilo-facial</i> | --- | --- | 1 |
| <i>1005124 – Remoção de dente retido (incluso/impactado)</i> | 4 | 10 | 168 |
| <i>1005125 – Remoção de torus e exostoses</i> | --- | --- | 3 |
| <i>1005126 – Remoção de foco residual</i> | --- | --- | 143 |
| <i>1005127 – Retirada material síntese (fios/pinos/arcos/placa)</i> | --- | --- | 60 |
| <i>1005133 – Tratamento cirúrgico fístula intraoral</i> | --- | --- | 1 |
| <i>1005135 – Tratamento emergencial fratura alvéolo-dentário c/ redução cruenta</i> | --- | --- | 3 |
| <i>1005136 – Ulectomia</i> | 18 | 21 | 18 |
| Total | 3.973 | 2.792 | 8.240 |

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS); Departamento de Informática do SUS (DATASUS). 2009

A Portaria n. 1.101 de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2002b) estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Os parâmetros para o cálculo dos atendimentos odontológicos sobre a população é obtido a partir dos grupos 03 (atenção básica) e 10 (atenção especializada), em que é estabelecido um intervalo de 0,5 a 2 de atendimentos odontológicos/habitante/ano. Em Manaus, obteve-se um total de 562.028 (0,34) procedimentos odontológicos básicos e especializados em 2005, 683.829 (0,40) em 2006 e 756.436 (0,46) em 2007, demonstrando um crescimento em termos de cobertura, embora com valores abaixo do total de atendimentos odontológicos previstos, em que, segundo os parâmetros de cobertura assistencial ambulatorial, o previsto deveria ser 822.345, 844.262 e 869.320 atendimentos odontológicos nos anos de 2005, 2006 e 2007, respectivamente. Os dados do presente estudo estão em consonância com os de Barros e Chaves (2003) que buscaram analisar o processo de reorganização das ações de saúde bucal em dois municípios do Estado da Bahia, onde a série histórica do total de procedimentos ambulatoriais mostrou uma expansão da oferta de serviços para ambos os municípios.

Os parâmetros de cobertura assistencial recomendados, conforme unidade de medida e pelo grupo 03 (ações básicas em odontologia) de procedimentos da tabela SIA/SUS, foram estabelecidos entre 0,4 a 1,67 procedimentos/habitante/ano. No município de Manaus, o total de ações básicas nos anos de 2005, 2006 e 2007 foram 558.055 (0,34), 681.037 (0,40) e 748.196 (0,45), respectivamente. Nota-se um aumento nos anos pesquisados, alcançando os parâmetros propostos nos anos de 2006 e 2007. Pelo grupo 10 (ações especializadas em odontologia), estabeleceu-se entre 0,04 a 0,06 procedimentos/habitantes/ano, sendo obtidos 3.973 (0,0024) em 2005, 2.792 (0,0016) em 2006 e 8.240 (0,0050) em 2007. Observa-se o não cumprimento dos parâmetros

propostos e oscilação entre os anos, havendo uma queda de 2005 para 2006 e um incremento no ano seguinte. Tal resultado pode ser devido ao fato de os CEO terem sido implantados em 2006, 2007 e 2008, totalizando três CEO no município de Manaus.

A partir das Tabelas 8, 9 e 10, pode-se observar diferença entre o número de ESB credenciadas e seu registro no SIAB, assim como também oscilações de ESB efetivamente implantadas, ora aumentando ora diminuindo, refletindo de forma direta na porcentagem de cobertura. Nota-se, também, uma discrepância entre a proporção do número de ESF e ESB, chegando-se, em média, a uma proporção de 3:1. Encontrou-se uma reduzida alocação de ESB na Estratégia Saúde da Família, já que os números de equipes cadastradas em Manaus nos anos de 2005 a 2007 são 95,47%, 81,45% e 81,91% menores que o necessário para o alcance da cobertura de 50% da população do município de Manaus. A oscilação observada de 2005 a 2007 também foi presenciada em 2008, mas precisamente quando da entrada em campo para coleta de dados, onde o CNES registrava o cadastro de 49 ESB em abril, terminando o ano com 53 ESB implantadas, totalizando uma cobertura de 21,4%. Apesar de o ano de 2008 não ter sido alvo de análise, achou-se pertinente relatar o fato acima.

Tabela 8 - Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família – Manaus/AM - 2005

| <i>Mês</i> | <i>Nº ACS cred. CIB</i> | <i>Nº ACS SIAB</i> | <i>Nº ACS impl.</i> | <i>% cob. pop. ACS</i> | <i>Nº ESF cred. CIB</i> | <i>Nº ESF SIAB</i> | <i>Nº ESF impl.</i> | <i>% cob. pop. SF</i> | <i>Nº ESB cred. CIB</i> | <i>Nº ESB SIAB</i> | <i>Nº ESB impl.</i> | <i>% de cob. pop. SB</i> | <i>População</i> |
|------------|-------------------------|--------------------|---------------------|------------------------|-------------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|---------------------|--------------------------|------------------|
| <i>Jan</i> | 3.500 | 1.717 | 1.717 | 64,64 | 200 | 173 | 173 | 39,08 | 55 | 0 | 0 | 0,00 | 1.527.314 |
| <i>Fev</i> | 3.500 | 1.675 | 1.675 | 63,06 | 200 | 173 | 173 | 39,08 | 55 | 0 | 0 | 0,00 | 1.527.314 |
| <i>Mar</i> | 3.500 | 1.637 | 1.637 | 61,63 | 200 | 173 | 173 | 39,08 | 55 | 0 | 0 | 0,00 | 1.527.314 |
| <i>Abr</i> | 3.500 | 1.636 | 1.636 | 61,59 | 200 | 173 | 173 | 39,08 | 55 | 0 | 0 | 0,00 | 1.527.314 |
| <i>Mai</i> | 3.500 | 1.646 | 1.646 | 61,97 | 200 | 173 | 173 | 39,08 | 55 | 0 | 0 | 0,00 | 1.527.314 |
| <i>Jun</i> | 3.500 | 1.636 | 1.636 | 61,59 | 200 | 173 | 173 | 39,08 | 55 | 0 | 0 | 0,00 | 1.527.314 |
| <i>Jul</i> | 3.500 | 1.642 | 1.642 | 61,82 | 200 | 173 | 173 | 39,08 | 55 | 10 | 10 | 4,52 | 1.527.314 |
| <i>Ago</i> | 3.500 | 1.641 | 1.641 | 61,78 | 200 | 173 | 173 | 39,08 | 55 | 10 | 10 | 4,52 | 1.527.314 |
| <i>Set</i> | 3.500 | 1.642 | 1.642 | 61,82 | 200 | 173 | 173 | 39,08 | 55 | 10 | 10 | 4,52 | 1.527.314 |
| <i>Out</i> | 3.500 | 1.640 | 1.640 | 61,74 | 200 | 173 | 173 | 39,08 | 55 | 10 | 10 | 4,52 | 1.527.314 |
| <i>Nov</i> | 3.500 | 1.640 | 1.640 | 61,74 | 200 | 173 | 173 | 39,08 | 55 | 10 | 10 | 4,52 | 1.527.314 |
| <i>Dez</i> | 3.500 | 1.631 | 1.631 | 61,40 | 200 | 173 | 173 | 39,08 | 55 | 10 | 10 | 4,52 | 1.527.314 |

Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DABACS – Agente Comunitário de Saúde; ESF – Equipe Saúde da Família; ESB – Equipe de Saúde Bucal, modalidade I

Tabela 9 - Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família - Manaus/AM- 2006

| Mês | N° ACS cred. CIB | N° ACS SIAB | N° ACS impl. | % cob. pop. ACS | N° ESF cred. CIB | N° ESF SIAB | N° ESF impl. | % cob. pop. SF | N° ESB cred. CIB | N° ESB SIAB | N° ESB impl. | % de cob. pop. SB | População |
|-----|------------------|-------------|--------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|----------------|------------------|-------------|--------------|-------------------|-----------|
| Jan | 3.500 | 1.640 | 1.640 | 61,74 | 200 | 180 | 180 | 40,66 | 55 | 10 | 10 | 4,52 | 1.527.314 |
| Fev | 3.500 | 1.759 | 1.759 | 66,22 | 200 | 180 | 180 | 40,66 | 55 | 10 | 10 | 4,52 | 1.527.314 |
| Mar | 3.500 | 1.346 | 1.346 | 50,67 | 200 | 125 | 125 | 28,24 | 55 | 2 | 2 | 0,90 | 1.527.314 |
| Abr | 3.500 | 1.333 | 1.333 | 46,50 | 200 | 125 | 125 | 26,16 | 55 | 2 | 2 | 0,84 | 1.648.218 |
| Mai | 3.500 | 1.332 | 1.332 | 46,47 | 200 | 125 | 125 | 26,16 | 55 | 2 | 2 | 0,84 | 1.648.218 |
| Jun | 3.500 | 1.330 | 1.330 | 46,40 | 200 | 125 | 125 | 26,16 | 55 | 2 | 2 | 0,84 | 1.648.218 |
| Jul | 3.500 | 1.364 | 1.364 | 47,58 | 200 | 130 | 130 | 27,21 | 55 | 2 | 2 | 0,84 | 1.648.218 |
| Ago | 3.500 | 1.364 | 1.364 | 47,58 | 200 | 130 | 130 | 27,21 | 55 | 2 | 2 | 0,84 | 1.648.218 |
| Set | 3.500 | 1.516 | 1.516 | 52,89 | 200 | 155 | 155 | 32,44 | 55 | 50 | 50 | 20,93 | 1.648.218 |
| Out | 3.500 | 1.463 | 1.463 | 51,04 | 200 | 153 | 153 | 32,03 | 55 | 50 | 50 | 20,93 | 1.648.218 |
| Nov | 3.500 | 1.473 | 1.473 | 51,39 | 200 | 155 | 155 | 32,44 | 55 | 51 | 51 | 21,35 | 1.648.218 |
| Dez | 3.500 | 1.435 | 1.435 | 50,06 | 200 | 153 | 153 | 32,03 | 55 | 51 | 51 | 21,35 | 1.648.218 |

Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB

ACS – Agente Comunitário de Saúde; ESF – Equipe Saúde da Família; ESB – Equipe de Saúde Bucal, modalidade I

Tabela 10 - Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família - Manaus/AM – 2007

| Mês | N° ACS cred. CIB | N° ACS SIAB | N° ACS impl. | % cob. pop. ACS | N° ESF cred. CIB | N° ESF SIAB | N° ESF impl. | % cob. pop. SF | N° ESB cred. CIB | N° ESB SIAB | N° ESB impl. | % de cob. pop. SB | População |
|-----|------------------|-------------|--------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|----------------|------------------|-------------|--------------|-------------------|-----------|
| Jan | 3.500 | 1.387 | 1.387 | 48,39 | 200 | 152 | 152 | 31,82 | 55 | 51 | 51 | 21,35 | 1.648.218 |
| Fev | 3.500 | 1.383 | 1.383 | 48,25 | 200 | 152 | 152 | 31,82 | 55 | 51 | 51 | 21,35 | 1.648.218 |
| Mar | 3.500 | 1.421 | 1.421 | 49,57 | 200 | 158 | 158 | 33,07 | 55 | 51 | 51 | 21,35 | 1.648.218 |
| Abr | 3.500 | 1.375 | 1.375 | 47,97 | 200 | 158 | 158 | 33,07 | 55 | 51 | 51 | 21,35 | 1.648.218 |
| Mai | 3.500 | 1.436 | 1.436 | 50,10 | 200 | 155 | 155 | 32,44 | 55 | 51 | 51 | 21,35 | 1.648.218 |
| Jun | 3.500 | 1.397 | 1.397 | 47,47 | 200 | 150 | 150 | 30,58 | 55 | 48 | 48 | 19,57 | 1.692.052 |
| Jul | 3.500 | 1.409 | 1.409 | 47,88 | 200 | 151 | 151 | 30,79 | 55 | 49 | 49 | 19,98 | 1.692.052 |
| Ago | 3.500 | 1.431 | 1.430 | 48,59 | 200 | 178 | 177 | 36,09 | 55 | 48 | 48 | 19,57 | 1.692.052 |
| Set | 3.500 | 1.435 | 1.435 | 48,76 | 200 | 181 | 180 | 36,70 | 55 | 49 | 49 | 19,98 | 1.692.052 |
| Out | 3.500 | 1.480 | 1.479 | 50,26 | 200 | 161 | 160 | 32,62 | 55 | 49 | 49 | 19,98 | 1.692.052 |
| Nov | 3.500 | 1.448 | 1.446 | 49,14 | 200 | 163 | 163 | 33,23 | 55 | 51 | 51 | 20,80 | 1.692.052 |
| Dez | 3.500 | 1.448 | 1.446 | 49,14 | 200 | 163 | 163 | 33,23 | 55 | 51 | 51 | 20,80 | 1.692.052 |

Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB

ACS – Agente Comunitário de Saúde; ESF – Equipe Saúde da Família; ESB – Equipe de Saúde Bucal, modalidade I

4.2 - Contexto Organizacional Local no Grau de Implantação dos Serviços de Atenção à Saúde Bucal

No processo de descentralização vigente no país, o município passa a assumir a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde em níveis de maior ou menor complexidade, de acordo com seu grau de enquadramento nas modalidades de gestão.

Essa nova condição impõe ao gestor uma série de desafios (formulação de políticas e

programas e orientação às políticas e programas existentes, proporcionar qualidade dos serviços prestados e outros) para melhorar sua capacidade de gestão e ampliar sua governabilidade sobre o sistema de saúde a fim de efetivar seu projeto de governo (MATUS, 1996; MOTTIN, 1999; TEIXEIRA et al., 2002).

Para analisar o cenário em termos de organização dos serviços de atenção à saúde bucal em Manaus, foram realizadas 106 entrevistas (QUADRO 11). Buscou-se, durante as entrevistas, dependendo da situação encontrada, torná-la uma conversa que permitisse um aprofundamento da comunicação e não cerceá-la, em que se alcançasse uma interação entre o pesquisador e os sujeitos, etapa considerada essencial na pesquisa qualitativa.

Inicialmente, faz-se uma análise descritiva dos sujeitos trabalhados, para em seguida, fazer uma análise de discurso do material coletado.

Quadro 11 – Total de entrevistados por Distrito de Saúde

| <i>Distritos/Entrevistados</i> | <i>CD/SMS</i> | <i>Diretor/Distrito</i> | <i>CD/Distrito</i> | <i>Diretor/EAS</i> | <i>CD/EAS</i> | <i>Total</i> |
|--------------------------------|---------------|-------------------------|--------------------|--------------------|---------------|--------------|
| <i>Norte</i> | ----- | 01 | 01 | 06 | 16 | 24 |
| <i>Sul</i> | 02 | 01 | 01 | 10 | 13 | 27 |
| <i>Leste</i> | ----- | 01 | 01 | 11 | 17 | 30 |
| <i>Oeste</i> | ----- | 01 | 01 | 10 | 13 | 25 |
| <i>Total</i> | 02 | 04 | 04 | 37 | 59 | 106 |

4.2.1. Análise Descritiva

Para a análise descritiva dos 106 sujeitos entrevistados, os mesmos foram divididos em dois grupos, a saber: grupo F, profissionais que ocupavam cargo com função

remunerada ou CD executando atividades administrativas (47 sujeitos) e grupo G, profissionais CD dos EAS (59 sujeitos), já exemplificadas na metodologia.

As informações obtidas com o grupo F foram:

- tempo no cargo atual: variou de < 1 ano até 25 anos, com maior número de sujeitos entre 1 a 2 anos, sendo que 35 sujeitos estavam no cargo há menos de 4 anos.

Lembrando que a gestão atual do município iniciou-se em 2005, pode-se inferir uma alta rotatividade dos sujeitos que compõem o serviço de saúde do município de Manaus.

- tempo de trabalho na SMS: oscilou entre 1 a 28 anos.

- formação: abrangeu Administrador (5), Assistente Social (4), Cirurgião-Dentista (11), Contador (2), Enfermeiro (12), Enfermeiro-Administrador (2), Farmacêutico-Bioquímico (4), Médico (6) e Filósofo-Jornalista-Advogado (1).

- participação em curso na área de gestão: apenas oito declaram não terem participado; dos que participaram, (39) citaram os cursos de Gerenciamento de Unidades de Saúde, Políticas de Saúde, Gestão do SUS e Políticas Públicas, Administração Hospitalar, Administração Hospitalar e Políticas Públicas de Saúde, Gestão de Recursos Humanos e Gestão de Serviços de Saúde, Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Saúde Pública, Informação em Saúde, Administração Hospitalar e Serviços de Saúde, MBA Gestão de Pessoas, MBA Gestão Empresarial, Epidemiologia, Gestão Hospitalar e de Serviços de Saúde.

- processo de habilitação do município: a maioria falou que o município estava habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, *“Estamos na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, deveríamos estar na plena do sistema (...) problemas políticos em virtude do poder (...). Os distritos já foram um grande avanço (...) a*

SEMSA atende média complexidade (...) faz, mas não recebe (...)” (sujeito B 1). Houve também relatos de que estava na Gestão Plena do Sistema Municipal, na Gestão da Atenção Básica, não sabia informar e que havia mudado com a implantação do Pacto pela Saúde. Concretamente, quase a totalidade dos sujeitos não se referiu ao Pacto pela Saúde, especificamente, ao Pacto de Gestão, demonstrando desconhecimento de que a assinatura do termo de compromisso de gestão substituiu o processo de habilitação estabelecido pela Norma Operacional Básica – NOB SUS 01/96 e Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 2002.

- estágio de descentralização da SMS: Alguns sujeitos informaram sobre os recém criados Distritos de Saúde relatando “*(...) a descentralização está só no papel, tudo está centralizado na SEMSA. O DISA é mais um local entre a ponta e a central, não resolve nada, não tem autonomia (...). Os diretores, nós, também não temos autonomia para nada (...) até o suprimento de fundo retiraram. Hoje está mais centralizado e burocrático*” (sujeito D 34).

“*(...) houve avanço, o distrito era apenas uma sala e hoje está funcionando em um prédio (...) tem folha de pagamento (...)*” (sujeito B 4).

“*A descentralização está engatinhando, o distrito não tem autonomia financeira, só administrativa (...) funciona como um intermediário (...)*” (sujeito D 1).

“*A descentralização não está funcionando em sua totalidade, o DISA não tem decisão*” (sujeito D 37).

“*O distrito não resolve nada, só repassa para SEMSA, então (...) eu vou direto na SEMSA. Durante todos esses anos que eu dirijo a unidade (...) o diretor do distrito nunca veio ver a unidade, não conhece a nossa realidade (...)*” (sujeito D 18).

“Com a implantação dos Distritos de Saúde, a área de saúde bucal não conseguiu funcionar a contento (...) funcionava melhor antes. O DISA passa por cima dos diretores, não respeitando a hierarquia, é um mero repassador de ordens da SEMSA, não tem autonomia. O DISA deveria supervisionar as unidades para ajudar os diretores, no entanto, nos deixa sozinhos para resolvermos os problemas que aparecem” (sujeito D 30).

De acordo com a Lei n. 8.080/90, no Capítulo III, Da Organização, da Direção e da Gestão, § 2º do Art. 10 diz que *“no nível municipal, o SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde”*. Dessa forma, fica evidente que os distritos de saúde têm papel fundamental na organização do Sistema Municipal de Saúde, tendo incumbência de implantar as políticas públicas de saúde, bem como de avaliar seus impactos na melhoria da situação de saúde e qualidade de vida na sua área de abrangência. No entanto, apreendeu-se, pelo enunciado dos sujeitos, que a implantação dos Distritos de Saúde não foi além de uma reforma administrativa, caracterizando segundo Mendes et al. (1994), uma concepção topográfico-burocrática que é a reprodução da regionalização administrativa das estruturas das SES, ou seja, existem fisicamente sem, contudo, alteraram o ponto crucial que é a mudança do paradigma assistencial. Ainda segundo esses mesmos autores, *“o que se busca com a construção dos distritos é redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e serviços de saúde, de modo a se responder às demandas da população, atender às necessidades de saúde e, fundamentalmente, contribuir para a solução dos problemas de saúde da população que vive e trabalha no espaço territorial e social do Distrito Sanitário”* (p.162).

A pergunta sobre como está inserida a saúde bucal no organograma da SMS, gerou respostas de completo desconhecimento, assim como de que estava somente na assistência, na assistência e vigilância, em uma coordenação em nível central e técnicos nos distritos, assessoria na central e técnicos nos distritos. Enfim, há um grande desencontro de informações, caracterizando necessidade de interação entre SMS, DISA e EAS conforme enunciado “(...) *não sei onde a saúde bucal está no atual organograma da SEMSA, existe uma coordenação central e, em cada distrito, (...) a área de saúde bucal na SEMSA está desorganizada (...)*” (sujeito D 30).

Em relação ao questionamento se há fluxo estruturado ou formalizado de referência e contra-referência para serviços de maior complexidade ou de apoio diagnóstico, cerca de metade dos entrevistados falou que não havia, existindo apenas um encaminhamento não dando garantia de atendimento para os CEO. Desses, alguns relataram ser um problema e que isto só seria resolvido com uma Central de Regulação, “*Estamos reunindo para estruturar a Central de Regulação e isto foi um grande passo. O Estado vai fazer a estrutura física e estamos elaborando os protocolos (...). A falta da Central de Regulação é um gargalo (...) o que se tem é um encaminhamento*” (sujeito D 36). Até o término da pesquisa não tinha sido implantada a Central de Regulação. A outra metade dos entrevistados falou que existia fluxo de referência, mas sempre se referia a encaminhamentos e, com relação à contrarreferência, a maioria falou que não existia.

As informações obtidas sobre recebimento de recursos referentes ao cadastramento de ESB na Estratégia Saúde da Família e noção de valores, recebimento de equipamentos enviados pelo MS e onde estão, demonstraram um total desconhecimento de tal assunto. A alegação que prevaleceu foi a de que esse assunto era de interesse do Programa Saúde da Família e que não eram repassadas informações dessa natureza nem pelo DISA nem

pela SMS. Um pequeno número de entrevistados relatou que o MS enviou consultórios odontológicos para os CEO, mas a quantidade de consultórios instalados não correspondia com as informações obtidas, e um número menor ainda de sujeitos relatou um valor aproximado de recursos referentes ao cadastramento de ESB na Estratégia Saúde da Família. Conforme descrito anteriormente, o MS, por meio de inúmeras portarias, pactuou recursos financeiros e consultórios odontológicos tanto para as ESB quanto para os CEO implantados. Outro fato importante que deve ser lembrado é que os diretores de distritos são responsáveis pela área de abrangência em que estão inseridos e os diretores de EAS, pela gestão de suas unidades.

A supervisão dos EAS foi outro item trabalhado com os entrevistados, podendo-se depreender que a mesma não existe, embora alguns tenham verbalizado que existe. O que existe são visitas técnicas por programa, sem periodicidade e de responsabilidade dos DISA.

“Até o momento não conseguimos fazer as visitas. Não sei, ainda, onde ficam todas as unidades. Geralmente, telefone para saber sobre a produção, se está baixa ou não (...) (sujeito C 4).

“(...) a supervisão é realizada somente quando os técnicos da unidade solicitam ou quando há problemas (...) (sujeito D 13).

“O que existe é uma supervisão da produção, do atendimento” (sujeito D 20).

“(...) não há periodicidade, devido à falta de carro (...). Chamamos de orientação técnica. Existe uma ficha para observar recurso físico, estrutura e alguns problemas da unidade” (sujeito C 1).

Em relação aos grupos e ações prioritizados no atual modelo de saúde bucal, basicamente obtiveram-se três tipos de respostas, a saber: não sei informar, não há prioridade e há prioridade. A alegação de não saber informar foi devido “*não haver ESB na área*” (sujeito D 19); os que disseram não haver prioridade acreditam que todos da área de abrangência devem ser atendidos e os que disseram haver prioridade relacionaram crianças de várias faixas etárias, gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos e escolares. Percebeu-se que o entendimento sobre novo modelo de saúde bucal é a ESB na Estratégia Saúde da Família, demonstrando um total desconhecimento de que o novo modelo abrange todo o serviço de saúde bucal.

As perguntas sobre material de consumo levaram a respostas de que o recebimento do material é de acordo com o tipo de material, podendo ser mensal, quadrimestral, semestral e anual. Existe um padrão do tipo de material a ser comprado e que o fato de ter um CD trabalhando no setor em questão, melhorou a qualidade dos mesmos e que, na atual gestão, não existe mais problema de falta de material de consumo. Ocorrendo tal fato, provavelmente foi devido à falta de planejamento, mas podem fazer pedido extra ou recorrem a unidades mais próximas.

A educação permanente ainda é um tema desconhecido para quase totalidade dos entrevistados, percebendo-se que a SMS e o DISA não trabalham essa proposta educativa que deve ser realizada no âmbito do trabalho, destinada a reflexão e intervenção sobre o processo de trabalho, direcionada a melhorar a qualidade dos serviços e das condições de trabalho. Ressalta-se que a educação permanente está explicitada na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a), sendo recomendada a responsabilidade conjunta das SMS e das SES.

Os CD dos EAS que formaram o grupo G trabalhavam na SMS em um período que variava de dois meses a 33 anos, nos diferentes tipos de EAS. Todos mantinham vínculo estatutário, com exceção dos EAS municipalizados que possuíam profissionais remunerados pela SES e com regime especial de trabalho (RET), a carga horária de trabalho variou de 20 a 40h semanais e 78% dos entrevistados não tinham participado de curso na área de saúde coletiva. O número de pessoas e famílias sob a responsabilidade das ESB variou muito entre uma equipe e outra. Alguns CD informaram que só trabalhavam com número de famílias, outros só trabalhavam com número de pessoas e alguns relataram ambos. Sobre essa questão o MS em sua Portaria n. 648/2006 normatiza para uma ESF o máximo de 4.000 habitantes e, em média, 3.000 habitantes e a Portaria n. 1.101/2002 estabelece de 750 a 1.000 famílias por ESF, assim como um CD/1.500 a 5.000 habitantes. Em relação ao número de pacientes atendidos por dia (turno) predominou o atendimento de 12 pacientes por CD, seguindo o que diz a Portaria n. 1.101/2002, em 1 h/3 pacientes atendidos (20 min./paciente), totalizando em um turno de 4h, 12 pacientes. Em alguns EAS localizados em bairros mais distantes, encontrou-se a situação do CD trabalhar três vezes por semana, tendo que compensar atendendo mais do que 12 pacientes por dia. Nos Prontos-Atendimentos existe CD trabalhando em um turno de 4h como se fosse serviço ambulatorial e CD trabalhando em forma de plantão de 12 horas diurno, atendendo urgência e fazendo, também, atendimento ambulatorial. Nos CEO, cada CD atende 5 pacientes por dia.

Sobre o planejamento das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, todos foram unânimes em dizer que era realizado, entretanto, não conseguiu ver nenhum registro desse planejamento nos arquivos dos distritos. Tal fato também se repetiu nos demais EAS, com exceção de dois EAS do distrito 3.

Ao perguntar-se se a SMS garantia infra-estrutura e equipamentos necessários para a resolubilidade das ações de saúde bucal nos EAS, em torno da metade dos sujeitos alegaram que não. As justificativas faladas foram com relação à insuficiência do quantitativo de instrumental odontológico para o número de CD, os equipamentos que apresentam defeito e demoram a ser devolvidos, a falta de material educativo e de não haver espaço para os CD nos Estabelecimentos Saúde da Família. Os que relataram que sim, alegaram que houve melhoria do material de consumo em termos de qualidade e quantidade.

As respostas em relação ao fluxo estruturado ou formalizado de referência e contra-referência, assim como o da supervisão foram semelhantes às do grupo F.

Ao se perguntar sobre os grupos e ações priorizados no atual modelo de saúde bucal, obtiveram-se respostas de que *“não sei informar”* (sujeito E 14), *“todos da área de abrangência são prioritários”* (sujeito E 3), *“não tinha e continua não tendo”* (sujeito E 22), *“os grupos priorizados são os idosos, gestantes e pacientes especiais”* (sujeito E 48), *“acredito que a prioridade seja grupos de família”* (sujeito E 23), *“gestantes, hipertensos e diabéticos”* (sujeito E 37), *“atendo todos da área (...), mas se houver necessidade atendo gestantes, pacientes especiais”* (sujeito E 43), *“(...) crianças de 0 a 5 anos, 6 a 14, adultos de 15 a 59 (...). Não sobra espaço para gestante, idosos, então incluo eles com os adultos, o mesmo acontece com os hipertensos e diabéticos”* (sujeito E 45), *“grupos de 0 a 14 anos”* (sujeito E 20), *“grupos de 0 a 2 anos, 3 a 5, 6 a 7 anos 8 a 12 anos, hipertenso, diabético, grávidas, idosos (...)”* (sujeito E 35), outras respostas incluíam, também, *“adolescente”*, *“saúde da mulher”*, *“saúde do homem”*, *“escolares”*, *“portadores de tuberculose”*, *“portadores de hanseníase”*. Essa variedade de respostas

revela a falta de planejamento, falta de comunicação entre DISA e EAS e que cada profissional estabelece por conta própria suas prioridades ou não.

A educação permanente é um tema desconhecido e de difícil compreensão para grande maioria dos entrevistados. Provavelmente, devido ao fato de não ser trabalhado pela SMS, DISA e EAS.

4.2.2. Análise Qualitativa

Das perguntas que compunham o questionário, optou-se por analisar as questões sobre o modelo atual de atenção à saúde bucal e seu processo de gestão, mudanças no modelo atual, processo de trabalho e utilização de dados produzidos para alimentação do sistema de informação. Das respostas dos entrevistados, construíram-se categorias expressas nos quadros 12, 13, 14 e 15, as quais foram trabalhadas permitindo compreender o contexto organizacional local.

- Modelo de Atenção à Saúde Bucal e seu Processo de Gestão

A abordagem sobre o modelo atual de saúde bucal remete a uma busca do entendimento por parte dos sujeitos sobre a mudança do paradigma curativo-biológico para o da promoção desenhado no Brasil, mais precisamente a partir de 1988 e posteriormente com a inclusão da ESB na Estratégia Saúde da Família. Em relação ao processo de gestão, entende-se como criação e utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios da organização da política de saúde. As respostas são sugestivas do pouco entendimento dos sujeitos sobre o atual modelo de saúde bucal e seu processo de gestão, mas congruentes com as informações de que não são chamados a participar do planejamento (85 sujeitos), sendo considerado “*um dado pronto, só para cumprir*” (CD e Diretores dos EAS), vertical e autoritário. Os instrumentos de gestão que norteiam o

planejamento como Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão são ferramentas desconhecidas para a maioria dos entrevistados, não se sabendo das prioridades, metas e estratégias estipuladas para o município, conseqüentemente, as ações são desenvolvidas sem planejamento. De uma forma geral, a preocupação maior é alcançar as metas estipuladas pela SMS quanto à quantidade de procedimentos.

Tais resultados levam a recapitular o papel da odontologia até há bem pouco tempo no contexto brasileiro. A visão que se tem dessa área é de formar um profissional com grande habilidade manual para realizar ações puramente curativas na cavidade bucal, elitizada e longe de cumprir o seu papel social enquanto ciência da saúde. Essa descrição tem a ver com o modelo hegemônico vigente, possuidor de características como uso de uma tecnologia complexa e sofisticada, com enfoque curativo, de caráter mercantilista, monopolista pela resistência à utilização de pessoal auxiliar na odontologia, ineficaz, devido ao alto custo e baixo rendimento, descoordenado e de baixa cobertura.

A permanência da odontologia tradicional vem se perpetuando, ainda que, desde os anos 60 e 70 nos países desenvolvidos, tenha se percebido a ineficácia desse modelo. As instituições formadoras também têm sido responsabilizadas por continuarem adotando currículos na contramão dos novos conhecimentos, por fomentarem as especializações que não se intercomunicam para tratar o usuário dentro do princípio da integralidade (WEYNE, 1997), por não formarem profissionais com conhecimento adequado sobre o SUS.

Não se pode negar que já existem mudanças, embora incipientes, na área da odontologia, como por exemplo, aplicação de técnicas clínicas menos invasivas, a prática da promoção de saúde, prevenção em saúde bucal e reabilitação sem a clássica

dicotomia preventivo x curativo, a percepção de que as ações coletivas são tão importantes quanto às individuais, a compreensão da importância de se tratar o usuário como um todo, a visão da saúde bucal coletiva como um avanço na compreensão no campo das práticas odontológicas.

Pode-se inferir que a fala dos sujeitos sobre o modelo atual de saúde bucal e seu processo de gestão, de uma forma geral, expressa, embora não verbalizada, lacunas na formação acadêmica e na capacitação oferecida pelas secretarias de saúde aos seus profissionais, seja de gerenciamento dos EAS, seja o introdutório dispensado para os egressos no serviço de saúde público. Aqueles que demonstraram conhecimento sobre as questões levantadas já o trouxeram para o serviço, ou seja, são profissionais com um perfil voltado para o coletivo que se engajam na busca de mais conhecimento do SUS, das ESB na Estratégia Saúde da Família e sobre a atenção à saúde bucal.

Quanto às formas de organização do atendimento, 67 entrevistados relataram ser por “*demanda espontânea*”, alegando sua predominância. Esse dado é coerente com a trajetória dos serviços de assistência odontológica, mas não com a proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde bucal a partir da Estratégia Saúde da Família.

Durante as visitas aos EAS observou-se que a organização do atendimento se processa de diferentes formas nos diversos tipos de EAS. Nas UBS e Policlínicas é por demanda espontânea, ficando o usuário na fila para pegar ficha de primeira vez e, dependendo das suas necessidades, pode ser agendado. O atendimento é feito por ordem de chegada ou marcado por hora. Ou, independentemente de sua necessidade, vai para a fila tentar pegar ficha toda vez que necessitar de atendimento odontológico. Os procedimentos realizados são os da atenção básica, embora se entenda que nas Policlínicas deveriam

ser realizados atendimentos especializados. Nas UBS/ESF e Módulos de Saúde da Família, é estabelecido que primeiramente se faça o cadastro da família pelos ACS para depois serem agendados para o CD. No entanto, tal fato não impede a demanda espontânea a esses estabelecimentos, ficando a cargo dos profissionais, dependendo do caso, o agendamento para ser atendido no EAS ou somente o repasse de informações.

Nos CEO, o atendimento é a partir da referência dos outros tipos de unidades, não há demanda espontânea. Nos estabelecimentos de Pronto-Atendimento, as entrevistas mostraram que há um consenso entre os responsáveis pela área de saúde bucal na SMS, nos distritos e diretores de estabelecimentos de que o número de usuários de urgência em odontologia é pequeno. Assim, a marcação de consulta é feita para atendimento ambulatorial e existem fichas reservadas para o atendimento de urgência.

A organização do atendimento para tratamento odontológico no serviço público tem se constituído como um grande problema a ser resolvido pelos gestores. Sabe-se que devem ser consideradas as prioridades para o acesso aos serviços de saúde bucal, mas o que se observa na maioria das vezes é o atendimento de emergência ou o usuário chegando cedo ao estabelecimento para pegar uma ficha, podendo ficar agendado ou não para a continuação do tratamento. Na visão de Pimentel e Ferreira (1998), atender um usuário sem que o mesmo tenha necessidade de intervenção cirúrgico-restauradora, e não atender um usuário com dor aguda, porque esse chegou cedo ao EAS conseguindo ser o primeiro da fila ou por ter seu nome por primeiro de uma lista de espera, não é justo e nem ético.

Um dado interessante é a culpabilização do usuário por parte dos entrevistados pela grande demanda espontânea nos EAS. Ele é o responsável por ter a “saúde bucal comprometida”, por “madrugar nos EAS”, por “não procurar o serviço de saúde bucal

precocemente”, por “*não dar continuidade ao tratamento*” (falta à consulta agendada), por “*não dar importância para as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças bucais, preferindo somente a assistência*”, ou seja, o ato cirúrgico.

Essa falta de cuidado com a saúde bucal é interpretada por alguns CD como de “*ordem cultural*”, não sendo explicitado em nenhum momento o sentido cultural, mas percebida como estilo de vida ou padrões de comportamento, independente de ter ou não informação sobre o cuidado em saúde bucal. Esse posicionamento banaliza as práticas de educação em saúde, desconsiderando a complexidade que envolve o processo saúde-doença.

Tendo demonstrado o panorama da porta de entrada dos usuários ao serviço odontológico no município de Manaus, passa-se a falar do acolhimento que

“é o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança entre profissionais do sistema de saúde e usuários (...) entendida como essencial ao processo de co-produção da saúde, sob os princípios (...) do SUS (universalidade, integralidade e equidade). A recepção nas unidades e serviços de saúde é estratégica para o acolhimento, pois é quando se dá, muitas vezes, o primeiro contato com o sistema. Na recepção, o acolhimento deve ser feito por equipes multidisciplinares, que devem se responsabilizar integralmente pelo usuário, atendendo-o com atenção solidária e encaminhando a resolução de suas necessidades e demandas, informando-o dos limites e possibilidades do sistema e estabelecendo, (...), a articulação com outros serviços de forma que haja resolutividade e continuidade no atendimento. O critério da recepção deve ser (...) cada caso merece a atenção devida, de acordo com o grau de sofrimento do usuário e do agravo que se manifesta. (...) permite, também, a redução das filas, a ampliação do acesso e tece ou reforça o vínculo do usuário com a equipe. Nos demais passos do atendimento, as mesmas atitudes de solidariedade e dedicação à boa resolutividade devem ser observadas e traduzidas em atenção às condições do ambiente e aos processos de trabalho, de forma a preservar o bem-estar dos usuários e de seus acompanhantes, garantindo que estejam bem informados e orientados. (...) aspectos que qualificam o acolhimento podem ser frequentemente, resolvidos com a boa disposição e a atenção da equipe e dos dirigentes das unidades de Saúde” (BRASIL, 2009f).

Durante as falas e nas observações, o acolhimento, tal como é concebido, não foi expresso, sentido nem observado, mostrando a necessidade de ser trabalhado pela SMS, DISA e por todos os profissionais como item fundamental na porta de entrada do serviço.

Assim como no presente estudo, outros estudos feitos sobre o acolhimento têm mostrado o quanto ainda se está distante de alcançar essa diretriz. No estudo de Franco et al. (1999), o acolhimento é compreendido como base para inversão do modelo tecno-assistencial, ou seja, da lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde. Para tanto, relatam a experiência de Betim – MG, após um ano de implantação do acolhimento em toda a rede de serviços, e apontam alguns desafios a serem superados para que se tenha realmente uma inversão do modelo assistencial hegemônico como: participação efetiva do profissional médico no acolhimento, agenda flexível de consultas médicas e arranjo conciliatório entre as atividades individuais e coletivas, ou seja, internas e externas da unidade de saúde.

Entendendo também o acolhimento como instrumento para a reorganização da atenção à saúde, Fracoli e Zoboli (2004) descreveram como vem sendo desenvolvido o acolhimento nas Unidades de Saúde da Família no município de São Paulo, a partir de observações e entrevistas semiestruturadas. Em linhas gerais, concluíram que o acolhimento realizado não se baseia nas propostas do SUS, e sim no modelo hegemônico.

Compreendendo o acolhimento *“como uma possibilidade de construir uma nova prática em saúde, compreendendo-o como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca; desde a recepção e o atendimento*

individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta”, Santos et al. (2007, p. 75) buscaram, em uma pesquisa com abordagem qualitativa, analisar as relações estabelecidas entre a equipe de saúde bucal e os usuários do PSF, no município de Alagoinhas - BA. Concluíram pela necessidade de mudar a prática do CD, centrada na queixa e com baixa resolutividade, tendo como consequência tensões e insatisfações tanto da parte do CD quanto do usuário.

Ainda sobre o modelo atual de atenção à saúde bucal e seu processo de gestão, partiu-se do pressuposto que a categoria acesso é *“fundamental, independente das justificativas que possam ser dadas para sua não-efetivação (custos excessivos, habilidade técnica, características da organização, etc.), devendo funcionar como uma categoria-valor, ou seja, uma referência a ser atingida em qualquer serviço e ser o orientador de todas as políticas”* (HORTALE et al., 2000, p. 232). No presente estudo, utiliza-se o conceito de acesso de Andersen (apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004) (...) *“se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento”* (p. S191).

Nas falas, dependendo do tipo de EAS, observou-se desconhecimento sobre a forma de acesso do usuário ao serviço de saúde bucal e que o mesmo ainda está centrado no modelo hegemônico, ou seja, em cima da queixa, dos sintomas físicos ou ainda que o acesso se dê por intermédio do ACS, que se vê prejudicado pela grande demanda.

Em relação ao acesso à atenção básica, além de algumas respostas terem sido que *“não sabia informar”*, houve registro do *“ACS como responsável pelo acesso”*, assim com também a partir do *“CD em visitas”*. Sobre o acesso à atenção especializada/média complexidade, o desconhecimento ainda é presente, assim como a informação de que *“o usuário repassa aos profissionais sobre o estrangulamento, principalmente na área de*

endodontia”, e sobre a “*melhoria do acesso à atenção especializada em virtude da implantação dos CEO*”.

A figura do ACS foi um sujeito bastante citado nas falas, aparecendo ora sendo muito importante para as atividades do CD na comunidade, ora por estar extrapolando sua competência, por exemplo, “*agendar usuário para o CD*” e “*direcionar para o atendimento individual somente seus conhecidos*”. Tais afirmativas apontam para uma falta de conhecimento do papel do ACS na Estratégia Saúde da Família e em particular junto a ESB, havendo necessidade de encontros entre todos os membros da Estratégia Saúde da Família para se discutir as ações de cada categoria e, se for o caso, redirecioná-las para que, realmente, haja um trabalho de equipe efetivo, voltado para a população.

Notou-se, com raras exceções, um desconhecimento sobre as mudanças ocorridas no modelo de atenção à saúde bucal em Manaus. As falas estão centradas no modelo hegemônico curativo-biológico, os diversos tipos de EAS não interagem entre si, os profissionais CD encontram-se desmotivados, seja devido ao fato de quererem trabalhar a prevenção e serem direcionados ao ato assistencial, curativo, seja porque não acreditam em ações coletivas e são obrigados a realizá-las, mesmo em pequena proporção. Além disso, não se observou nenhuma ação da SMS para reverter tal situação.

A inserção da ESB na Estratégia Saúde da Família é vista como algo à parte como se fosse mais um tipo de EAS e não como a porta de entrada das ações de saúde bucal na atenção básica, com responsabilidade de fazer acontecer a referência à atenção especializada, em caso de necessidade. Nota-se claramente um paralelismo em termos das ações de saúde bucal, ou seja, a reorganização das ações de saúde bucal na atenção

básica, a partir das ESB na Estratégia de Saúde da Família, ainda não se efetivou no município de Manaus. Existe o CD que é lotado na Estratégia Saúde da Família e existe o CD que está em um tipo de EAS denominado de Centro de Saúde, que executa procedimentos da atenção básica, que trabalha 20h semanais, não trabalha com população adscrita e que, com raras exceções, executa procedimentos coletivos de prevenção. No entanto, não há integração entre os mesmos, existindo alguns diretores de EAS que dizem “*não sei informar nada sobre as ESB na Estratégia Saúde da Família*”, gerando tipos diferentes de acesso aos serviços de saúde bucal para executar os mesmos procedimentos. Assim como há, também, o CD no pronto-atendimento que pratica ambulatório executando ações básicas, o que interfere no pensar do princípio da integralidade. Conclui-se que, na prática vivenciada no município de Manaus, esse princípio ainda está distante de acontecer, perpetuando-se as ações estanques, fragmentadas, fazendo com que o CD continue isolado, distante de ser, antes de tudo, um profissional de saúde.

No início do trabalho de campo, diretores e CD comentaram que “*haveria mudanças na distribuição das ESB dos EAS, onde a proposta da SMS seria de deslocar as ESB para as escolas municipais*”. A maioria dos CD “*não se mostrava favorável a tal mudança, por consideraram que haveria perda de vínculo com a população adscrita, prejuízo na integração da ESB com a ESF e da integralidade com que o usuário deve ser olhado*”. Apenas uma pequena fração de CD considerava-a “*favorável, por gostarem de trabalhar mais com ações assistenciais individuais do que com ações de promoção e prevenção coletivas*”. Esta mudança começou a acontecer durante o trabalho de campo e não conseguiu se concretizar em sua totalidade até o término do presente estudo. Para a organização do serviço de saúde bucal, acabou gerando uma descontinuidade das

ações que estavam sendo empregadas até o momento, em que as ESB que foram deslocadas para as escolas que tinham consultório odontológico tiveram que adequar suas ações, as que foram para as escolas que não tinham consultório odontológico tiveram suas ações paralisadas no EAS de origem e ficaram fazendo somente palestras para os escolares, assim como havia CD que não aceitaram a mudança e continuaram suas atividades normais nos EAS de origem, e as ESB que não sabiam se seriam deslocadas para uma escola ou não.

A mudança referida acima tem relação com o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2009g), resultante de uma integração entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, com o objetivo de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da Rede Pública de Ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede federal de educação profissional e tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (EJA). Nos municípios prioritários foi feito um cruzamento com a cobertura de 100% da Estratégia Saúde da Família nesses municípios, resultando numa lista de 647 municípios (dados de abril de 2008). Posteriormente, serão contempladas as escolas localizadas nos municípios do Programa Mais Educação, que são capitais e grandes cidades de regiões metropolitanas, onde será possível a adesão ao PSE, mediante o número de ESF implantadas, na proporção de uma Equipe Saúde da Família para uma Escola Pública (1:1). Os componentes do PSE são avaliação das condições de saúde; promoção da saúde e prevenção; educação permanente e capacitação dos profissionais e de jovens; monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes.

A avaliação das condições de saúde refere-se à atenção clínica, sendo realizada por meio de avaliação clínica e psicossocial, da atualização do calendário vacinal, da

detecção precoce da hipertensão arterial sistêmica, da avaliação oftalmológica, auditiva, nutricional e da saúde bucal. A promoção da saúde e prevenção se efetivará por meio de ações: (1) de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, buscando a melhora nutricional dos escolares; (2) promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas, estimulando-os a fazê-los como uma escolha, uma atitude frente à vida; (3) educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS, ações de prevenção de gravidez na adolescência; (4) prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; e, (5) promoção da cultura de paz e das violências. A educação permanente e capacitação dos profissionais de educação e de jovens prevêem abordagem dos temas da saúde e constituição das equipes de saúde que atuarão nos territórios do PSE. O monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes terão duas ações, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), que é amostral e tem como foco os jovens estudantes de 13 a 15 anos, abordando o perfil socioeconômico, alimentação, atividade física, cigarro, álcool e outras drogas, situações em casa e na escola, saúde sexual, segurança, saúde bucal, e imagem corporal. A segunda é o Encarte Saúde no Censo Escolar (Censo da Educação Básica), elaborado e aplicado no contexto do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) desde 2005. Entre as responsabilidades do Ministério da Educação no PSE estão a aquisição e distribuição de materiais impressos e equipamentos para o desenvolvimento das ações previstas no Programa.

Com o objetivo de apoiar os municípios no desenvolvimento das ações de atenção básica à saúde prevista no PSE, o MS propôs a criação do Incentivo PSE, que se constituirá em uma parcela extra do incentivo mensal às ESF e ESB que atuam no Programa. Será pago em uma única parcela no último trimestre de cada ano, com base

no número de ESF cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES.

O PSE no município de Manaus começou em 2008 com o deslocamento das ESB dos EAS para as escolas públicas municipais que tinham consultório odontológico ou, se não tinham, estavam providenciando a instalação. A lógica do desenvolvimento das ações de saúde bucal tinha como base que, em um turno, seriam atendidos os alunos da escola e, no outro turno, a população adscrita da área da ESB. Dos cinco dias da semana com dois turnos de trabalho, totalizando dez turnos, dois seriam destinados para ESB desenvolver ações de promoção de saúde bucal e prevenção das doenças bucais na sua área de abrangência, sendo que um desses dois turnos seria para o CD levar o mapa de sua produção semanal e assinar frequência no Distrito de Saúde. A maioria dos CD achava “*uma descaracterização da Estratégia Saúde da Família*”, havendo, entretanto, CD que aceitou sem reclamar, pois “*achava muito bom voltar a trabalhar com escolar*”. Há que se lembrar que no PSE não existe nenhuma menção de assistência odontológica individual, o que está em consonância com o que diz Narvai (2008, p. 67):

“a escola deve mesmo ser um espaço para ações de saúde. Mas isso não significa que ações terapêuticas odontológicas, que impliquem algum tipo de cirurgia, devam ser realizadas nesses ambientes. Tais ações devem ser realizadas em ambientes que lhes sejam adequados, sob estrita observância de princípios de biossegurança. E esses ambientes não estão nas escolas, mas em unidades de saúde, sejam ambulatoriais ou hospitalares, o que torna crucial desenvolver, em cada local, modelos de atenção à saúde bucal adequados às diferentes realidades”.

Quadro 12 – Modelo atual de saúde bucal e processo de gestão - questões trabalhadas das entrevistas, categorias emergidas e respostas obtidas

| Respostas | N | % |
|--|-------------------------|-----------------------------------|
| ➤ Desconhecimento: ✓ Não sabe informar | 23 | 21,7 |
| ➤ Demanda espontânea: ✓ Era e permanece predominante ✓ Era predominante, mas não é mais | 68 15 | 81,9 18,1 |
| ➤ Acesso: ✓ Não sabe informar nada sobre qualquer tipo de acesso ✓ A partir de demanda espontânea ✓ A partir de agendamento pelo ACS ✓ Prejudicado pela demanda excessiva | 12 20 36 15 | 14,4 28,2 50,7 21,1 |
| ➤ Acesso do usuário a ESB: ✓ Não sabe ✓ Por meio do ACS ✓ CD em visita | 21 27 23 | 29,6 54,0 46,0 |
| ➤ Acesso do usuário a atenção especializada: ✓ Não sabe ✓ Usuário informa estrangulamento ✓ Melhorou | 20 22 29 | 28,2 43,1 56,7 |
| ➤ Planejamento das ações de saúde bucal ✓ Pacotes de ações prontos ✓ Planejamento não participativo ✓ Afastado da rotina de serviço ✓ Não estava atuando na atenção básica ✓ Planejamento participativo | 10 56 7 2 8 | 12,0 67,5 8,4 2,4 9,6 |

Para cálculo de % foram considerados apenas os sujeitos que souberam informar

- Mudanças com o Modelo de Atenção à Saúde Bucal

Em relação à mudança que ocorreu com a implantação do atual modelo de atenção à saúde bucal, de modo geral, as respostas reproduziram o padrão de desconhecimento ou não enunciação do que seria o novo modelo. As razões referidas para a mudança observada remetem a outros temas de forma indireta, por exemplo, as mudanças sentidas foram devidas ao “*abastecimento de insumos ter melhorado*”, ou seja, não houve falta de material de consumo odontológico, ou porque os “*usuários estão melhorando seus hábitos de higiene bucal*”.

O enunciado, a pausa durante a entrevista, o silêncio, a devolução da pergunta à pesquisadora, descortinam a dificuldade dos sujeitos pesquisados em romper com o

modelo hegemônico na área da saúde. A mudança de postura que o atual profissional de saúde deve ter, expõe-no perante uma comunidade, tira-o do seu invólucro, das quatro paredes de uma sala, de um consultório, sendo fundamental o compartilhar com diversos sujeitos, quer seja a população quer seja a equipe de trabalho. Percebeu-se, em algumas ocasiões, que existe perfil inadequado de alguns profissionais para trabalhar no serviço público, interessados apenas em complementar sua renda, oferecendo um serviço de baixa qualidade e dedicação mínima, respaldados, com bastante ênfase, pela “*baixa remuneração*” e que os “*gestores só estão interessados em números e não na saúde da população*”; em outras, uma vontade de acertar, mesclada a um sentimento de impotência, de desorientação para assimilar tantas mudanças, na maioria das vezes, desprovidas de um planejamento adequado.

Constatou-se, também, o desconhecimento, por uma grande parte dos sujeitos entrevistados, sobre o SUS, gerando conceitos equivocados, distorcidos sobre o mesmo. Martins et al. (2009) concluíram, em seu estudo, pela necessidade de promoção de cursos a respeito da base conceitual e filosófica do SUS, tanto para os coordenadores de saúde bucal quanto para os CD do serviço público, bem como mudanças na grade curricular das instituições de ensino, com o intuito de formar profissionais capacitados para desenvolver ações de acordo com as reais necessidades de saúde da população brasileira.

Quadro 13 – Mudança no modelo de saúde bucal - questões trabalhadas das entrevistas, categorias emergidas e respostas obtidas

| Respostas | N | % |
|--|----|------|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Não percebe mudança: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Não ocorreu mudança ✓ É muito cedo para observar mudanças | 32 | 33,3 |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ É muito cedo para observar mudanças | 10 | 10,4 |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Não sabe dizer | 10 | 9,4 |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Percebe mudança: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhoria dos insumos e equipamentos ✓ Melhoria por dotar ESF com CD ✓ Melhoria dos hábitos de higiene dos usuários e maior interesse pela saúde bucal ✓ Ênfase na informação e prevenção propiciada pela ESF ✓ Visitas domiciliares feitas pelos CD, gerando vínculo e priorização de necessidades ✓ Implantação da atenção especializada (CEO) | 5 | 9,2 |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhoria por dotar ESF com CD | 5 | 9,2 |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhoria dos hábitos de higiene dos usuários e maior interesse pela saúde bucal | 11 | 20,4 |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ênfase na informação e prevenção propiciada pela ESF | 13 | 24,1 |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Visitas domiciliares feitas pelos CD, gerando vínculo e priorização de necessidades | 11 | 20,4 |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implantação da atenção especializada (CEO) | 9 | 16,7 |

Para cálculo de % foram considerados apenas os sujeitos que souberam informar

- Utilização do Sistema de Informação

No que diz respeito à utilização dos dados gerados pelo serviço, as falas “*de que servem para cobrança*” demonstram uma clareza que os entrevistados têm sobre a cobrança de procedimentos e suas rotinas, assim como a relação que fazem entre as metas e a cobrança de desempenho. As metas surgem nas falas não como parte de um plano de ação para melhor atender às necessidades dos usuários e sim como instrumento de coerção, fiscalização dos profissionais. Provavelmente, tal entendimento seja devido ao fato de que, nas reuniões conduzidas, quer seja pelo corpo técnico da SMS quer seja pelo corpo técnico dos distritos, é voltado para se saber o porquê do não cumprimento das metas estabelecidas pela SMS, não havendo preocupação com a qualidade do atendimento. Interessante, também, é o surgimento do MS como o grande censor do sistema de saúde.

Esses dados remetem à necessidade dos gestores utilizarem melhor as informações geradas pelos sistemas de informações para que possam traduzi-las em indicadores confiáveis e úteis para o fortalecimento de suas gestões.

Quanto aos dados epidemiológicos, identifica-se a sua não existência, seja por não estar preenchido no prontuário seja por estar preenchido e não consolidado, ficando guardado com os próprios CD ou arquivados na SMS ou nos distritos. Isso é um aspecto preocupante, pois, de acordo com Feuerwerker (2005, p. 494), *“a epidemiologia é a principal ferramenta para o planejamento local e para a definição/identificação dos problemas prioritários, que são a base para a articulação das ações e práticas em saúde (...)”*.

A constatação desses fatos deixa evidente que o planejamento é elaborado sem conhecimento da realidade local, com conseqüente desenvolvimento de ações que não surtirão em impacto positivo para a saúde da população.

Quadro 14– Utilização dos dados - questões trabalhadas das entrevistas, categorias emergidas e respostas obtidas

| Utilização dos dados | Respostas | N | % |
|--|---|------|------|
| <ul style="list-style-type: none"> • SIAB e SIA/SUS • Epidemiológicos | Não sabe informar | 26 | 24,5 |
| | ➤ Servem para cobrança: | | |
| | ✓ procedimento para pagamento | 25 | 31,3 |
| | ✓ produtividade dos profissionais (metas) | 40 | 50,0 |
| | ➤ Planejamento e avaliação: | | |
| ✓ Saber as condições de saúde da população | 15 | 18,8 | |
| ✓ Não é realizado / não recebeu solicitação para gerar dados epidemiológicos | 9 | 11,2 | |
| ✓ Determinar prioridades de ação / fazer planejamento anual | 14 | 17,5 | |
| ✓ Os dados existem, mas não são sistematizados, analisados e utilizados para orientar a ação / não tem utilidade | 12 | 15,0 | |

Para cálculo de % foram considerados apenas os sujeitos que souberam informar

- Processo de Trabalho

O processo de trabalho foi outra categoria identificada nas falas dos entrevistados, quando discorreram sobre a inserção da ESB na Estratégia Saúde da Família. Partiu-se do entendimento de que o processo de trabalho em saúde compartilha características comuns a outros processos de trabalho de diferentes setores. O foco central trabalhado foi a produção dos serviços, entendendo-o como um processo de produção do cuidado. O termo integração (dito e observado) é *“quando existe uma relação amigável entre os membros da equipe”*, e não que trabalhem de forma integrada buscando a integralidade da atenção. Foi expressa de forma bastante frequente a ideia de que não pode haver integração em uma equipe que foi pensada em que *“o médico é a figura hegemônica”*, que *“não existe espaço físico para as atividades assistenciais odontológicas individuais serem realizadas”*, que *“há diferenças salariais entre os profissionais de nível superior”* e que os *“Agentes Comunitários de Saúde (ACS) veem a entrada da ESB na ESF como uma carga maior de trabalho para eles”*. Outro comentário importante ouvido e percebido é a desarticulação existente entre a ESB e os outros níveis da rede, principalmente entre os serviços de pronto-atendimento e ESB e em menor escala entre a ESB e CEO. Há relatos de que *“o serviço de pronto-atendimento não resolve nada”*, direcionando os usuários com suas queixas de emergência para serem sanadas pela ESB, assim como há relatos de que o CEO exige determinados procedimentos prévios a serem realizados pelo CD da ESB para atenderem os usuários que necessitam de atenção especializada e vice-versa, de que o CD da Estratégia Saúde da Família não

realiza procedimentos odontológicos básicos como remoção dos focos (raízes ou dentes que precisem ser extraídos), restauração dos dentes e controle do biofilme dental⁸.

Os vários enunciados dos diferentes sujeitos envolvidos com o serviço de atenção à saúde bucal no município de Manaus mostraram-se coerentes com os de Costa-e-Silva et al. (2007), que descreveram uma experiência de integração entre serviços de saúde - Projeto Integrar, em Vitória, Espírito Santo, Brasil, e analisaram sua contribuição para o desenvolvimento de práticas de cuidado integral. A partir dos resultados obtidos, concluíram que, embora o centro de especialidades tenha aumentado o acesso dos moradores ao nível secundário de atenção, o processo de trabalho continuava centrado no atendimento individual e fragmentado, isto é, centrado em procedimentos e não na produção da saúde.

No processo de trabalho em saúde há que se considerar o impacto que as recentes mudanças no plano mundial trouxeram para o seu desenvolvimento prático. A noção de equipe de saúde precisa ser entendida não com uma justaposição e sim como uma articulação e integração de diferentes processos de trabalho (PEDUZZI; PALMA, 2000; PEDUZZI, 2002). Em um trabalho de equipe é preciso enfrentar as diferenças, buscando um avanço da democratização e da ética nas relações de trabalho e no próprio trabalho produzido (TESTA 1995 apud PEDUZZI, 2002).

⁸ Agregado de bactérias imersas em uma substância amorfa denominada matriz composta de componentes orgânicos e inorgânicos (NIKIFORUK, 1985).

Quadro 15 – *Processo de trabalho - questões trabalhadas das entrevistas, categorias emergidas e respostas obtidas*

| Processo de trabalho | Respostas | N | % |
|-----------------------|---|----|------|
| • Produção do cuidado | ➤ Não sei informar | 13 | 12,3 |
| | ➤ Integração: | | |
| | ✓ Entre CD/ESF | 26 | 65,0 |
| | ✓ Entre CD e outros membros da ESF | 14 | 35,0 |
| | ➤ Desintegração: | | |
| | ✓ Entre CD/ESF | 22 | 41,5 |
| | ✓ Entre CD e outros membros da ESF | 17 | 32,1 |
| | ✓ Entre ESF/ESB e outros níveis da rede | 14 | 26,4 |

Para cálculo de % foram considerados apenas os sujeitos que souberam informar

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Seguindo a lógica da estrutura da tese em questão, optou-se por fazer as considerações finais e as recomendações para o município estudado a partir do referencial teórico abordado e, em seguida, sobre os objetivos propostos.

A partir do histórico da construção do modelo de atenção em saúde bucal, a Saúde Bucal Coletiva construída com uma visão holística, observando os determinantes socioambientais de saúde que permeiam o sujeito, o coletivo e, entendendo a promoção da saúde como uma das principais estratégias para impactar positivamente no controle de doenças e, por conseguinte, na manutenção da saúde geral, não conseguiu ser incorporada na prática dos serviços, existindo predomínio forte da assistência odontológica e não da atenção à saúde bucal, com uma clara dicotomia entre preventivo-curativo, assim como o CD trabalhando, em sua grande maioria, isolado em seu consultório odontológico.

Em relação à inserção da ESB na Estratégia Saúde da Família, foi uma ação tardia, a partir de 2005, podendo ser considerada ainda incipiente, mas com perspectiva de crescimento. No entanto, precisa ser reestruturada, para seguir de fato os princípios que nortearam a inclusão das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família como: caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição da clientela e equipe multiprofissional, evitando a fragmentação do atendimento, a supremacia do profissional médico, a distorção salarial entre os profissionais de nível superior e a visão distorcida que compete a cada nível de EAS. Em suma, recomenda-se em caráter urgente, a reconstrução do processo de trabalho pelo conjunto de gestores e

profissionais dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, para que, de fato, seja alcançada a produção do cuidado em saúde bucal.

O serviço de atenção média/alta complexidade em saúde bucal que corresponde à oferta de tratamento em especialidades odontológicas pode ser considerado um avanço na perspectiva de se pensar a continuação do cuidado em saúde, ou seja, a integralidade. Entretanto, deve ser considerada a necessidade do serviço existente, bem como dos próximos a ser implantados, se adequarem aos critérios e normas preestabelecidos para os mesmos, bem como a inserção de uma Central de Regulação para articulação entre os diversos níveis de complexidade.

A avaliação em saúde, tema bastante atual e pertinente, pode ser considerado, no município de Manaus, como uma necessidade para que os serviços de saúde bucal garantam a resolutividade, a integralidade, evitando a implantação de serviços ociosos ou ineficazes, fragmentados, em desacordo com os princípios do SUS. Dessa forma, recomenda-se que os gestores nos diversos níveis de hierarquia, pensem a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral, idéia defendida no cenário nacional desde 1986, na I Conferência Nacional de Saúde Bucal.

No novo ambiente formado pela sociedade atual, para um serviço de saúde ser implantado, parte-se da premissa de que foi realizado um planejamento, estratégico e situacional. No entanto, o que se constatou foi uma visão burocrática do planejamento, ou seja, apenas uma formalidade a ser cumprida pelo gestor que está no comando do município. Assim, os serviços de atenção à saúde bucal no município de Manaus, a partir do modelo lógico elaborado, não consegue colocar, na prática, as diversas etapas necessárias para atingir efetivamente o impacto de redução dos índices epidemiológicos das doenças que acometem a cavidade bucal.

Quanto ao tripé que constitui um sistema de saúde local, destaca-se que, apesar da classificação “regular”, atribuída para o grau de implantação alcançado pelos serviços de atenção à saúde bucal no município de Manaus em relação à dimensão estrutura (dados primários), os resultados obtidos dos dados secundários para as dimensões estrutura e processo mostraram: 1. Baixa cobertura de pessoas e de serviços; 2. Número insuficiente de recursos humano e econômico, e rede de serviços e insumos, assim como foco de tecnologia e conhecimento, em desacordo com a realidade local e científica; 3. Organização local (SMS, Distritos de Saúde e EAS) com dificuldade para reorganizar as ações de saúde bucal na atenção básica e demais níveis de complexidade.

O contexto organizacional local apresentado leva às seguintes interpretações: 1. Existência de dois modelos em competição, predominando a atenção centrada na doença; 2. Desconhecimento sobre o que seria o novo modelo em saúde bucal; 3. Grande distância entre os responsáveis pela tomada de decisão e os que executam as ações; 4. Planejamento centrado na SMS e de pouca ou nenhuma utilidade por parte dos EAS; 5. Articulação precária ou inexistente entre os diversos níveis de complexidade; 6. Processo de trabalho fragmentado e desarticulado entre os diversos campos profissionais; 7. Trabalhadores mesclados por falta de perfil para o serviço público e sentimento de que não são percebidos ou ouvidos pelos tomadores de decisão e população.

Em suma, há uma relação entre o grau de implantação encontrado e o contexto político e social local apresentado, levando a recomendações gerais e específicas como contribuição para a reorientação da política de saúde bucal local.

Geral:

- Reconstrução dos serviços de atenção à saúde bucal no município de Manaus, preservando os avanços obtidos e implantando medidas reais de melhorias quantitativas e qualitativas de acesso na utilização dos serviços e no cuidado em saúde bucal, implantando práticas promocionais, preventivas e educativas integrais e intersetoriais, e ações definidas por um padrão epidemiológico.

Específicas:

- Elaborar, a partir de um planejamento situacional, um plano para expansão das ESB e CEO;
- Ajustar, de forma gradual, a relação ESB:ESF na proporção de 1:1;
- Transformar todas as unidades de saúde que desenvolvem atenção básica em estratégia Saúde da Família;
- Realizar, por distrito de saúde, levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população adscrita;
- Promover a educação permanente de todos envolvidos com o setor saúde;
- Promover a avaliação dos serviços de saúde bucal;
- Estimular e cobrar o cumprimento da carga horária contratada;
- Proporcionar condições favoráveis de infraestrutura, equipamentos, instrumental e recurso humano;
- Capacitar os gestores nos diversos níveis sobre o SUS e serviço de saúde bucal;
- Estimular e reconhecer a importância do pronto-atendimento no contexto da produção do cuidado.

REFERÊNCIAS⁹

- ABREU, M. H. N. G.; WERNECK, M. A. F. Sistema incremental no Brasil: uma avaliação histórica. *Arq. Odontol.*, v. 34, p. 121-131, 1998.
- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviço e programas sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- BALDANI, M. H. P. et al. Odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil – perfil do Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, v. 6, n. 31, p. 210-216, 2003.
- BARROS, J. D. *O campo da história: especialidades e abordagens*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BARROS, S. G.; CHAVES, S. C. L. A utilização do Sistema de informações Ambulatoriais (SIA/SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 12, n. 1, p. 41-51, 2003.
- BODSTEIN, R. et al. Estudos de Linha de Base do projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 11, n. 3, p. 725-31, 2006.
- BOTAZZO, C. Integralidade da atenção e produção do cuidado: perspectivas teóricas e práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In: MACAU, M. *Saúde bucal coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade*. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. Disponível em: <http://anstabnet.ans.gov.br/tabcgi.exe?dados/TABNET_TX.def>. Acesso em: 07 out. 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. Informações de Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/pacto2006/pacam.def>. Acesso em: 16 mar. 2009h.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. *Orientação de Auditoria em Odontologia do SNA*. Brasília, 2004i.

⁹ A apresentação da presente tese seguiu as normas NBR 6023:2002 (informação e documentação – referências – elaboração), NBR 10520:2002 (apresentação de citações em documentos) e NBR 14724:2002 (apresentação de trabalhos acadêmicos),

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/visualizarFundoaFundo.asp?NU_CGC_ENTIDADE=04461836000144>. Acesso em: 10 out. 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z. Acolhimento aos usuários. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=265&letra=A. Acesso em: 02 jun. 2009f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Saúde e Relatório de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.121, de 17 de junho de 2002. Pacto dos Indicadores da Atenção Básica – 2002. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 jun. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal nos municípios por meio do programa Saúde da Família. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 250-E, 29 dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203, de 05 de novembro de 1996 (Norma Operacional Básica/NOB-96). *Diário oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 06 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 267 de 06 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 7 mar. 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 396 de 04 de abril de 2003. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 673 de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica - PAB. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 4 jun. 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 74 de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 jan. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.570/GM de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. *Diário Oficial da União* n. 146, de 30 de julho de 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.571/GM de 29 de julho de 2004. Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. *Diário Oficial da União* nº 146, de 30 de julho de 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.572/GM de 29 de julho de 2004. Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD. *Diário Oficial da União* n. 146, de 30 de julho de 2004f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS 2002. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 fev. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 599/GM de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. *Diário Oficial da União* n. 58, de 24 de março de 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 600/GM de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. *Diário Oficial da União* n. 58, de 24 de março de 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a política de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção básica para o PSF e o PACS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 mar. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 21/GM de 5 de janeiro de 2005. Aprova a Relação dos Indicadores da Atenção Básica - 2005 a serem pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 493/GM de 10 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1101/GM de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS 2001. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jan. 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 91/GM de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/programa_saude_na_escola.php>. Acesso em: 16 mar. 2009g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 27 out. 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família: 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. *PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 72 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasil Sorridente, 2004a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://www.cnes.gov.br>. Acesso em: 03 ago. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://www.cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 30 abr. 2008.

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. Sistema de informação em saúde para municípios. *Saúde & Cidadania*, 1998.

CAVALCANTE, M. G. S. et al. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. *Rev. Bras. Saude Matern. Infant.*, v. 6, n. 4, p. 437-45, out/dez. 2006.

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

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 5, p. 1119-131, mai. 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 11, n. 3, p. 705-11, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-47.

COSENDEY, M. A. E. *Análise de implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil*. 2000. 175p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, 2000.

COSTA-E-SILVA, V.; RIVERA, F. J. U.; HORTALE, V. A. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 6, p. 1405-1414, jun. 2007.

DENIS, J-L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 49-88.

DIAS, A. A. Saúde bucal coletiva e legislação à luz do Programa Saúde da Família. In: DIAS, A. A. (Org.). *Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas*. São Paulo: Santos, 2006.

DINIZ, J. Redução das necessidades de tratamento odontológico em unidades de saúde da Fundação SESP. *Rev. Fund. SESP*, v. 26, n. 2, p. 17-23, jan. 1981.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

FARIAS, M. V.; MOURA, E. R. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família do município de Iracema, no Ceará. *Rev. odontol. UNESP*, v. 32, n. 2, p. 131-137, 2003.

FELISBERTO, E. et al. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa Saúde da Família, no Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1737-1745, nov-dez. 2002.

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev. Saúde Públ.*, v. 39, n. 6, p. 930-936, 2005.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface (Botucatu)*, v. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez. 2005.

FIGUEIREDO, M. C.; ROSITO, D. B.; MICHEL, J. A. A avaliação de 7 anos de um programa odontológico para bebês com bases educativa, preventiva e restauradoras. *J. bras. odontopediatr. odontol. Bebê*, v. 1, n. 2, p. 33-40, 1998.

FIGUEIREDO, N.; GÓES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 2, p. 259-267, fev. 2009.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 38, n. 2, p. 143-51, 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 345-53, abr/jun. 1999.

FRIAS, P. G.; LIRA, P. I. C.; HARTZ, Z. M. A. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DASILVA, L. M. (Org). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 151-206.

GARBELINI, M. L.; CEZÁRIO, D. M. S.; JANENE, C. A.; KAKAGAWA, M. C. S.; WALTER, L. R. Avaliação do programa de odontologia para bebês no município de Cambé: controle e prevenção da cárie dentária, primeiros 30 meses. *Saude debate*, v. 32, p. 75-77, 1991.

GARRAFA, V. *Contra o monopólio da saúde*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983. 143p.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Guidelines and Checklist for Constructivist (a.k.a. Fourth Generation) Evaluation*. 2001.

GUIMARÃES, A. O.; COSTA, I. C. C.; OLIVEIRA, A. L. S. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para Bebês. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, v. 6, n. 29, p. 83-86, 2003.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 16, n. 1, p. 231-39, jan/mar. 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Acesso e utilização de serviços de saúde: PNAD 2003*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Assistência Médica Sanitária 2005. *Malha municipal digital do Brasil: situação em 2005*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2006.

KERR-PONTES, L. R. S.; ROUQUAYROL, M. Z. Medida da saúde coletiva. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 37-82.

LOBATO, L. V. C; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. p. 107-140.

MANAUS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2004-2005*, 2004.

MANAUS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2006-2009*, 2006a.

MANAUS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*, 2002.

MANAUS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*, 2005.

MANAUS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*, 2006b.

MANAUS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*, 2007.

MARTELLI, P. J. L. et al. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1669-1674, 2008.

MARTINS, R. J. et al. Percepção dos coordenadores de saúde bucal e cirurgiões-dentistas do serviço público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). *Saude soc.*, v.18, n.1, p. 75-82, 2009.

MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1538-544, nov/dez. 2004.

- MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA, 1996.
- MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.
- MENDES, E. V. A reforma sanitária e a educação odontológica. *Cad. Saúde Pública*, v. 2, n. 4, p. 533-52, out/dez. 1986.
- MENDES, E. V. et al. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.
- MINAYO, M. C. S. Pesquisa por triangulação de métodos. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs). *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 163-190.
- MOTTIN, L. M. *Elaboração do Plano Municipal de Saúde: desafio para o município*. Rio de Janeiro: ENSP, 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.
- NARVAI, P. C. *Saúde bucal: assistência ou atenção?* Texto reelaborado após a Oficina do Grupo de Trabalho “Odontologia em SILOS – Sistemas Locais de Saúde, da Rede CEDROS; 1992. 10 p.
- NARVAI, P. C. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1994. 113p.
- NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. *Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. 148 p.
- NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 2, p. 241-246, fev. 2008.
- NIKIFORUK, G. *Understating dental caries*. Basel: Editora Karger, 1985.
- NOGUEIRA, A. C. F.; SANSON, F.; PESSOA, K. A expansão urbana e demográfica da cidade de Manaus e seus impactos ambientais. XIII Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto, Florianópolis, Brasil, 21-26 abril 2007, INPE, p. 5427-5434.
- OLIVEIRA, A. G. R. C.; ARCIERI, R. M.; UNFER, B.; COSTA, I. C. C.; MORAES, E.; SALIBA, N. A. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*, v. II, p. 9-14, 1999.

OLIVEIRA, A. G. R. C.; SOUZA, E. C. F. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: Curso de Mestrado em Odontologia Social/UFRN. Odontologia preventiva e social - textos selecionados. Natal: EDUFRN, 1997, cap. 8. p. 114-121.

PAIM, J. S. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006. 154 p.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. 1.112p.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. 728p.

PATTUSSI, M. P.; COSTA, J. S. D.; TOMITA, N. E. O uso da epidemiologia nos serviços de atenção à saúde bucal. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. *Fundamentos de Odontologia*. Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: HUCITEC, 2000.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002.

PIETROBON, L.; SILVA, C. M.; BATISTA, L. R. V.; CAETANO, J. C. Planos de assistência à saúde: interfaces entre o público e o privado no setor odontológico. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1589-1599, out. 2008.

PIMENTEL, M. C.; FERREIRA, R. C. *A escuta do paciente como instrumento de planejamento do processo de trabalho nos serviços odontológicos: a experiência do Centro de Saúde Paulo VI, Belo Horizonte, MG*. Fortaleza: XIV ENATESPO, 1998.

PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 11, n. 4, p. 990-1010, 2006.

REIS, C. *Avaliação do serviço de saúde bucal: percepções de usuários, cirurgiões-dentistas e gestor em saúde sobre a assistência odontológica no município de Grão Mogol –MG – Brasil*. 2004. Dissertação (Mestrado). Salvador: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia; 2004.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, E. C. A.; ARAÚJO, M. A. D. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. *Rev. Adm. Pública*, v. 43, n. 2, p. 481-517, mar/abr. 2009.

RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas - Ba. *Rev. baiana saúde pública*, v. 29, n. 2, p. 273-85, 2005.

RONCALLI, A. G. *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade equidade e integralidade em saúde bucal coletiva*. 2000. Tese (Doutorado). Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, 2000.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (org). *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SANTOS, A. R. A. *Programa Médico da Família no Município de Manaus: um paradigma de gestão em saúde pública*. Florianópolis, 2002. Dissertação (Mestrado em Administração) Programa de Pós-Graduação em Administração. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. 79 p.

SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007.

SILVA, R. F. P.; SILVA, M. F. A. Estudo comparativo da redução de cárie alcançada por dois tipos de programas. *RGO*, v. 44, n. 6, p. 351-358, nov/dez. 1996.

SOUZA, T. M. S. *A incorporação da saúde bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial*. 2005. Dissertação (Mestrado). Natal: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 11, p. 2727-39, nov. 2007.

TEIXEIRA, C. F. *Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde*. Texto elaborado como contribuição aos debates da XI Conferência Nacional de Saúde, 2000.

TEIXEIRA, C. et al. Planejamento & gestão de sistemas e serviços de saúde. In: *Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública*. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. *Tratado de cariologia*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988. 388p.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, Sup 2, p. S190-S198, 2004.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

WEYNE, S. C. A construção do paradigma de promoção de saúde. Um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, L. (org). *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. *Avaliação de Programas. Concepções e Práticas*. São Paulo: Editora Gente, 2006.

YIN, R. K. *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

OBRAS CONSULTADAS

- AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 9, n. 1, p. 131-138, 2004.
- AKERMAN, M.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde – avaliar o quê? *Cad. Saúde Pública*, v. 8, n. 4, p. 361-365, out/dez. 1992.
- ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 3, p. 789-796, mai/jun. 2004.
- BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, jul/ago. 2005.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. Brasília: CONASS, 2004. 74p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Saude Matern. Infant.*, v. 5, Sup 1, p. S63-S69, dez. 2005.
- CHAVES, M. M. *Odontologia social*. São Paulo: Santos, 1977. 448p.
- CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública*, 18 Sup, p. 191-200, 2002.
- COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 70 p. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde; 11.
- COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 7, n. 4, p. 907-923, 2002.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.13, n. 1, p. 103-107, jan/mar. 1997.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: OPAS, 1997.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul/set. 2004.

FERNANDES, L.S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n.6, p. 930-936, 2005.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação de programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 11, n. 3. p. 683-703, 2006.

LOPES, R. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, Sup 2, p. S283-S297, 2004.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde em Debate*, v. 27, n. 65, p. 243-256, set/dez. 2003.

MATIDA, A. H.; CAMACHO, L. A. B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 1, p. 37-47, jan/fev. 2004.

MEDEIROS, U. V.; FREIRE, J. C. A. Implantação da saúde da família do município de Bom Jesus do Norte – ES. *UFES rev. odontol*, v. 7, n. 2, p. 29-35, 2005.

NARVAI, P. C.; ALMEIDA, E. S. O sistema de saúde e as políticas de saúde na produção científica odontológica brasileira no período 1986-1993. *Cad. Saúde Pública*, v. 14, n. 3, p. 513-521, jul/set. 1998.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

_____. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, Sup 2, p. S147-S173, 2004.

OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campo dos Goytacazes. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 10, Sup, p. 297-302, 2005.

SANTOS, I. S.; VICTORA, C. G. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, Sup 2, p. S337-S341, 2004.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saúde Pública*, v. 17, n. 1, p. 131-139, jan/fev. 2001.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v.7, p. 113-118, ago. 2000.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*, v.11, n. 5, p. 365-373, 2002.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov/dez. 2002.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

ANEXOS

ANEXO 1

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Doutorado
Instrumento de Coleta de Dados

Distrito de Saúde: Norte Sul Leste Oeste

Tipo de Unidade de Saúde: UBS UBS/ESF CEO Policlínica UBS/PA Módulo ESF

“Implantação dos serviços de atenção à saúde bucal: estudo de caso no município de Manaus-AM, Brasil”

Dimensão Estrutura

1- Nome da Unidade e Horário de Funcionamento: _____

2- Horário do(s) Cirurgião (ões)-Dentista(s) - CD: _____

3- Quantidade de usuários atendidos por dia por CD: _____

OBS: _____

4- Instalações Físicas

| | | Existente | Inexistente | *NSA | Parâmetro | Pontuação |
|---|---|-----------|-------------|------|-----------|-----------|
| Sala de recepção (08 p) | Balcão ou bancadas | | | | | |
| | Não possuir grades e vidros separando trabalhado de usuário | | | | | |
| | Cadeiras | | | | | |
| | Prateleiras | | | | | |
| | Quadro de avisos | | | | | |
| | Computador | | | | | |
| | Telefone | | | | | |
| Sala de espera (10 p) | Quadro de avisos | | | | | |
| | Bebedouros | | | | | |
| | Cadeiras | | | | | |
| | Suporte suspenso para TV | | | | | |
| | Suporte suspenso para vídeo/DVD | | | | | |
| | Telefone público | | | | | |
| | Ventilador | | | | | |
| | Ar condicionado | | | | | |
| Sala de espera da Odontologia (08 p) | Quadro de avisos | | | | | |
| | Bebedouros | | | | | |
| | Cadeiras | | | | | |
| | Suporte suspenso para TV | | | | | |
| | Suporte suspenso para vídeo/DVD | | | | | |
| | Ventilador | | | | | |
| | Ar-condicionado | | | | | |
| Instalação sanitária (03 p) | Por sexo | | | | | |
| | Necessidade especial | | | | | |
| Almoxarifado (01 p) | | | | | | |
| Consultório odontológico (11 p) | Metragem | | | | | |
| | Pia para instrumental | | | | | |
| | Pia para mãos | | | | | |
| | Porta-papel-toalha | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | Porta- sabonete/sabão líquido | | | | | |
| | Torneiras c/ fechamento que dispense o uso das mãos | | | | | |
| | Armários sob e sobre as bancadas | | | | | |
| | Mesa tipo escritório c/ 03 gavetas | | | | | |
| | Lixeira com tampa e pedal | | | | | |
| | Computador | | | | | |
| Escovário / escovódromo (06 p) | Mínimo c/ 03 torneiras | | | | | |
| | Espelho com altura compatível para diferentes grupos | | | | | |
| | Porta-papel-toalha | | | | | |
| | Porta-sabonete | | | | | |
| | Lixeira c/ tampa e pedal | | | | | |
| Área p/ compressor (04 p) | Situado na área externa | | | | | |
| | Ventilação | | | | | |
| | Espaço adequado para manutenção | | | | | |
| Sala p/ dispensação medicamentos (01 p) | | | | | | |
| Central de material e esterilização (03 p) | Sala de recepção, lavagem e descontaminação | | | | | |
| | Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado | | | | | |
| Área / sala de reuniões p/ atividades educ. grupo (01 p) | | | | | | |
| Copa (01 p) | | | | | | |
| Abrigo de resíduos sólidos (03 p) | Doméstico | | | | | |
| | Hospitalar | | | | | |
| Área/depósito mat. limpeza (01 p) | | | | | | |
| Total (61) | | | | | | |

*Não Se Aplica

OBS: _____

5- Equipamentos

| | Existente | | Inexistente | Quantidade encontrada | NSA | Parâmetro | Pontuação |
|---|-----------|------------|-------------|-----------------------|-----|-------------------|-----------|
| | Operante | Inoperante | | | | | |
| Amalgamador | | | | | | 01/02CD | |
| Aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato/ultrasom | | | | | | 01/02CD | |
| Aparelho de raios-X | | | | | | 01/UBS/Odontolôgi | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|-----------------------------|--|
| | | | | | | co | |
| Aspirador de sangue/bomba a vácuo | | | | | | 01/UBS/Odontológico | |
| Autoclave e/ou estufa | | | | | | 01/UBS/Odontológico | |
| Avental de chumbo para usuário | | | | | | 01/aparelho Rx | |
| Cadeira odontológica | | | | | | 01/CD | |
| Câmara escura | | | | | | 01/UBS/Odontológico | |
| Compressor | | | | | | 01pt/equipos | |
| Equipo (seringa triplice, motor p/ alta e baixa rotação) | | | | | | 01/CD | |
| | | | | | | 01/CD | |
| | | | | | | 01/CD | |
| Fotopolimerizador | | | | | | 01/2CD | |
| Mocho | | | | | | 02/Cadeira | |
| Negatoscópio | | | | | | 01/UBS/Odontológico/equipos | |
| Refletor | | | | | | 01/Cadeira | |
| Unidade auxiliar | | | | | | 01/Cadeira | |
| Destilador de água | | | | | | 01/UBS | |
| Total | | | | | | | |

6- Manutenção periódica dos equipamentos: Sim Não Que tipo? Preventiva Corretiva

7- Período: Mensal Outro: _____

8- Serviço: Próprio Terceirizado

OBS: _____

9- Instrumentais

| | Existente | Inexistente | Quantidade encontrada | NSA | Parâmetro | Pontuação |
|----------------------------------|-----------|-------------|-----------------------|-----|------------------------|-----------|
| Alveolótomo | | | | | 03/CD | |
| Alavanca inox adulto | | | | | 10/CD | |
| Alavanca inox infantil | | | | | 05/CD | |
| Alavanca Seldin adulto | | | | | 02/CD | |
| Aplicador p/ hidróxido de cálcio | | | | | 10/CD | |
| Bandeja | | | | | 10/CD | |
| Brunidor | | | | | 10/CD | |
| Cabo p/ bisturi | | | | | 02/CD | |
| Caixa c/ tampa inox | | | | | 15/UBS/Odontológico | |
| Colgadura unitária | | | | | 03/CD | |
| Condensador | | | | | 15/CD | |
| Corrente p/ guardanapo | | | | | 01/CD | |
| Cureta alveolar | | | | | 02/CD | |
| Cureta periodontal | | | | | Vários n ^{os} | |
| Cureta para dentina | | | | | 10/CD | |
| Cinzel | | | | | 01/CD | |
| Destaca perióstio | | | | | 01/CD | |
| Escavador p/ pulpotomia | | | | | 02/CD | |
| Esculpidor | | | | | 05/CD | |
| Espátula de cera | | | | | 02/CD | |
| Espátula de cimento | | | | | 10/CD | |
| Espátula de resina | | | | | 05/CD | |
| Espelho bucal | | | | | 12/CD | |
| Fórceps infantil | | | | | Vários n ^{os} | |
| Fórceps adulto | | | | | Vários n ^{os} | |

| | | | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|-------------------------|--|
| Gengivótomo de Kirkland | | | | | 02/CD | |
| Gengivótomo de Orban | | | | | 02/CD | |
| Martelo | | | | | 01/CD | |
| Lamparina | | | | | 01/CD | |
| Lima p/ osso | | | | | 02/CD | |
| Pinça clínica | | | | | 15/CD | |
| Pinça mosquito curva | | | | | 05/CD | |
| Pinça mosquito reta | | | | | 05/CD | |
| Pinça dente de rato | | | | | 01/CD | |
| Pinça auxiliar | | | | | 01/UBS/ Odontológico | |
| Placa de vidro | | | | | 01/CD | |
| Porta-agulha | | | | | 05/CD | |
| Porta-algodão | | | | | 01/CD | |
| Porta-amálgama | | | | | 02/CD | |
| Porta -matriz | | | | | 03/CD | |
| Pote Dappen | | | | | 02/CD | |
| Seringa Carpule | | | | | 10/CD | |
| Sindesmótomo | | | | | 05/CD | |
| Sonda exploradora | | | | | 10/CD | |
| Sonda milimetrada | | | | | 10/CD | |
| Tambor para gaze | | | | | 01/UBS/ Odontológico | |
| Tesoura cirúrgica reta | | | | | 03/CD | |
| Tesoura cirúrgica curva | | | | | 03/CD | |
| Total | | | | | | |

OBS:

10- Material de Consumo

| | Existente | Inexistente | NSA | Parâmetro | Pontuação |
|---|-----------|-------------|-----|-----------|-----------|
| Acido gel | | | | | |
| Adesivo | | | | | |
| Agulha odontológica descartável | | | | | |
| Álcool | | | | | |
| Algodão rolo grande | | | | | |
| Anestésico | | | | | |
| Avental+gorro+máscara | | | | | |
| Avental | | | | | |
| Gorro | | | | | |
| Máscara | | | | | |
| Broca p/ alta e baixa rotação | | | | | |
| Broca lentulo | | | | | |
| Broca p/ acabamento | | | | | |
| Cápsula de amálgama | | | | | |
| Cimento cirúrgico | | | | | |
| Cimento endodôntico p/ obturação | | | | | |
| Cimento endodôntico provisório | | | | | |
| Cone de papel | | | | | |
| Cone obturador | | | | | |
| Escova de Robson | | | | | |
| Eugenol | | | | | |
| Extirpa nervo | | | | | |
| Fio de sutura | | | | | |
| Fio dental | | | | | |
| Fixador (RX) | | | | | |
| Flúor gel | | | | | |
| Gaze | | | | | |
| Hidróxido de cálcio | | | | | |
| Ionômero de vidro p/ forramento fotopolimerizável | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Ionômero de vidro p/ restauração autopolimerizável | | | | | |
| Ionômero de vidro p/ restauração fotopolimerizável | | | | | |
| IRM líquido | | | | | |
| IRM pó | | | | | |
| Lâmina de bisturi | | | | | |
| Limas endodônticas | | | | | |
| Lixa para acabamento | | | | | |
| Luva cirúrgica | | | | | |
| Luva de procedimento | | | | | |
| Matriz | | | | | |
| Matriz poliéster | | | | | |
| Óculos de proteção | | | | | |
| Óxido de zinco | | | | | |
| Pasta profilática | | | | | |
| Película para RX periapical adulto | | | | | |
| Película para RX periapical infantil | | | | | |
| Resina fotopolimerizável | | | | | |
| Revelador (RX) | | | | | |
| Rolinho de algodão | | | | | |
| Sugador descartável | | | | | |
| Taça de borracha | | | | | |
| Total | | | | | |

OBS: _____

11- Material Educativo

| | Existente | Inexistente | NSA | Parâmetro | Pontuação |
|--|-----------|-------------|-----|-----------|-----------|
| Cartazes | | | | | |
| Cartilhas | | | | | |
| Folders | | | | | |
| Kit de higiene (escova+pasta+fio dental) p/usuário | | | | | |
| Macro escova | | | | | |
| Macro modelo | | | | | |
| Total | | | | | |

OBS: _____

12- Os materiais educativos são utilizados: Sim Não

13- Recursos Humanos

| Profissionais | Quantidade encontrada | Carga horária semanal | Parâmetro | Pontuação |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|-----------|
| Auxiliar de Consultório Dentário | | | | |
| Cirurgião-Dentista | | | | |
| Técnico de Higiene Dental | | | | |
| Total | | | | |

OBS: _____

Este instrumento foi baseado:

- Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 50/2002-ANVISA – Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;
- Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde;
- Orientações Técnicas sobre Auditoria em Odontologia no SUS;
- CNES;
- Proporção entre quantidade de consultório odontológico, CD e ASB, usuários atendidos por CD por dia, carga horária diária do CD.

ANEXO 2

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Doutorado
Instrumento de Coleta de Dados

Entrevista com Cirurgiões-Dentistas

Distrito de Saúde: Norte Sul Leste Oeste

Tipo de Unidade de Saúde: UBS UBS/ESF CEO Policlínica UBS/PA Módulo ESF

“Implantação dos serviços de atenção à saúde bucal: estudo de caso no município de Manaus-AM, Brasil”

- 1- Tempo na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ____ anos ____ meses.
- 2- Tempo na ESF ____ anos ____ meses ____ NSA
- 3- Número de pessoas sob a responsabilidade da ESB ____ NSA ____
- 4- Número de famílias sob a responsabilidade da ESB ____ NSA ____
- 5- Qual o cargo que você ocupa na SMS? CD/Clínico
 CD/_____
- 6- Qual o número de usuários atendidos por dia? ____
- 7- Qual o fluxo dos usuários? Agendados Demanda espontânea Referenciada.
- 8- Qual o nível de complexidade de suas ações? básica média complexidade alta complexidade
- 9- A ESB participa de reunião de planejamento/avaliação junto com os da ESF? Sim ____
 Não ____ NSA ____
- 10- A ESB tem um planejamento das ações? Sim ____ Não ____ NSA ____
- 11- A SMS garante infra-estrutura e equipamentos necessários para a resolubilidade (os serviços devem resolver os problemas até o nível de sua competência) das ações de saúde bucal em sua Unidade de Saúde?
- 12- Há fluxo estruturado ou formalizado de referência e contra-referência para serviços de maior complexidade ou de apoio diagnóstico?
- 13- Para quais serviços faz encaminhamento?
- 14- Há supervisão dos estabelecimentos de saúde? Quem é o responsável? Com que periodicidade?
- 15- Quais são os grupos e as ações priorizados no atual modelo de saúde bucal? E no modelo anterior?
- 16- Fale sobre o modelo atual de saúde bucal e sobre seu processo de gestão (criação e utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios de organização da política de saúde bucal).
- 17- Como foi feito o planejamento dessas ações, a partir de 2005?
 → Você participou do planejamento? Sim Não. Como se deu?
- 18- Em sua opinião, está havendo alguma mudança no modelo de saúde bucal? Qual?
- 19- Como é feita a alimentação da base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)? diariamente semanalmente mensalmente. Você é o responsável? Sim Não
- 20- Como esses dados são utilizados?
- 21- Existe uma rotina de levantamento epidemiológico de saúde bucal? Sim ____ Não ____
- 22- Para que é utilizado? (prioridades de intervenção no âmbito da AB e dos demais níveis de complexidade)
- 23- Qual seu vínculo empregatício na SMS? estatutário CLT Outro _____
- 24- Qual sua carga horária de trabalho? 10 h 20 h 30 h 40 h
- 25- A SMS proporciona a educação permanente dos profissionais de saúde bucal? Você participou? Há quanto tempo?
 (Educação Permanente como uma proposta educativa realizada no âmbito do trabalho, destinada a reflexão e intervenção sobre o processo de trabalho, direcionado a melhorar a qualidade dos serviços e das condições de trabalhos).
- 26- Fez ou está fazendo algum curso na área de Saúde Coletiva?
- 27- Há realização de atividades educativas em saúde bucal? Sim Não. Quem realiza? CD ACD outro

ANEXO 3

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Doutorado
Instrumento de Coleta de Dados

Entrevista com CD da Gestão Municipal, Diretores dos Distritos, Corpo Técnico de Saúde Bucal dos Distritos e Diretores de EAS

Distrito de Saúde: Norte Sul Leste Oeste

Tipo de Unidade de Saúde: UBS UBS/ESF CEO Policlínica UBS/PA Módulo ESF

“Implantação dos serviços de atenção à saúde bucal: estudo de caso no município de Manaus, AM, Brasil”

- 1- Função na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) _____
- 2- Tempo no cargo atual _____ anos _____ meses. Tempo na SMS _____ anos _____ meses
- 3- Qual sua formação? _____.
- 4- Participou de curso na área de gestão? Sim Não. Qual? _____ Quando? _____
- 5- Sabe informar qual estágio de descentralização da SMS?
- 6- No organograma da SMS, como está inserida a saúde bucal?
- 7- Há fluxo estruturado ou formalizado de referência e contra-referência para serviços de maior complexidade ou de apoio diagnóstico?
- 8- Houve recebimento de recursos referentes ao cadastramento de ESB nas ESF? Sim ___ Não ___ NSI ___
- 9- Tem noção dos valores? Sim _____ Não _____ (Quem tem essa informação?)
- 10- Houve recebimento dos equipamentos enviados pelo MS? Sim Não NSI
- 11- Onde estão? _____
- 12- Há supervisão dos estabelecimentos de saúde? Sim Não. Quem é o responsável? Com que periodicidade?
- 13- Quais são os grupos e as ações priorizados no atual modelo de saúde bucal? E no modelo anterior?
- 14- Fale sobre o modelo atual de saúde bucal e sobre seu processo de gestão. (criação e utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios da organização da política de saúde bucal)
- 15- Como foi feito o planejamento dessas ações, a partir de 2005?
 → Ocorreu a participação dos profissionais das unidades? Como se deu?
- 16- Em sua opinião, está havendo alguma mudança no modelo de saúde bucal? Qual?
- 17- Periodicidade da compra/recebimento dos materiais de consumo odontológico?
- 18- Quem determina quais os materiais de consumo que devem ser comprados?
- 19- Qual estratégia usada, quando falta material?
- 20- Como é feita a alimentação de base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS)? diariamente semanalmente mensalmente. Quem é o responsável?
- 21- Como esses dados são utilizados?
- 22- Existe uma rotina de levantamento epidemiológico em saúde bucal? Sim ___ Não ___
- 23- Para que é utilizado?
- 24- Qual é o vínculo dos cirurgiões-dentistas (CD)? estatutário CLT outro _____
- 25- Qual carga horária de trabalho dos CD? 10 20 30 40 h
- 26- SMS proporciona educação permanente dos profissionais de saúde bucal? (educação permanente como uma proposta educativa realizada no âmbito o trabalho, destinada a reflexão e intervenção sobre o processo e trabalho, direcionado a melhorar a qualidade dos serviços e das condições e trabalhos)
- 27- Há realização de atividades educativas em saúde bucal? Sim Não.
- 28- Quem realiza? CD ACD outro _____

Planejamento das ações de saúde bucal – solicitar o plano de ação das atividades programadas

ANEXO 4

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Doutorado
Instrumento de Coleta de Dados**

Roteiro de Observação das Unidades de Saúde

- 1- Recepção do usuário
- 2- Demanda espontânea, agendada, referenciada
- 3- Acesso e continuidade do tratamento
- 4- Instalações físicas
- 5- Ação desenvolvida pelo CD
- 6- Atividades de grupo
- 7- Verificar prontuários dos usuários atendidos no dia

ANEXO 5**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Doutorado
Instrumento de Coleta de Dados****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado Senhor (a):

Vimos através deste convidá-lo (a) a participar da pesquisa que será realizada pela pesquisadora Janete Maria Rebelo Vieira intitulada “Implantação dos serviços de atenção à saúde bucal: estudo de caso no município de Manaus-AM, Brasil”. A mesma tem por objetivo analisar a implantação do serviço de atenção à saúde bucal no município de Manaus, com ênfase nas dimensões de estrutura e processo.

A participação é voluntária. Caso você aceite participar, solicitamos a permissão para que possamos realizar uma entrevista que constará de um roteiro com assunto pertinente a forma como a atenção à saúde bucal está funcionando na cidade de Manaus. Seu nome será omitido quando da divulgação em meio científico dos resultados.

Informamos, também, que a qualquer momento você poderá desistir da participação da pesquisa.

Você gostaria de fazer alguma pergunta para um melhor entendimento da pesquisa?

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar da pesquisa, solicitamos a assinatura do mesmo em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder. Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca desta pesquisa poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelo telefone 9991-8040 ou pelo e-mail jmrvieira@ufam.edu.br

Eu, Sr (a): _____ ,

Considero-me informado (a) sobre a pesquisa “Implantação dos serviços de atenção à saúde bucal: estudo de caso no município de Manaus-AM, Brasil” realizada pela aluna do programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Janete Maria Rebelo Vieira e aceito participar da mesma, consentindo que a entrevista seja realizada e utilizada para coleta do material de pesquisa.

Manaus, ____/____/____

Assinatura do entrevistado