

Giselle Silva Calado



**A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
Principais Avanços e Desafios**

*Dissertação apresentada à Sub-área de
Concentração Planejamento e Gestão de Sistemas e
Serviços de Saúde da Escola Nacional de Saúde
Pública da Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção
do título de Mestre em Saúde Pública.*

Orientadora: Profa. Dra. Virginia Alonso Hortale

Rio de Janeiro

2002

Giselle Silva Calado

**A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
Principais Avanços e Desafios**

*Dissertação apresentada à Sub-área de
Concentração Planejamento e Gestão de Sistemas e
Serviços de Saúde da Escola Nacional de Saúde
Pública da Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção
do título de Mestre em Saúde Pública.*

Orientadora: Profa. Dra. Virginia Alonso Hortale

Rio de Janeiro

Dezembro de 2002

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Lincoln de Freitas Filho/ENSP/Fiocruz



TERMO DE APROVAÇÃO

GISELLE SILVA CALADO

A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PRINCIPAIS AVANÇOS E DESAFIOS

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:

Profa. Dra. Virginia Alonso Hortale

Departamento de Administração e Planejamento em Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz – DAPS/ENSP/Fiocruz

Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck

Departamento de Odontologia Social e Preventiva – Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Profa. Dra. Maria Helena Mendonça

Departamento de Administração e Planejamento em Saúde e Núcleo de Estudos Políticos Sociais de Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz – DAPS/NUPS/ENSP/Fiocruz

Rio de Janeiro, 5 de dezembro de 2002.

A Deus

AGRADECIMENTOS

Acredito que esta seja a tarefa mais árdua em um trabalho tão longo como este. Agradecer é um ato de reconhecimento. O esquecimento ou a falta de alguém pode causar um grande transtorno para quem se arrisca... Mas atrevo-me a fazer, mesmo correndo todos os riscos inerentes ao ato.

Para não estabelecer uma ordem hierárquica, comumente observada em espaços como este, inicio meus agradecimento de maneira cronológica, segundo os acontecimentos que culminaram com a finalização desta dissertação.

Inicialmente, agradeço aos queridos “tios” **Íbis e Ivone Ajório (e filhos)** que me receberam de braços abertos em sua residência nos momentos iniciais, quando ainda me preparava para realizar as provas de admissão nesta escola.

Ao **Cel.-Dent. Aer. Sérgio Pereira e Cel.-Dent. Aer. Sérgio Rocha** que permitiram meu deslocamento de Brasília para o Rio de Janeiro quando da aprovação no mestrado. Assim como, ao **Brig.-Méd. Aer. Daniel dos Santos Bioza** que me permitiu cursar, durante o ano de permanência nessa cidade, as disciplinas regulares do curso.

A **Iara Soares** uma alma iluminada que passou rapidamente por mim e me ajudou na nova morada.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)** pelo apoio financeiro na concessão de bolsa de estudo.

Aos **colegas da turma de mestrado** teoricamente denominada de “Em busca de novos paradigmas” (apesar de acreditar ter achado o meu, espero nunca desistir de procurar outros...). Em especial a querida colega e hoje amiga, **Márcia Franke Piovesan** pela troca de experiências, idéias, utopias e força nos momentos críticos dessa caminhada.

À **Família Almeida de Souza** (da qual também faço parte tangencialmente...). Em especial: Tia Cremilda (*in memoriam*), Augusto, Eliane, Tio Vital, Márcia, André, Carolina e Juliana. Só mesmo convivendo no seio familiar é que dá para matar as saudades de casa... Obrigada pelos almoços de domingo e os momentos de descontração.

As mais que queridas amigas que, mesmo de longe, davam “aquela força”: **Shirley Issa, Isabel Andrade, Renata Rezende, Paula Silva, Karen Orepüller, Ana Kelly Tôrres e Virgínia Furtado.**

E aos professores e mestres... à minha orientadora, **Profa. Dra. Virginia Alonso Hortale**, meu agradecimento especial pela paciência, competência e total disponibilidade na realização deste trabalho.

A **Profa. Dra. Maria Helena Mendonça (ENSP/Fiocruz)** pelas essenciais contribuições no momento de minha qualificação e por aceitar o convite de participar da banca examinadora.

Ao **Prof. Dr. Marcos Werneck (UFMG)** por aceitar o convite de participar da banca examinadora. Sua presença é uma honra.

Também devo gratidão a todos os **professores do curso** que deram sua parcela de contribuição, em particular os que tive contato direto nas disciplinas cursadas.

Aos **coordenadores municipais de saúde bucal** que auxiliaram na elaboração deste trabalho participando nas respostas aos questionários.

Por fim, agradeço especialmente à minha família:

Meu pai Marcondes que esteve sempre presente nos momentos mais difíceis, principalmente os da ida e da volta.

Minha mãe Maria Lêda que apesar de ter achado uma aventura a minha decisão de “ir nessa”, me apoiou com palavras, atos e orações. Mãe, desculpe os estresses...

Meu irmão Fausto sempre presente proporcionando as melhores situações, aquelas sem as quais a vida não seria tão prazerosa. Acabou viu?

Meu noivo Demétrio pela compreensão, companheirismo e ajuda nos momentos mais delicados. Meu carinho, afeto e muito obrigada. Agora podemos casar!

A eles dedico esta dissertação, na intenção de amenizar minhas ausências durante esse período e em sinal do mais profundo agradecimento.

E aqueles que certamente devo ter esquecido, perdôem-me pelo ato falho e se sintam incluídos no tradicional “a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho”.

O que mais me encantou além do universo de conhecimento...

O prédio, sede administrativa da Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, é uma das mais belas obras arquitetônicas do início do século XX. Em 1904, Oswaldo Cruz iniciou a construção daquela que é hoje a única edificação neo-mourisca da cidade do Rio de Janeiro.

O sanitarista acreditava que a ciência deveria ter um templo para que fosse reconhecida e conservada.

O projeto foi baseado em croquis desenhados pelo próprio cientista, inspirado no palácio de Alhambra, em Granada.

Possui ainda certa semelhança com o Observatório de Mountsouris, na França, que Oswaldo Cruz freqüentou no período em que fez sua especialização em microbiologia.

Foi erigido sobre uma das colinas da região, sendo um bloco imponente, com sua fachada voltada para o mar e cerca de 50 m de altura.

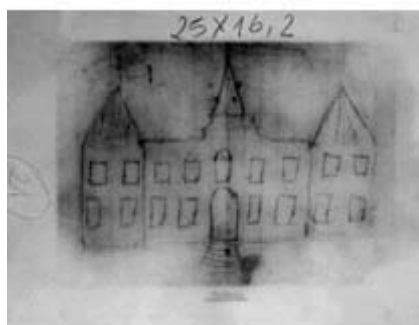
As paredes do porão são em granito retirado da própria pedreira de Manguinhos.

O elevador do Prédio Central da Fundação Oswaldo Cruz é o mais antigo ainda em funcionamento no Rio de Janeiro e foi instalado em novembro de 1909.

Submetido a um processo de restauração, o Pavilhão Mourisco passou a ostentar, desde 1994, uma iluminação monumental, concebida visualmente por Ney Matogrosso e projetada com apoio da General Eletric (GE).

Atualmente, o Pavilhão Mourisco abriga a Presidência da Fiocruz e seus órgãos, bem como a direção do Instituto Oswaldo Cruz, o Salão de Obras Raras da Biblioteca de Manguinhos, a Coleção Entomológica, a Sala de Oswaldo Cruz e outros espaços museológicos.

Em 2000 a Fundação comemorou o seu centenário como um dos mais renomados centros de pesquisa da América Latina e uma referência importante para cientistas do Brasil e do mundo.



Pavilhão Mourisco como esboçado por Oswaldo Cruz (1904) e como é hoje (2002)

*Ilustração da capa: Pavilhão Mourisco.
Logo do 1º Centenário 1900-2000.*

SUMÁRIO

| | |
|---|------|
| LISTA DE FIGURAS | ix |
| LISTA DE GRÁFICOS | ix |
| LISTA DE QUADROS | ix |
| LISTA DE TABELAS | x |
| LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS | x |
| | |
| RESUMO | xiii |
| ABSTRACT | xiv |
| | |
| INTRODUÇÃO | 1 |
| | |
| CAPÍTULO 1. Modelos assistenciais em saúde bucal: a busca por respostas | 4 |
| 1.1 Antecedentes | 4 |
| 1.2 Saúde Bucal Coletiva: principais tendências dos sistemas municipais de saúde bucal | 10 |
| | |
| CAPÍTULO 2. A trajetória de implantação do Programa de Saúde da Família no Brasil | 21 |
| 2.1 Os programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família: reorientação do modelo de atenção? | 26 |
| 2.2 Princípios básicos para a operacionalização do Saúde da Família | 33 |
| | |
| CAPÍTULO 3. A Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família | 40 |
| 3.1 A ruptura histórica | 40 |
| 3.2 Justificativa | 48 |
| 3.3 Hipóteses | 49 |
| 3.4 Objetivos | 51 |
| 3.5 Aspectos metodológicos da pesquisa | 51 |
| | |
| CAPÍTULO 4. Quando, quem, onde, como e por que? | 58 |
| 3.1 Caracterização dos municípios estudados | 58 |
| 3.2 Caracterização do Programa de Saúde da Família ou similar nos municípios estudados | 66 |
| 3.3 Detalhamento do Programa de Saúde da Família em relação às atividades em saúde bucal desenvolvidas | 72 |
| | |
| CAPÍTULO 5. Considerações Finais | 82 |
| | |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 86 |
| | |
| ANEXOS | 93 |

LISTAS

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| FIGURA 1 – Distribuição quantitativa de municípios com Cirurgião-Dentista e/ou Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família por Região e Unidade Federativa. Janeiro, 2001. | 55 |
|--|----|

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| GRÁFICO 1 – Evolução da implantação do Programa de Saúde da Família no Brasil. 1994 a 2000. | 31 |
| GRÁFICO 2 – Distribuição quantitativa dos municípios que possuem Cirurgião-Dentista e/ou Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família por Região. 1ª. Etapa do estudo. Janeiro, 2001..... | 55 |
| GRÁFICO 3 – Distribuição quantitativa dos municípios que possuem Cirurgião-Dentista e/ou Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família por Região. 2ª. Etapa do estudo. Janeiro, 2001..... | 61 |
| GRÁFICO 4 – Distribuição quantitativa dos municípios segundo denominação adotada para o Programa de Saúde da Família. Abril, 2002. | 67 |
| GRÁFICO 5 – Distribuição quantitativa dos municípios segundo instituição responsável pela execução do Programa de Saúde da Família ou similar. Abril, 2002. | 68 |
| GRÁFICO 6 – Número de municípios segundo número de Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Abril, 2002. | 69 |
| GRÁFICO 7 – Distribuição quantitativa dos municípios segundo cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Abril, 2002. | 70 |
| GRÁFICO 8 – Distribuição quantitativa dos municípios segundo período de implantação das atividades em Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Abril, 2002. | 73 |
| GRÁFICO 9 – Distribuição quantitativa dos municípios segundo realização de atividades curativo-restauradoras e categoria profissional da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Abril, 2002. | 74 |
| GRÁFICO 10 – Distribuição quantitativa dos municípios segundo recursos financeiros utilizados para o desenvolvimento das atividades em Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família e origem (fonte). Abril, 2002. | 75 |
| GRÁFICO 11 – Distribuição quantitativa dos municípios quanto a realização de avaliação de metas das atividades em Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Abril, 2002. | 76 |
| GRÁFICO 12 – Distribuição quantitativa dos municípios quanto a participação de instituições de ensino superior nas atividades em Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Abril, 2002. . | 78 |
| GRÁFICO 13 – Distribuição quantitativa dos municípios quanto a fluoretação de águas de abastecimento público. Abril, 2002. | 79 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| QUADRO 1 – Programa de Inversão da Atenção e suas três fases operacionais..... | 12 |
|---|----|

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| TABELA 1 – Distribuição dos recursos do Projeto Reforsus segundo suas quatro áreas programáticas. 2000. | 22 |
| TABELA 2 – Classificação, faixa de cobertura populacional e valores anuais do incentivo financeiro por equipe. Outubro, 2000. | 30 |
| TABELA 3 – Total de recursos obtidos junto ao Projeto Reforsus investidos nos Pólos de Capacitação em Saúde da Família. 1997 e 1999. | 32 |
| TABELA 4 – Cobertura de Equipes de Saúde no Programa de Saúde da Família por Unidade da Federação. Brasil, 2002. | 37 |
| TABELA 5 – Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde por Unidade da Federação. Brasil, 2002. | 38 |
| TABELA 6 – Cobertura de Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família por Unidade da Federação. Brasil, 2002. | 41 |
| TABELA 7 – Distribuição e cobertura populacional das primeiras Equipes de Saúde Bucal qualificadas no Programa de Saúde da Família. Março, 2001. | 47 |
| TABELA 8 – Distribuição quantitativa de estados/municípios com Cirurgião-Dentista e/ou Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família por Região e Unidade Federativa. Janeiro, 2001. | 54 |
| TABELA 9 – Distribuição quantitativa de estados/municípios com Cirurgião-Dentista e/ou Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família por Região, Unidade Federativa, contribuição percentual no Produto Interno Bruto nacional e número de leitos. Abril, 2002. | 60 |
| TABELA 10 – Tabela comparativa entre estados que possuem municípios com Cirurgião-Dentista e/ou Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família segundo contribuição percentual no Produto Interno Bruto nacional e número de leitos. Agosto, 2002. | 63 |
| TABELA 11 – Distribuição de estados/municípios com Cirurgião-Dentista e/ou Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, segundo Região, Unidade Federativa, IDH-M. Dezembro, 2002. | 66 |
| TABELA 12 – Características das categorias profissionais da(s) Equipe(s) de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família segundo jornada de trabalho semanal, vínculo empregatício, modalidade de incorporação e faixa salarial. Abril, 2002. | 71 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|--------------|---|
| ABEM | Associação Brasileira de Educação Médica |
| ABO | Associação Brasileira de Odontologia |
| ACD | Atendente de Consultório Dentário |
| AIDPI | Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância |
| APCD | Associação Paulista de Cirurgião-Dentista |
| ATSB | Área Técnica de Saúde Bucal |
| BID | Banco Interamericano de Desenvolvimento |
| BIRD | Banco Mundial |
| CD | Cirurgião-Dentista |
| CFO | Conselho Federal de Odontologia |
| CIB | Comissão Intergestora Bipartite |
| CIT | Comissão Intergestora Tripartite |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CPO-D | Cariados, Perdidos, Obturados – Dentes (índice) |
| DAB | Departamento de Atenção Básica |

| | |
|------------------|--|
| Datusus | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| Enatespo | Encontro Nacional dos Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos |
| ESBF | Equipe de Saúde Bucal da Família |
| Finep/MCT | Financiadora de Estudos e Pesquisas / Ministério da Ciência e Tecnologia |
| Fiocruz | Fundação Oswaldo Cruz |
| Funasa | Fundação Nacional de Saúde |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ICV | Índice de Condições de Vida |
| IDA | Integração Docente Assistencial |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IDH-M | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| IES | Instituição de Ensino Superior |
| Inamps | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| IPEA | Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas |
| NOAS | Norma Operacional de Assistência à Saúde |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PAB | Piso de Atenção Básica |
| PACS | Programa de Agente Comunitários de Saúde |
| PAS | Plano de Assistência à Saúde |
| PDI | Plano Diretor de Investimentos |
| PDR | Plano Diretor de Regionalização |
| PES | Planejamento Estratégico Situacional |
| PIA | Programa Inversão da Atenção |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| PNUD | Programa da Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| PPI | Programação Pactuada Integrada |
| PSC | Programa Saúde em Casa |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| PUC-MG | Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais |
| Qualis | Qualidade Integral em Saúde |
| Repibuco | Rede Nacional de Epidemiologia em Saúde Bucal |
| Reforsus | Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde |
| SAS | Secretaria de Assistência à Saúde |
| SESP | Serviços Especiais de Saúde Pública |
| SIA | Sistema de Informação Ambulatorial |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SILOS | Sistemas Locais de Saúde |
| SIS | Sistema de Informação |
| SPS | Secretaria de Políticas de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| THD | Técnico de Higiene Dental |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UERJ | Universidade Estadual do Rio de Janeiro |
| UFF | Universidade Federal Fluminense |
| UFRJ | Universidade Federal do Rio de Janeiro |
| UFS | Universidade Federal de Sergipe |
| UnB | Universidade de Brasília |

| | |
|-------------|--------------------------------------|
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais |
| UNIT | Universidade Tiradentes |
| UPE | Universidade de Pernambuco |
| USF | Unidade de Saúde da Família |

RESUMO

Este trabalho objetivou discutir, à luz de algumas experiências municipais, a inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) e os principais avanços e desafios apresentados na busca da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Como modelo assistencial atualmente adotado por aproximadamente 70% dos municípios brasileiros, o PSF vem se consolidando, para muitos autores, como um dos principais instrumentos de reestruturação do SUS. Paralelamente, verificava-se que entre os modelos assistenciais em saúde bucal desenvolvidos nos últimos anos, aquele centrado no núcleo familiar apresentava potencialidades para responder às demandas historicamente reprimidas pela não resolutividade de outros. Experiências inovadoras com características próprias e resultados exitosos estavam sendo desenvolvidas em alguns municípios. Por uma conjuntura política, econômica, técnica e social a saúde bucal foi oficialmente inserida no PSF por meio do estabelecimento de incentivos financeiros para municípios que se qualificassem para tal. Hoje, passado dois anos dessa “ruptura histórica” na Saúde Bucal Coletiva, observa-se ainda que elementos precisam ser identificados, analisados, estruturados e/ou normatizados. Para a identificação e análise inicial de alguns desses elementos, tanto facilitadores quanto limitadores para a concreta inserção da saúde bucal no PSF, foram estudados 36 dos 59 municípios que, há mais tempo, trabalham com Equipes de Saúde Bucal da Família. Os resultados encontrados neste trabalho acenam para alguns avanços importantes como: efetiva mudança da prática assistencial adotada (antes meramente curativo-restauradora em detrimento da preventivo-promocional); inserção de outras categorias profissionais como o técnico de higiene dentária e o auxiliar de consultório dentário na rede de serviços municipais; participação conjunta de instituições de ensino superior no desenvolvimento das atividades (com apoio docente-assistencial, capacitação ou disponibilização de recursos humanos); e desenvolvimento de alguns aspectos inovadores inerentes à própria assistência. Por outro lado, alguns desafios se apresentam como principais obstáculos a serem superados como: fragilidade dos serviços de referência e contra-referência; escassos recursos financeiros para implantação, execução e manutenção do programa; perfil inadequado dos profissionais; e falta de sensibilidade do gestor para o tema.

Palavras-Chave: Saúde Bucal Coletiva, Programa de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal, SUS, Odontologia.

ABSTRACT

The aim of this paper is to discuss, based on some municipal experiences, the addition of the Dental Health Care Team to the Family Health Care Program (PSF) and the main advances and challenges to be faced so as to strengthen the Unified Health Care System (SUS). As the health care model currently adopted by approximately 70% of the Brazilian municipalities, according to some sources, the PSF has turned into one of the main tools for the restructuring of the SUS. At the same time, it is noticed that among the dental health care models developed in recent years, that which was focused on the family presented a good response to the demand which has been historically restrained by the unfeasibility of previously adopted models. Innovative experiences with their own characteristics and positive results had been successfully carried out in some municipalities. Thanks to political, economic, technical and social circumstances, dental health care was officially added onto the PSF, by means of the establishment of fiscal incentive to the those clearly qualified municipalities. At the moment, two years since this “historical rupture” in Community Dental Health Care, there are some elements yet to be identified, analyzed, structured and/or standardized. For the initial identification and analysis of some of these elements, both favoring and restricting for the effective insertion of the dental health care into the PSF, 36 of the 59 municipalities that have been using the logics of Family Dental Health Care Teams have been studied. The outcome of such study shows some remarkable advances such as: effective change in the adopted approach (which used to be merely healing-restorative instead of preventive-promotional); insertion of other professional categories such as the technician in dental hygiene and the dental clinic assistant into the municipal service network; joint participation of institutions of higher learning in the development of activities (with support in assistance and teaching, capacitation or placement of human resources); and development of some innovative aspects concerning assistance itself. On the other hand, some challenges remain as obstacles to be overcome: limited reference service; lack of funds for the implementation, execution and maintenance of services; professionals’ inadequate profile; and the manager’s lack of response towards the issue.

Key-words: Community Dental Health Care, Family Health Care Program, Dental Health Care Team, SUS, Dentistry.

INTRODUÇÃO

*Não confio em ninguém com mais de 30
Não confio em ninguém com 32 dentes*

*Branco Mello, Marcelo Fromer
e Sérgio Britto*

O “homem das cavernas” já ia ao dentista, a julgar pelas conclusões iniciais de uma equipe de arqueólogos americanos que estudaram ossadas e artefatos de 8 a 9 mil anos, escavados em sítios no Baluchistão, região desértica do leste do Paquistão.

Em artigo publicado na revista britânica *New Scientist*, e divulgado no *Jornal O Estado de São Paulo*, em 12 de abril de 2001, com o título “A profissão mais antiga do mundo?”, os pesquisadores da Universidade do Missouri-Columbia sugerem que os habitantes daquela comunidade dispunham de brocas primitivas usadas no que “podem ter sido as primeiras obturações (*sic*) com ervas fazendo o papel de antissépticos e anestésicos”.

Dez mil anos depois... a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1998, demonstrava que no Brasil, 29,6 milhões de pessoas (18,7% da população brasileira) nunca foram ao dentista. Na área rural do país, o percentual sobe para 32% sem esse tipo de assistência.

A descoberta dos cientistas americanos e a pesquisa do IBGE podem trazer algumas reflexões, dentre várias outras, que demonstram como a questão da saúde bucal no Brasil tem sido historicamente tratada.

Considerado o país que mais forma cirurgiões-dentistas no mundo (9,5 mil por ano¹), com 170 faculdades de Odontologia espalhadas pelo país (os Estados Unidos, a título de comparação, possuem 65), o Brasil tem demonstrado, que apesar das conquistas obtidas nos últimos anos com a redução dos índices de cárie e doença periodontal, ainda detêm o estigma de país dos desdentados (principalmente na população adulta).

O Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Bucal (1993) resume de forma sistemática, o modelo de prestação de serviços odontológicos no Brasil:

“O modelo de saúde bucal vigente no Brasil caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira. Ineficaz para intervir na prevalência das

¹ Dados do Conselho Federal de Odontologia (CFO) em 2002.

doenças bucais que assolam o país, é elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação”.

Confirmando a descrição resumida acima, as estimativas internas do Ministério da Saúde, colocam em 35 milhões, o número de dentes extraídos anualmente na rede pública até início de 1992. (Weyne, 1999)

O acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil ainda é um dos principais problemas a serem resolvidos pelos sistemas públicos. O processo excludente e historicamente enraizado, foi posto em cheque após a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciado com a promulgação da Constituição Federal de 1998.

A implementação deste sistema e a capilarização de suas ações, ainda que tenha passado por um processo constante de reformulação a passos lentos, têm trazido à tona, problemas inerentes à estruturação mínima dos serviços, elencados principalmente pelos critérios definidos nos princípios do SUS.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde, com a efetivação dos princípios fundamentais de atenção à saúde como, equidade, integralidade da atenção e o já citado, universalidade, se vislumbra nos anos 90 pela formulação, implementação e execução de um Programa via Ministério da Saúde, chamado “Programa de Saúde da Família” (PSF).

A trajetória da saúde bucal nos modelos assistenciais historicamente adotados (ou não), ou ainda, modelos assistenciais mais propagados e relatados à implementação do PSF, é um dos principais objetos deste estudo.

De forma sistemática, e entendendo saúde bucal como parte integrante das políticas públicas a serem adotadas para o enfrentamento dos desafios a serem superados na efetiva concretização do SUS, este trabalho está dividido em cinco capítulos.

No primeiro, contextualiza-se a discussão dos modelos assistenciais em saúde bucal adotados nos últimos anos. Suas características, avanços e retrocessos na busca de respostas às questões referentes ao acesso, programação e cobertura e a recente experiência de modelo onde ocorre a inserção de equipes desta natureza no PSF.

No segundo capítulo, faz-se uma retrospectiva dos antecedentes do “Programa de Saúde da Família”, atualmente adotado pela esfera pública, como reorganizador de serviços e sistemas de saúde. De forma sintética, serão descritos os “paradigmas” e “antecedentes” que nortearam a implantação do programa no Brasil, além de uma contextualização como política de Estado.

No terceiro, busca-se fazer uma conexão entre a atual política pública de saúde, caracteristicamente centrada no PSF, com a histórica necessidade de busca de novos modelos de assistência em saúde bucal. Caracteriza-se portanto, a etapa de formalização da inserção de equipes de saúde bucal no referido Programa. Explicita-se ainda, o objetivo, a justificativa e as estratégias metodológicas escolhidas para identificar, descrever e analisar as principais características do atual modelo assistencial público de saúde bucal. Para tanto, foram estudadas algumas experiências municipais brasileiras.

No quarto, são apresentados os resultados coletados nos municípios estudados, além comentários sobre seus avanços e desafios.

E no quinto e último capítulo, são realizadas as considerações finais, não exatamente conclusivas, mas que visam apontar questões relevantes, com particularidades e/ou especificidades, além de outras questões que devem ser melhor trabalhadas.

Dessa forma e de maneira resumida, coloca-se como ponto chave para o início das formulações das hipóteses que permeiam este trabalho, o acompanhamento da experiência do Governo do Distrito Federal nos anos de 1998 e 1999, com a implantação do chamado “Programa Saúde em Casa”.

Sua implantação com posterior expansão do número de equipes de “Saúde da Família” atuantes no Distrito Federal, passou a incluir, na composição da equipe do Programa, mais um profissional: o cirurgião-dentista.

A necessidade de se mobilizar os recursos existentes, segundo um modelo de atenção integrada, resultou em uma experiência inovadora no âmbito nacional, uma vez que 100% da população do Distrito Federal, encontrava-se coberta pelo programa com assistência médica e odontológica.

Caracterizava-se esse Programa até o momento, por ter sido formulado, implantado e executado antes da publicação da Portaria n.º 1444, de 28 de dezembro de 2000 do Ministério da Saúde, que estabelece os incentivos financeiros para a inserção do cirurgião-dentista e/ou equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF).

Sabia-se também, por meio de relatos de experiências na literatura, que alguns municípios já desenvolviam atividades de saúde bucal no PSF e foram essas experiências, o objeto de estudo desta dissertação.

CAPÍTULO 1

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL: A BUSCA POR RESPOSTAS

*Sem saúde, sem dinheiro
Sem dente, sem teto, sem chão
Só tem a preocupação
Com a carne, com o leite, com o pão*

Jorge Zarath

1.1. ANTECEDENTES

A crise estrutural do setor público traz como conseqüência uma grande distância entre os direitos sociais garantidos e a efetiva capacidade de oferta dos serviços públicos.

A necessidade de se estabelecer mecanismos capazes de assegurar a continuidade das conquistas sociais, trouxe para o panorama institucional brasileiro propostas de mudanças traduzidas durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na tentativa de mudança do modelo assistencial² vigente, o sistema público brasileiro passou por modificações quanto à sua estrutura, forma e composição. Não sendo diferente com as práticas odontológicas exercidas nos modelos assistenciais adotados durante as últimas décadas.

Caracterizada por atividades fundamentadas no modelo hegemônico (centradas na assistência odontológica ao indivíduo doente, realizada individualmente pelo cirurgião-dentista e no espaço sempre restrito da clínica) e ainda baseada no paradigma Flexneriano, a Odontologia só iniciou processo interno de questionamento e busca de novas soluções gerenciais nos anos 50.

Este paradigma, iniciado e fundamentado pelo Relatório Flexner (produto de um estudo apoiado pela Fundação Carnegie e publicado em 1910, tendo Abraham Flexner como seu mentor), trouxe para a Odontologia os elementos ideológicos que ainda hoje a

² Segundo Souza (1996) e Teixeira (2000), modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial é a organização dos serviços a partir de um conjunto de saberes, e das diretrizes e princípios do SUS, de tal forma que proporcione a resolução do maior número possível de problemas da população.

caracterizam: mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnificação do ato e ênfase no curativo³. (Marcos & Mendes, 1985)

Sobre este aspecto, Cordón (1998a; 1998b e 2002) afirma que para a Odontologia, a grande contribuição sobre essa discussão se iniciou com W. J. Gies em 1927. A partir dos estudos anteriores de Flexner, Gies publica as primeiras conclusões do estudo da educação dental instituindo para a Odontologia uma posição mais positivista, monopólica, biologicista e mecanicista. A partir daí, denomina de Odontologia Giesiana, o que muitos autores tem chamado de Odontologia Flexneriana.

Trazendo essas características, apenas no início da década de 50 os serviços odontológicos nas práticas públicas sofreram algumas alterações. Para vários autores como Zanetti (1993), Narvai (1994), Lima *et al* (1996) e Roncalli (2000), somente após o acordo de cooperação técnica firmado entre o governo norte-americano e o governo brasileiro, que resultou na criação dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), mudanças puderam ser observadas conforme descrito adiante.

No período anterior à década de 50, registros de serviços odontológicos públicos puderam ser relatados com a criação do cargo de cirurgião-sangrador no Hospital Militar da Corte em 1809. Pelo menos até final do século XIX, boa parte da atuação da Odontologia de realizava na assistência inserida nas Forças Armadas. (Cunha, 1952)

Institucionalmente, pode-se verificar a atuação das Santas Casas de Misericórdia, as quais, no início da década de 1880, mantinham gabinete dentário destinado à realização de extrações. Além das Santas Casas, ocorreu a fundação das Clínicas Dentárias Escolares em São Paulo em 1912, as quais prestavam assistência a escolares. (Carvalho & Loureiro *apud* Roncalli, 2000)

Com relação à criação de um serviço público odontológico no âmbito dos municípios, apenas Werneck (1994) cita em Belo Horizonte, a criação do Departamento de Assistência à Saúde.

Esses autores citados anteriormente concordam que nesse período, a assistência odontológica era caracterizada pela falta de planejamento (livre demanda) e avaliação, além da inexistência de trabalho e técnicas uniformes, pelo preparo inadequado do profissional

³ Mecanicismo: faz a analogia do corpo com a máquina; Biologicismo: caracteriza a doença apenas no seu aspecto biológico; Individualismo: elege como seu objeto, o indivíduo, e, além disso, exclui os aspectos sociais da vida; Especialização: em função do mecanicismo, houve uma parcialização do objeto global e a fragmentação do processo de produção e do produtor, via divisão técnica do trabalho; Exclusão de práticas

para a execução das tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão. Ou seja, reproduzia a lógica interna da assistência prestada em consultórios particulares.

Portanto, apenas em 1951, com a criação da Seção de Odontologia no SESP, é que duas modalidades de práticas programáticas puderam ser observadas: fluoretação das águas de abastecimento público nas Companhias Municipais de Águas e Esgotos administradas pelo próprio SESP e a implantação de uma rede básica de atendimento odontológico na forma de “Sistema Incremental”, ou seja, pela incorporação gradativa de indivíduos no atendimento a partir das menores idades, e realizado por meio de um tratamento intensivo e realizado em poucas sessões. (Zanetti, 1993)

A definição clássica de “Sistema Incremental” é dada por Pinto (2000) como “um método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas”.

O modelo de assistência a escolares do SESP tinha como principal vertente ideológica, um movimento paralelo que estava se desenvolvendo e era denominado de Odontologia Sanitária⁴.

Sobre o SESP e a Odontologia Sanitária no Brasil, Narvai (1994) afirma:

“O SESP foi criado em 1942 como esforço de guerra, e mantido por um Acordo de Cooperação Técnica entre os Governos do Brasil e dos Estados Unidos, mas a seção de Odontologia, só surgiu em 1951 com os primeiros programas de odontologia sanitária desenvolvidos no País.”

Por sua vez, a Odontologia Sanitária, definida conceitualmente em 1962, por um dos seus maiores estudiosos, Mário Chaves, como “a disciplina da Saúde Pública que tem como missão, o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde bucal da comunidade”, foi criticada e analisada por Narvai (1994). Este último, afirma que a Odontologia Sanitária, adotada como referencial teórico para o desenvolvimento das ações no SESP, fora uma estratégia “fundamentada em modelos norte-americanos”, “importada de forma acrítica” e adotada em países para responderem a pressões sociais e para conter o “avanço do comunismo”.

alternativas: isso ocorre devido à supremacia da odontologia científica em detrimento da capacidade de promover ou restaurar a saúde e prevenir doenças. (Marcos & Mendes, 1985)

⁴ Para Narvai (1994), o termo Odontologia Social surgiu em 1977 após a publicação da segunda edição do “Manual de Odontologia Sanitária” de Mário Chaves que passa a utilizar o termo Odontologia Social em

O básico na filosofia do Incremental é que as crianças já atendidas fossem mantidas sob cuidados nos anos (ciclos escolares) subseqüentes, tratando-se as novas cáries que surgiam no intervalo de tempo entre a alta e o novo exame bucal. No momento em que as crianças com alta (tratamento completado) do ano, ou dos 2 anos anteriores, merecessem novo tratamento, entrava o Programa em sua segunda e definitiva fase, a de manutenção. (Fundação SESP *apud* Pinto, 1992)

O Sistema Incremental, a despeito do grande avanço que representou para a assistência odontológica da época, manteve-se vigente por quatro décadas, mas se mostrou, já no início dos anos 70, como um modelo superado, tanto do ponto de vista de sua eficácia, quanto de sua abrangência e cobertura. No primeiro caso, pelo fato de ter se estabelecido a partir do paradigma curativo-reparador, com clara dicotomia entre curativo-preventivo, o que provocou, na melhor das hipóteses, um aumento no número de dentes restaurados, mas sem nenhum impacto sobre os níveis de doença bucal. Com relação à abrangência, tratava-se de um modelo excludente, na medida em que priorizava (mais no sentido de exclusividade do que de prioridade) os escolares de 7 a 14 anos (com algumas variações). (Narvai, 1994; Loureiro, 1995; Lima *et al*, 1996)

Além das críticas apontadas anteriormente, Lima *et al* (1996) ao analisar a postura ética do profissional trabalhando na lógica do Sistema Incremental, é enfático ao afirmar que:

“(...) o incremental desenvolveu-se enquistado nas escolas, criando um sistema de privilégios e benesses, que favorece o dentista descompromissado com o serviço, por mantê-lo à parte do sistema de saúde sem o monitoramento e o acompanhamento do seu trabalho pelos mecanismos de controle sociais existentes no setor saúde. Conseqüentemente, não estava vinculado à unidade de saúde, mas sim a lógica da escola.”

Segundo Roncalli (2000) as experiências acumuladas do Sistema Incremental, possibilitaram tentativas de adaptações à realidade brasileira e, apesar de poder ser aplicado a qualquer clientela circunscrita, acabou se tornando sinônimo de modelo assistencial em saúde bucal, tipicamente para escolares, durante todo este período.

Dessa forma, entre os anos de 1950 a fins dos anos de 1980, a assistência odontológica pública no Brasil, ficou caracterizada pelo modelo predominantemente de assistência a escolares. Para o restante da população, a assistência se dava de forma pulverizada entre as diversas instituições, entre elas as conveniadas com o Sistema Previdenciário (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps), as

substituição ao termo Odontologia Sanitária. Numa análise de Narvai, Chaves considerava que ambas possuíam

secretarias estaduais de saúde e entidades filantrópicas. (Zanetti, 1993; Narvai, 1994; Lima *et al*, 1996)

Após os anos 80, os modelos assistenciais em saúde geral e especificamente os de saúde bucal, passaram a ter importância maior a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A crescente municipalização das ações, trazida pela implementação desse Sistema, pôs em cheque os modelos vigentes e imputou um grande desafio aos municípios que passaram a ter que reorganizar seus modelos assistenciais, num rápido intervalo e tendo ainda, o saldo de uma dívida histórica, representada por uma substancial demanda reprimida.

Trazendo ainda em seu bojo, os princípios da universalidade da atenção, integralidade e descentralização das ações e controle social⁵, o SUS imputou aos municípios a responsabilidade de formular estratégias com ações condizentes ao modelo assistencial preconizado pelo SUS.

Para Roncalli (2000), apesar do Sistema Incremental de base escolar, ser apenas em modelo programático com claras limitações, formava uma base muito sólida e “confortável” para grande parte dos municípios. Era um sistema que, embora importado de forma acrítica, tinha uma estrutura organizacional forte e consolidada e que esta, talvez tenha sido a principal razão do seu sucesso.

Mas a necessidade de se criar novo(s) sistema(s), a partir de outras bases, fizeram com que muitos municípios ficassem, de alguma maneira, “órfãos do incremental”, tendo ainda que elaborar seus próprios modelos. Mesmo com o aparecimento de algumas alternativas já a partir dos anos 70 (e em substituição à Odontologia Sanitária), como Odontologia Simplificada e a Odontologia Integral, que geraram clones por todo o País, esses modelos (que, na verdade, não chegaram a romper com a lógica programática do Incremental) não se consolidaram, a não ser em algumas experiências pontuais. (Oliveira, 1999)

A Odontologia Simplificada, surgida no reboque da chamada Medicina Comunitária (ou Simplificada), apareceu como alternativa para aumentar a produtividade, ampliar a cobertura com menor custo, por meio da simplificação das técnicas, equipamentos e recursos humanos.

o mesmo significado.

⁵ O SUS será melhor apresentado no Capítulo 2 deste trabalho, onde fazendo referência ao processo de estruturação do “Programa de Saúde da Família” como estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde para reorganização dos serviços de saúde, o mesmo passa a ser considerado o desencadeante deste processo.

Segundo Mendes & Marcos (1985), esta continuou a priorizar o curativo, apesar de discursar sobre a importância da prevenção. Trouxe também distorções implícitas em seus processos de trabalho, que durante seu desenvolvimento (simplificado) implicaram em queda de qualidade.

Em continuidade ao processo já descrito como Odontologia Sanitária de Mário Chaves, o movimento da Odontologia Simplificada também não conseguiu romper com o paradigma Flexneriano, mas trouxe importantes rupturas, principalmente na incorporação de práticas alternativas e no trabalho em equipe, como a incorporação de profissionais, principalmente nos serviços públicos, hoje reconhecidos como Técnicos de Higiene Dental (THD)⁶.

Já a Odontologia Integral, trouxe como principais características de mudança: a ênfase no preventivo, ações promocionais realizadas por outros profissionais além do cirurgião-dentista, extensão do entendimento além da questão biologicista da doença cárie e segundo afirma Narvai (1994) “a universalização e igualização, não sendo uma prática destinada a populações marginalizadas”.

Mas os grandes desafios continuavam a imputar aos modelos assistenciais elaborados, a formulação de estratégias capazes de superar um dos maiores estrangulamentos existentes nos serviços públicos odontológicos: a população-alvo programática.

Para Lima *et al* (1996), a busca pela superação da lógica “foquista”, centrada em coletivos restritos, continua a ser a principal intenção dos modelos a serem implantados, frente ao processo de construção do SUS.

O fato é que não se pode dizer que hoje se tenha uma fórmula para um modelo assistencial em saúde bucal. O que se denomina hoje, por alguns autores, como modelo da Saúde Bucal Coletiva, é uma estratégia ainda em construção, centrada nos princípios do SUS

⁶ O Técnico de Higiene Dentária, é uma profissão regulamentada pelo Conselho Federal de Odontologia que autoriza o exercício da mesma ao portador de diploma ou certificado que atenda ao disposto no Parecer nº 460/75, aprovado pela Câmara de 1º e 2º graus, do Conselho Federal de Educação. Compete ao THD: participar do treinamento de atendentes de consultórios dentários; colaborar nos programas educativos de saúde bucal; colaborar nos levantamentos e estudos epidemiológicos como coordenador, monitor e anotador; educar e orientar os pacientes ou grupos de pacientes sobre prevenção e tratamento das doenças bucais; fazer a demonstração de técnicas de escovação; responder pela administração de clínica; supervisionar, sob delegação, o trabalho dos atendentes de consultório dentário; fazer a tomada e revelação de radiografias intra-orais; realizar teste de vitalidade pulpar; realizar a remoção de indutos, placas e cálculos supragengivais; executar a aplicação de substâncias para a prevenção da cárie dental; inserir e condensar substâncias restauradoras; polir restaurações, vedando-se a escultura; proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após os atos cirúrgicos; remover suturas; confeccionar modelos e, preparar moldeiras. (CFO, 1993).

e com ênfase na Promoção da Saúde⁷, mas ainda sem uma matriz programática definida. (Oliveira, 1999)

Oliveira (1999) afirma ainda de forma categórica, que:

“Os modelos assistenciais em saúde bucal que ora se estruturam no País devem começar a trabalhar exatamente a partir deste novo ponto: um reordenamento da prática odontológica, com mudanças sensíveis na abordagem do processo saúde-doença bucal. O SUS proporciona uma base filosófica e programática que aponta para esta mudança de concepção.”

Com referência a constituição da chamada Saúde Bucal Coletiva, sob forte influência da Reforma Sanitária, sua novidade era o lançamento de um olhar político, passando a ter a saúde bucal do cidadão, seu direito constitucionalmente garantido.

É a partir de 1990, com o processo de municipalização, que boa parte dos municípios aderiram a modelos gerenciais mais racionais (tecnicamente) e de maior acesso às ações e serviços de proteção sanitário-bucal. Os principais exemplos, divulgados por meio de publicações científicas, revistas, encontros da área e congressos, são os das prefeituras de Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR), Diadema (SP), Ipatinga (MG), São Paulo (SP), Santos (SP) e o Distrito Federal. (Cordón, 1992; Lima *et al*, 1996; Oliveira, 1998; Roncalli, 2000)

1.2. SAÚDE BUCAL COLETIVA: PRINCIPAIS TENDÊNCIAS DOS SISTEMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE BUCAL

Num estudo, que já se tornou clássico para a Odontologia, Nadanovsky & Sheiman (1995) encontraram que a contribuição dos serviços odontológicos na redução da cárie em crianças de 12 anos em vários países industrializados foi de apenas 3%, enquanto que os aspectos sócio-econômicos contribuíram entre 35 e 50%. Realidade que há de ser a mesma na maioria dos países da América Latina e provavelmente no Brasil.

Apesar de estudos como este, a busca pela estruturação dos serviços odontológicos nos modelos públicos de assistência no Brasil é um desafio. Ainda não se percebe hoje, no País, um sistema que tenha se estabelecido como hegemônico. Algumas tendências, ainda não totalmente disseminadas, chamam a atenção por se replicarem em diversos locais.

⁷ No conceito de Promoção da Saúde, estão englobados os seguintes objetivos: motivar o auto-cuidado, promover atenção à saúde familiar, obter melhora ambiental, trabalhar visando a prevenção de riscos específicos e cuidados básicos de saúde, democratizar as ações de saúde bucal e contribuir com a participação e controle social da sociedade no sistema de saúde.

Entre estas tendências, segundo Oliveira (1998) e Roncalli (2000), destacam-se o **sistema inversão da atenção**, a **atenção precoce em saúde bucal** (Odontologia para Bebês) e os **modelos estruturados a partir do núcleo familiar** (Saúde da Família). Sendo, este último, o principal objeto deste trabalho.

Descreveremos a seguir algumas características destas tendências para melhor entendimento das mesmas.

SISTEMA INVERSÃO DA ATENÇÃO **(Programa de Inversão da Atenção)**

Surgido em fins dos anos 80 e início dos anos 90 a partir de elaborações teóricas de Loureiro & Oliveira (1995), professores da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), o Programa Inversão da Atenção (PIA) alcançou um sucesso considerável em alguns municípios de Minas Gerais, entre os mais significativos, João Monlevade e Timóteo. Foi também aplicado em estados como o Ceará (Loureiro, 1994) e Mato Grosso (Cordón, 1992) e constituído como uma “nova estratégia” por uma equipe de consultoria situada em Belo Horizonte (MG), a Estação Saúde.

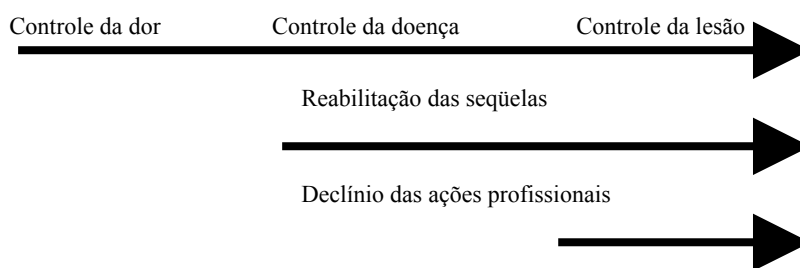
Segundo Roncalli (2000), o grande mérito deste sistema foi ter resgatado uma matriz programática sob as novas bases que se apresentavam (em síntese, os princípios do SUS).

O princípio básico do PIA é a mudança do enfoque de “cura” da cárie para o de “controle”. Assim, são definidas três fases operacionais distintas dentro do programa, inter-relacionadas e retroalimentadas por um sistema de informação eficiente e que representa um período de “transição epidemiológica” (Quadro 1).

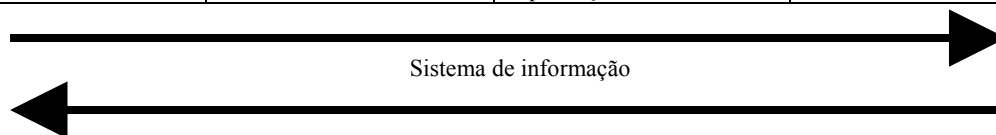
A primeira fase, a “estabilização”, tem por objetivo reduzir a incidência e a velocidade de progressão da doença bucal, utilizando-se de ações preventivas coletivas e individuais não-invasivas para o controle da doença, e ações individuais de tecnologia invasiva para o controle da lesão. A segunda fase compõe a “reabilitação” onde se dá o restabelecimento da estética e função perdidas pelas seqüelas da doença. Numa terceira fase se dá o “declínio”, onde a doença e a lesão estão sob controle e onde, supostamente, trabalha-se com a população sobre os fatores condicionantes, introduzindo a noção e métodos de autocuidado. (Werneck, 1994; Loureiro & Oliveira, 1992; Loureiro & Oliveira, 1995; Moura *et al*, 1995)

QUADRO 1 – Programa de Inversão da Atenção e suas três fases operacionais.

| FASES | ESTABILIZAÇÃO | REABILITAÇÃO | DECLÍNIO |
|--------------------|--|--|--|
| Objetivo | Redução da incidência e da velocidade de progressão da doença bucal | Reestabelecimento da função e da estética bucal comprometidas pelas seqüelas da doença bucal | Redução da necessidade de intervenção profissional pelo aumento da possibilidade de interferência da sociedade sobre os condicionantes da saúde/doença bucal |
| Estratégia de ação | Controle de lesão por ações de tecnologia invasivas: . ações coletivas . ações individuais Controle da lesão por ações de tecnologias invasivas: . ações individuais | Ações individuais e de complexidade variável Processo de referência e contra referência | Educação para a saúde individual e coletiva com amplo envolvimento social |



| | | | |
|-------------------|--------------------------------|--|---|
| Operacionalização | Estudo demográfico | Planejamento treinamento de RH | Levantamento saúde-doença |
| | Estudo do espaço social urbano | Desenho de espaço físico | Construção de parâmetros de demanda e necessidades em condição de baixa prevalência de doença bucal |
| | Levantamento saúde-doença | Construção do sistema Gerencial e Administrativo | |
| | Avaliação dos serviços | Determinação de tecnologia e estratégia | |
| | Avaliação de RH | Sistema de Avaliação | |
| | | Divulgação | |
| | | Implantação | |



Fonte: Loureiro & Oliveira (1992).

Segundo Roncalli (2000), o PIA não trouxe grandes novidades, pois seu marco teórico referencial em muito se assemelhava a outras elaborações teóricas como a Odontologia

Integral, no sentido de que são mantidas as mesmas críticas ao modelo e resgata a necessidade de uma abordagem preventivo-promocional no combate às doenças bucais.

Do ponto de vista da lógica programática, incorpora conceitos do planejamento estratégico situacional (PES), – embora isto não seja explícito – territorialização, busca da universalidade da atenção e trabalha com tecnologias preventivas de alto conteúdo controlador e tecnológica-dependente, como o uso massificado de selantes⁸, por exemplo.

Já para Lima *et al* (1996) a Inversão conseguiu fazer com que esta limitada atenção, assumisse o caráter preventivo avançado, mas não obtendo grandes méritos no que diz respeito ao entendimento mais amplo de promoção. Sobre este sistema, afirma:

“Não acumulou êxito em romper com a lógica do coletivismo restrito herdado, uma vez que é aplicado a ‘qualquer coletivo’, desde que seja restrito (escola, creche, empresa, associação etc). Em termos de desafios à programação local em saúde bucal, a proposta da Inversão ficou devendo solução mais orgânica e potencializadora do processo de politização sanitária historicamente pretendido.”

De certa forma, pode-se dizer que o sucesso do PIA tem as mesmas razões do sucesso que teve o Sistema Incremental durante décadas, ou seja, se apresenta como um modelo estruturado, com uma matriz organizativa definida, normatização de atividades, treinamento de recursos humanos, além de uma base teórica sólida, embora seus princípios não constituam uma unanimidade.

Trata-se, portanto, segundo Córdón (1992) e Roncalli (2000), de “uma postura de apoio às minorias”, reflexo do que foi a trajetória histórica da estruturação de modelos assistenciais em saúde bucal de abrangência municipal no Brasil, as quais nunca se constituíram a partir de uma identidade própria, oriunda dos anseios populares e da consciência de mudança dos trabalhadores em saúde bucal.

ATENÇÃO PRECOCE EM ODONTOLOGIA (Odontologia para Bebês)

Com relação à atenção precoce em Odontologia, atualmente referida como “Odontologia para Bebês”, a mesma vem sendo incorporada de forma gradual, uma vez que a assistência odontológica a menores de 6 anos sempre constituiu um problema, em virtude da

⁸ Selantes são materiais plásticos (resinas) utilizados para “cobrir” as superfícies oclusais (fôssulas e fissuras) principalmente dos dentes posteriores. Como função, evitam a aderência da placa bacteriana em locais de difícil acesso.

prática consolidada de se manter o grupo prioritário (escolares de 6 a 14 anos). (Rezende, 2000b; Roncalli, 2000)

Esta exclusão da população abaixo de 6 anos se justificava em virtude do desconhecimento predominante a respeito do desenvolvimento da doença cárie, como também por critérios operacionais (era mais prático atender somente escolares de primeiro grau).

A idéia de que o desenvolvimento da cárie na dentição decídua não guardava nenhuma relação com a dentição permanente originou o raciocínio de que não havia necessidade de se tratar (pelo menos no nível da Saúde Pública) a dentição decídua. (Oliveira, 1999; Roncalli, 2000)

No Brasil, Pereira (1929) no livro “Educação Dentária da Criança”, já enfatizava a importância da propagação dos cuidados mínimos em saúde bucal, já no seio familiar, pois segundo o autor, “a profilaxia deve começar desde a vida da criança no ventre materno com a formação dos órgãos dentários sadios e bem calcificados”.

Já Costa (1939), dez anos depois, se posicionou contrário a Pereira (1929), afirmando que a interferência odontopediátrica deveria abranger crianças na faixa de idade de 2 a 12 anos. Este posicionamento, também encontrou defensores em diversas partes do mundo, como na Argentina e na Alemanha. (Walter *et al*, 1996)

Com o desenvolvimento da Cariologia e de sua incorporação em diversos países como Estados Unidos Inglaterra, Japão e Suécia, foi disseminado o princípio do tratamento da cárie enquanto doença infecciosa, ressaltando a importância de seu controle o mais precocemente possível. (Walter *et al*, 1996)

Logo, essa tendência mundial de atenção odontológica em crianças de baixa idade, com o estabelecimento de programas de educação, medidas preventivas e controle da cárie, atenção primária e tratamentos curativos específicos, também encontrou seguidores no Brasil.

Surge a atenção precoce em Odontologia e seu maior expoente é a experiência realizada pela Universidade Estadual de Londrina no Paraná em 1986, com o apoio da Financiadora de Estudos e Projetos, do Ministério da Ciência e Tecnologia (Finep/MCT), com o chamado projeto “Bebê-Clinica”.

Além dos resultados significativos na redução da prevalência e severidade da cárie, um dos grandes méritos do programa foi ter introduzido uma nova mentalidade nos profissionais e nos usuários, na medida em que estes passaram a procurar o serviço para atividades preventivas com uma maior frequência. (Oliveira, 1999)

No setor público, as experiências mais remotas de bebê-clínicas implantadas no Brasil são as de Volta Redonda (RJ) na Companhia Siderúrgica Nacional e em Cambé (PR). Entre as universidades pioneiras que começaram a desenvolver esta tecnologia, temos a Universidade Estadual de Ponta Grossa (PR), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (RS), a Faculdade de Odontologia de Caxias (RJ) e a Universidade de Brasília (DF). (Walter *et al*, 1991; Walter *et al*, 1996)

Além disto, a experiência com bebê-clínicas foi implantada em todo o município de Londrina nas suas 25 unidades de saúde, e tem sido estendida para todo o Estado do Paraná dentro do Projeto Protegendo a Vida. (Temponi & Drumond, 1997).

Estes mesmos autores, no estudo realizado com seis experiências de clínicas de bebês em serviço público e universidades do Brasil, afirmam que “a maior parte dos programas não estão inseridos em projetos globais de saúde que busquem desenvolver políticas com estratégia integrada de fatores de risco comum a nível municipal, estadual ou federal”.

Em um outro estudo, Oliveira *et al* (1998), avaliando os projetos de saúde bucal de 40 municípios de 8 estados brasileiros, concluem que esse é um fenômeno crescente e um número cada vez maior de municípios está implantando clínicas de bebês como sinônimo de assistência odontológica.

A atenção precoce em Odontologia é uma conquista estratégica fundamental, numa perspectiva preventivo-promocional, mas há de se observar o modo e a forma de implantação deste novo modelo de atenção uma vez que pode, novamente, estabelecer um sistema tão excludente quanto os do passado incremental.

MODELOS ESTRUTURADOS A PARTIR DO NÚCLEO FAMILIAR

(Saúde da Família)

A idéia de se estruturar modelos de assistência à saúde a partir da família, teve seu primeiro exemplo no Brasil, no município de Curitiba (PR), onde desde de sua implantação, o Programa de Saúde da Família (PSF) desenvolve atividades em saúde bucal. (Souza Júnior, 1996; Oliveira *et al*, 1999; Lima *et al*, 1996; Roncalli, 2000)

Uma característica importante e digna de nota do município de Curitiba como um dos grandes inovadores neste modelo⁹, é que sua proposta surgiu antes mesmo do PSF ser definido como modelo reorientador pelo Ministério da Saúde, e desde 1980 a participação da saúde bucal já foi implantada, com a inserção de profissionais nesta equipe: Cirurgião-Dentista (CD), Técnico de Higiene Dentária (THD) e o Atendente de Consultório Dentário (ACD)¹⁰. (Aguiar, 1998; Curitiba, 1999; Roncalli, 2000)

Alguns trabalhos foram desenvolvidos internamente nas unidades de saúde de Curitiba, objetivando estudar a inserção da Odontologia no PSF e desenhar guias de conduta de atenção odontológicas no programa. Dentre eles, destacam-se os de Linhares *et al* (1995) e Sugita (1999).

A atuação da saúde bucal junto às equipes do PSF se caracterizava por meio da utilização do cadastro familiar comum, o que permite as visitas domiciliares compartilhadas. No âmbito do domicílio, a ênfase maior é dada às ações educativas e preventivas, além de uma atenção curativa, dentro das possibilidades da equipe, para as pessoas com dificuldade de locomoção, idosos e pessoas que, de alguma forma, não possam se deslocar até a unidade de saúde. (Souza Júnior, 1996; Curitiba, 1999)

Segundo Lima *et al* (1996), a crítica ao modelo curitibano é que existe uma concentração da atenção preventiva ainda na unidade de saúde, bem como a falta de mecanismos arquitetados para articular o atendimento curativo a uma lógica que potencialize as ações preventivo-promocionais realizadas com a família.

Além de Curitiba, outra experiência que ecoou nos congressos, simpósios e encontros de Saúde Bucal Coletiva, foi a prática docente-assistencial desenvolvida nos cursos de graduação e especialização na Universidade de Brasília (UnB) nos anos de 1995 e 1996. (Lima *et al*, 1996; Zanetti, 2001)

Sobre a experiência desenvolvida no Distrito Federal, Lima *et al* (1996) descrevem:

⁹ Cabe ressaltar que a estratégia formulada em Curitiba foi totalmente baseada nos princípios básicos da Medicina Familiar do *Canadian College of Physicians* depois de seguidos contatos com a Universidade de Toronto, na época de sua formulação. (Aguiar, 1998; Curitiba, 1999; Roncalli, 2000)

¹⁰ O Atendente de Consultório Dentário é uma profissão regulamentada pelo Conselho Federal de Odontologia que autoriza o exercício da mesma ao portador de certificado expedido por curso ou exames que atendam, integralmente aos dispostos na Lei e nos pareceres 460/75 e 699/72 do Conselho Federal de Educação. Compete ao ACD: orientar os pacientes sobre higiene bucal; marcar consultas; preencher e anotar fichas clínicas; manter em ordem arquivo e fichário; controlar o movimento financeiro; revelar e montar radiografias intra-orais; preparar o paciente para o atendimento; auxiliar no atendimento ao paciente; instrumentar o cirurgião-dentista e o técnico em higiene dental junto à cadeira operatória; promover isolamento do campo operatório; manipular materiais de uso odontológico; selecionar moldeiras; confeccionar modelos em gesso; aplicar métodos preventivos para controle da cárie dental; proceder à conservação e à manutenção do equipamento odontológico. (CFO, 1993)

“Ela organiza uma prática visitadora não só com ações promocionais, mas também com ações preventivas intradomiciliares rotineiras. As ações são feitas com visitas mensais, mediante uma equipe de saúde bucal ampliada, constituída de pessoal local (e voluntário) sob orientação dos cirurgiões-dentistas alunos do curso. Os resultados obtidos são promissores, não só em termos de cobertura e baixo custo, como também em termos de impacto preventivo (universalizou-se a atenção considerando todos os habitantes e todas as famílias como ‘pacientes de risco’) e de impacto político-promocional (quando é possível trabalhar com a idéia de autocuidado e estender a noção de controle social do cidadão comum).”

O trabalho desenvolvido na UnB ganhou notoriedade após a divulgação de um estudo realizado por Lima *et al* (1998) sobre a redução da incidência de cárie dental promovido pelo Programa de Saúde Bucal da Família da UnB, junto a 600 famílias domiciliadas na cidade satélite do Paranoá (DF).

Considerado “pioneiro mundialmente”, o mesmo constatou, que a um custo *per capita* anual de R\$ 5,00 (cinco reais) as crianças na idade escolar de 12 anos domiciliadas nesta cidade, passaram a ter menos da metade de casos novos de cárie em relação às crianças do Plano Piloto e Lagos (bairros de classe média alta e alta de Brasília); menos de um terço em relação à média das crianças do DF; e, um décimo das crianças brasileiras sem qualquer assistência¹¹.

Em 1997, o Governo do Distrito Federal, tendo implantado o “Programa Saúde em Casa” (PSC) nos moldes do Programa de Saúde da Família, insere o cirurgião-dentista, o THD e o ACD como profissionais pertencentes à equipe mínima. Neste período, 100% da população do DF, encontrava-se coberta pelo programa.

Além das experiências de Curitiba e do DF, outras pontuais experiências foram relatadas na literatura em municípios e/ou estados (como no caso de São Paulo).

Em Cabo de Santo Agostinho (PE), foi desenvolvida estratégia alternativa para a inserção da saúde bucal no também localmente chamado “Programa Saúde em Casa” (PSC).

Sem possibilidade imediata de contratação de cirurgiões-dentistas para atuar junto ao PSC, após sua implantação em 1997, o município optou por capacitar as equipes de saúde do programa compostas por médicos, enfermeiros, agentes de saúde e auxiliares de enfermagem. Todas as equipes foram capacitadas por meio de oficinas, para o desenvolvimento de atividades educativas/preventivas em saúde bucal junto às famílias cadastradas. Esta capacitação se deu em parceria com a Faculdade de Odontologia da Universidade de

¹¹ Índice utilizado: CPO-D (Cariados, Perdidos, Obturados – Dentes).

Pernambuco (UPE) e foram planejadas e desenvolvidas por uma equipe multiprofissional. Na época, o programa cobria 70% dos habitantes do município (Botelho *et al*, 1999).

Na cidade de Palmas (TO), a primeira equipe do PSF surgiu em 1997, ainda em caráter experimental e que incluía, além da equipe mínima, o trabalho de um psicólogo, um assistente social e um cirurgião-dentista. Essa equipe funcionou durante um ano e meio quando o programa pode ser ampliado para cinco equipes. Segundo Franklin (2000b), existiam até julho de 2000, vinte equipes atuando no município e cobrindo cerca de metade da população.

No município de Camaragibe (PE), o PSF chegou a elaborar um projeto considerado piloto chamado “Dentista de Família”. O município, pertencente à região metropolitana de Recife e desde 1994 já contava com equipes de saúde da família. Conforme relata o trabalho sobre este projeto, foi em 1998, a partir de demandas da sociedade civil e da percepção da necessidade do cirurgião-dentista no programa por parte do nível central que foram implantados em duas áreas de cobertura do município, o projeto-piloto do “Dentista de Família”. (Camaragibe, 1998)

No Estado de São Paulo, cerca de 1200 equipes do PSF já atuavam em 352 municípios até dezembro de 2001. Como o município de São Paulo era organizado via Plano de Assistência à Saúde (PAS), o Governo do Estado implantou um projeto similar chamado Projeto Qualis¹². As ações de saúde bucal foram incluídas no PSF em 1998 por meio do Qualis e desenvolvidas pela Secretaria Estadual de Saúde em parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini. (Travaglini, 2002)

Em Aracaju, o desenvolvimento de ações de saúde bucal no PSF, foi relatado em 1999 num trabalho descritivo sobre a realização do I Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal do município. Contando com 12 equipes compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas, assistentes sociais e agentes comunitários, o programa cobria na época, 45,09% da população. (Aracaju, 1999)

¹² O Projeto Qualidade Integral em Saúde – Projeto Qualis é a designação dada ao Programa de Saúde da Família no município de São Paulo. Foi implantado em abril de 1996 e é considerada a primeira experiência do PSF em área densamente povoada. O MS tentou trazer a experiência para o município de São Paulo em 1995, possibilitando referendar a estratégia do PSF para todo o Brasil. O governo municipal de São Paulo escolheu uma outra forma de organização dos serviços de saúde, por meio das Cooperativas Médicas, criando o Plano de Assistência à Saúde (PAS). Tal imperativo trouxe ao MS necessidade de operar o PSF utilizando-se da parceria com uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, experiente no setor saúde – a Casa de Saúde Santa Marcelina – e o Governo Estadual, por meio da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. Destaca as singularidades do evento que se colocam como experiências inéditas, exceção em todo o Brasil: a maior cidade da América Latina realiza a experiência de reorientação e reorganização das ações de saúde em um contexto que coloca a estratégia Saúde da Família fora do vínculo com o Sistema Municipal de Saúde. (Santos, 2001)

Posteriormente, Franklin (2000a) descreveu que a inserção do cirurgião-dentista no PSF se concretizou em 1998, após a ampliação da equipe básica conforme deliberação da V Conferência Municipal de Saúde, incorporando-se também assistentes sociais.

Entre as atividades desenvolvidas pelo cirurgião-dentista, foram citadas a realização de: visitas domiciliares, treinamento de agentes comunitários de saúde e atividades relacionadas à educação em saúde (palestras), escovação coletiva na comunidade, aplicação coletiva de flúor no domicílio e ações individuais curativas nas comunidades. (Aracaju, 1999)

E por fim, entre as experiências municipais encontradas na literatura, Brigham & Rodrigues (2000) e o Jornal do Conselho Federal de Odontologia (2001), descrevem Vitória da Conquista (BA), como o primeiro município do Estado da Bahia, a possuir, em abril de 1998, equipes do PSF compostas por médico, enfermeiro, odontólogo, três auxiliares de enfermagem, seis a oito agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos, auxiliares de limpeza e serviços gerais e vigilantes. Cita ainda, que em 1996, o município registrava 10.062 procedimentos odontológicos realizados e em dezembro de 1999, após a implantação do PSF e a inserção do odontólogo, o acréscimo para 53.724 procedimentos.

Zanetti (2000) cita ainda, sem maiores comentários e em mensagem enviada para a lista de discussão na internet Repibuco (Rede Nacional de Epidemiologia em Saúde Bucal) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), o município de Porto Alegre (RS). E em outro trabalho publicado pelo mesmo autor, os estados de Goiás e Ceará. (Zanetti, 2001)

Estas experiências relatadas em publicações, comumente divulgadas em encontros e comentadas em listas de discussão na Internet, tinham em comum, o fato de serem iniciativas próprias de governos municipais e/ou estaduais e, portanto, motivadas por circunstâncias ou interesses inerentes ao momento político, social e econômico do município e/ou Estado.

Cabe ainda ressaltar que no início de 2000, a Área Técnica de Saúde Bucal (ATSB) do Ministério da Saúde não possuía dados referentes ao número e nomes de municípios que já desenvolviam ações de saúde bucal, na lógica do programa implantado desde 1994 pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde.

Mas neste primeiro semestre de 2000, já acenava com a possibilidade de “inclusão e/ou integração da saúde bucal no Programa de Saúde da Família” e ainda, que havia “uma indefinição no plano nacional se cada CD seria responsável por uma ou duas equipes de PSF”.

A ruptura histórica que aconteceu no ano de 2000, com relação a municípios que desenvolviam ações de saúde bucal na lógica do Saúde da Família, ocorre com a publicação

da Portaria n.º 1444 em 28 de dezembro de 2000 pelo Ministério da Saúde, que passa a estabelecer incentivos financeiros para a inserção da saúde bucal no referido programa (este será o recorte utilizado pelo trabalho para a definição de seu campo de estudo).

De qualquer forma, o que podemos observar em comum nas experiências citadas, é a presença das instituições de ensino superior públicas (universidades estaduais e/ou federais) dos respectivos estados e do Distrito Federal, participando de forma direta ou indireta nestes relatos, e portanto, conferindo aos mesmos, caráter experimental e pioneiro.

Finalmente, o que deve ser destacado com a idéia do Saúde da Família, é que a assistência com base no domicílio poderá introduzir na esfera odontológica, uma nova lógica assistencial que rompe, ou possibilitará romper, com a prática histórica da Odontologia, essencialmente centrada no alívio da dor, e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório.

CAPÍTULO 2

A TRAJETÓRIA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

*Miséria é miséria em qualquer canto
Riquezas são diferentes
Todos sabem escovar os dentes
Riquezas são diferentes*

Arnaldo Antunes

Nos últimos anos, com a mudança do objeto de atenção (a família), do enfoque de atuação (atenção primária) e da organização geral dos serviços, a estratégia de Saúde da Família passa a ser o desenho adotado pelo Ministério da Saúde, como um “novo modelo” de atenção, carreando os programas, projetos, ações e atividades que vêm sendo desenvolvidas no país.

Formulado em 1993, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi impulsionado por duas ações do âmbito federal que contribuíram para a sua implementação e expansão: a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS N° 01/96), que valorizou a cobertura pelo programa, por meio de incentivo financeiro aos municípios¹³; e o “Projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) – Reforsus”, uma iniciativa do Ministério da Saúde com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Banco Mundial, que contempla o PSF em seu Componente I, Área Programática II, como prioridade de investimento¹⁴. (Aguiar, 1998)

Na tabela a seguir observamos o montante de recursos destinados ao PSF, segundo as áreas programáticas que compõem o projeto.

¹³ Mais adiante será explicado os termos pactuados na NOB-SUS N° 01/96 para o Programa Saúde da Família

¹⁴ O Projeto Reforsus (Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde) é um projeto do Ministério da Saúde que integra o Plano de Metas do próprio Ministério e o Programa Brasil em Ação do governo Fernando Henrique Cardoso. Instituído no final de 1996, por meio de um acordo de empréstimo celebrado entre o governo brasileiro, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BIRD) – no valor de US\$ 650 milhões – busca reforçar a rede de saúde com o investimento em projetos que visem à recuperação física, tecnológica, gerencial e operacional das unidades de saúde (públicas e filantrópicas) e ampliem o acesso aos serviços à população brasileira. O Projeto possui dois Componentes. O Componente I é composto, basicamente, pelos investimentos para recuperar a rede física de saúde e melhorar a atividade gerencial das unidades que receberam recursos do Projeto. Já o Componente II é constituído de ações, projetos e pesquisas para apoiar a melhoria do desempenho do sistema de saúde. (Brasil, 2000g)

TABELA 1 – Distribuição dos recursos do Projeto Reforsus segundo suas quatro áreas programáticas. 2000.

| Área Programática | Número de Projetos | Valor do Investimento (R\$) |
|--|--------------------|-----------------------------|
| AP I - Readequação Física, Tecnológica e Gerencial da Rede Hospitalar | 880 | 365.000.000,00 |
| AP II - Programa Saúde da Família | | 45.500.000,00 |
| AP III - Readequação Física, Tecnológica e Gerencial da Rede de Sangue | 90 | 52.000.000,00 |
| AP IV - Readequação Física, Tecnológica e Gerencial dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública | 27 | 32.500.000,00 |

Fonte: <http://www.reforsus.saude.gov.br/> em 24 de maio de 2000. (Brasil, 2000g)

Mas a idéia da unidade familiar, como preconizada nos dias atuais pelo programa, é historicamente anterior. Centrada na figura do médico de família e sua formação, já no início da década de 60, a Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrava-se preocupada com a formação dos profissionais chamados de “Médico de Família”. (Paim, 1995; D’Aguiar, 2001)

Em 1966, nos Estados Unidos da América, foram dados os primeiros passos nesse sentido que culminou com o reconhecimento da Medicina Familiar como especialidade médica em 1969.

Esta nova especialidade, segundo D’Aguiar (2001), surgiu com a finalidade de conter a demanda para a especialização médica, a hospitalização e os serviços altamente especializados.

Segundo Paim (1995) – neste mesmo enfoque de análise da formação médica – no Brasil, o histórico da medicina familiar inicia-se com os esforços da OMS, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) nos anos de 1973 e 1979. Ressalta que estes esforços não estavam baseados nas questões relacionadas aos determinantes sociais da doença ou ao acesso aos serviços de saúde da população, e sim na formação de recursos humanos generalistas ou preparados para o trabalho em uma unidade familiar.

Lima *et al* (1996) afirma ainda sob este aspecto, que desde o Relatório Flexner em 1910, passando pela Medicina Integral, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária, até a chamada Integração Docente Assistencial (IDA), ideologias sanitárias vêm sendo elaboradas

que tomam a educação médica como foco de desequilíbrio dos sistemas de saúde e das distorções da prática médica:

“Ainda que a ênfase das propostas de intervenção venha se deslocando, mais recentemente, da escola médica para os serviços de saúde, a disseminação dessas ideologias e a sua reprodução tornaram o chamado aparelho formador de recursos humanos, alvo privilegiado da experimentação e do desenvolvimento desses projetos de reforma”.

D’Aguiar (2001) cita, que só em 1973, a primeira abordagem com abrangência nacional da necessidade de formação de recursos humanos para o enfoque familiar, teve lugar no seminário realizado em Petrópolis, nos dias 11 e 12 de maio deste mesmo ano, patrocinado pela OMS, ABEM e Faculdade de Medicina de Petrópolis. Neste seminário, segundo Paim (1985), sobre “A Formação do Médico de Família”, notou-se no discurso dos promotores do evento “uma crítica à tendência à especialização, a ênfase na atenção individual e uma certa repulsa contra a avalanche tecnológica”.

Desta forma, a preocupação com a formação de recursos humanos voltados para a concepção de unidades familiares na busca da “humanização da medicina”, conforme cita Trad & Bastos (1998), são os primeiros relatos encontrados na literatura que apontavam para a necessidade de reorientação da atenção à saúde.

No âmbito dos serviços públicos de saúde, a preocupação da abordagem com enfoque familiar foi introduzida no país com a primeira reforma sanitária realizada em 1923 por Carlos Chagas. Esta reforma visava a instituição de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde na forma de centros de saúde.

Bodstein & Fonseca (in: Costa, 1989) descrevem como foram estruturados os serviços de saúde no município do Rio de Janeiro e o papel desenvolvido pelos profissionais de saúde na comunidade:

“Os serviços e as atividades que compunham originalmente o Centro de Saúde de Inhaúma, o primeiro do Rio de Janeiro, ainda nos anos 20, foram assim definidos: dispensário de tuberculose; pré-natal; higiene infantil; pré-escolar; de olhos, garganta, nariz e ouvidos; doenças venéreas e epidêmicas; laboratório; polícia sanitária e enfermeiras visitadoras. (...) A enfermeira era o principal recurso humano dentro do Centro de Saúde, já que o trabalho de profilaxia das doenças transmissíveis dependia diretamente da sua atuação na comunidade, em busca da identificação de doentes, na educação sanitária e no acompanhamento dos casos, como também na medida em que ganhava confiança dos doentes evitando os abandonos de tratamento.”

Sob a ótica da atenção primária à saúde, também inserida na concepção do PSF, foi em 1978 na Conferência Internacional de Alma-Ata que primeiramente discutiu a

necessidade do rompimento da visão convencional que associava saúde a intervenções curativas.

Outras conferências internacionais também têm ressaltado em seus documentos oficiais a necessidade de implementação de políticas de atenção primária à saúde, ao mesmo tempo em que propõem o paradigma da promoção da saúde no sistema de saúde dos países.

Segundo MacDonald (1993), este é o “primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde trazendo os cuidados de saúde tão próximos quanto possível dos locais onde as pessoas vivem, trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados de saúde”.

No âmbito internacional, D’Aguiar (2001) afirma que os primeiros passos no advento da medicina mais voltada para a família foi nos Estados Unidos da América, onde, em 1960 após reforma no sistema de saúde, foram implementadas novas estratégias visando alargar, principalmente, o acesso aos serviços (paralelamente ao reconhecimento da especialidade, como já citado).

Nunes (1980) afirma que o sistema americano “era dirigido para uma parcela delimitada da população cuja incapacidade de compra direta dos serviços pudesse ser enquadrada nos limites institucionalmente estabelecidos para demarcar a faixa da pobreza”.

Sob o aspecto da priorização de intervenções no nível da família, Vasconcelos (1999) no seu trabalho “A priorização da família nas políticas de saúde”, faz uma análise do PSF como resultante de um crescimento internacional da visão de que as unidades de atuação “família” e “comunidade” são pontos importantes da estratégia de integração das diversas políticas sociais.

Independentemente dos contextos acima descritos (formação médica, enfoque familiar, atenção primária, maior acesso) que congregaram para impulsionar a expansão da estratégia de Saúde da Família no Brasil, Misoczky (1994) e Paim (1996) fazem severas críticas ao que chamaram de “revival” da medicina comunitária/familiar.

A primeira autora afirma que “trata-se de um modelo de atenção voltado para os pobres, muito aquém das formulações que marcaram o processo da Reforma Sanitária brasileira e que configuraram o SUS”. Já o segundo autor, faz a seguinte reflexão associando Saúde da Família às propostas de focalização patrocinadas pelo Banco Mundial para a região latino-americana:

“(...) as propostas de focalização patrocinadas pelo Banco Mundial, utilizando pacotes básicos para os pobres, têm uma tradução para o setor saúde que não pode ser

negligenciada, sob pena de constatarmos que esforços genuínos para a democratização da saúde, tais como o uso da epidemiologia no planejamento e na gestão, e o desenvolvimento de sistemas locais de saúde (SILOS), como estratégias de reorientação de sistemas de saúde (Mendes, 1990; Paim, 1993), sejam transformados em fundamentos e argumentos para o apartheid sanitário. A política de tornar os programas especiais de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde em carros-chefes do novo modelo assistencial do SUS não deixa de ser preocupantes.”

O que se observa no Brasil, sobretudo a partir do início dos anos 90 quando se acelerou o processo de descentralização e municipalização, carreado pelas NOBs de 1991, 1993 e 1996, é que foram desenvolvidas experiências municipais inovadoras. Todas elas em busca de novos modelos de organização das práticas sanitárias, representando, segundo D’Aguiar (2001), “diferentes ênfases e estratégias de enfrentar aspectos do modelo biomédico dominante”.

Um dos exemplos exitosos do período compreendido a 1986 a 1988, é o Programa de Agentes de Saúde do Ceará, planejado e implementado como experiência-piloto financiada pelo Programa de Emergência para o Combate aos Efeitos da Seca.

Segundo Andrade (1998):

“A idéia básica era selecionar membros da própria comunidade para que, após um treinamento em ações básicas de saúde, pudessem desenvolver um trabalho de educação sanitária através (sic) de visitas domiciliares e reuniões com as famílias. Com a idade mínima de 18 anos, a vontade de realizar um trabalho comunitário e a disponibilidade de oito horas diárias, qualquer cidadão da localidade podia se candidatar a uma vaga de agente de saúde”.

Com experiências semelhantes desenvolvidas principalmente na Região Norte do país para o controle e prevenção do cólera, contribuindo de forma decisiva para o melhoramento dos indicadores de saúde, principalmente a mortalidade infantil, o programa obteve grande apoio popular.

Programas semelhantes como componentes de políticas estaduais de saúde foram desenvolvidos de forma isolada e focalizada também nos Estados do Paraná e Mato Grosso. (Viana & Dal Poz, 1998).

Pode-se afirmar que foi a partir destas experiências, que se iniciou um processo de construção e reordenamento no país, das atividades que estavam sendo desenvolvidas na atenção primária à saúde, iniciando-se com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e se concretizando com o Programa Saúde da Família (PSF).

2.1. OS PROGRAMAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REORIENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO?

Nesse contexto, em 1991, o Ministério da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS foi uma estratégia utilizada a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar no âmbito do município visando a integração das ações entre os diversos profissionais de saúde. (Brasil, 2001)

De acordo com Viana & Dal Poz (1998), “o PACS foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através (*sic*) da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas”.

Para a implementação do PACS duas condições básicas eram imputadas ao município: primeiro, que estivesse habilitado em uma das condições de gestão previstas na NOB-SUS N° 01/96 (Gestão Plena da Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal)¹⁵, e segundo, que o projeto para implantação do programa, fosse aprovado na Comissão Intergestora Bipartite¹⁶ (CIB), após sua apresentação no Conselho Municipal de Saúde.

Sobre o programa algumas considerações são necessárias: é coordenado pelo Secretário Municipal de Saúde que tem a responsabilidade de: definir a Unidade Básica de Saúde (UBS) para cadastramento e referência dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); garantir infra-estruturas onde devem funcionar as UBSs; comprovar a existência do Fundo Municipal de Saúde ou conta especial; contratar e remunerar os profissionais das equipes; garantir a educação permanente aos profissionais; e, solicitar a adesão ao PACS à Secretaria Estadual de Saúde. (Brasil, 2001)

Uma das variáveis importantes que o programa de agentes introduziu (provavelmente influenciado pelos fatores descritos anteriormente), é que, pela primeira vez o enfoque na família e não no indivíduo dentro das práticas da saúde passou a ser observado. Por outro lado, o programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde de forma preventiva.

¹⁵ Condições de gestão, estabelecidas pela NOB-SUS n° 01/96 que explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos à essas modalidades e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

¹⁶ Instância de viabilização de propósitos integradores e harmonizadores caracterizada como fórum de negociação integrando o gestor estadual e os municipais.

Outro elemento ainda diferenciador, segundo Viana & Dal Poz (1998), é a concepção de integração com a comunidade e o enfoque menos reducionista sobre a saúde não centrado apenas na intervenção médica.

Pelo lado da estruturação dos sistemas de saúde, o conjunto de normas para a adesão do município ao programa, passou a exigir certos requisitos (alguns já citados) que se tornou um instrumento de reorganização dos modelos locais de saúde.

Histórica e anteriormente à NOB-SUS Nº 01/96, a formulação e implantação do programa se deu em 1994, quando mecanismos de financiamento do PACS foram inseridos nos procedimentos operados pelo SUS (a tabela Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS).

Os resultados alcançados pelo PACS, segundo D’Aguiar (2001), estimularam os secretários municipais de saúde a expandir o programa a outros profissionais da saúde e operacionalizar a rede básica.

Dessa forma, por falta de recursos financeiros, os mesmos começaram a pressionar as estruturas centrais, levando a realização de uma reunião nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, durante o qual foi concebido o “Programa de Saúde da Família”, que viria a ser implantado oficialmente em 1994 pelo Ministério da Saúde.

Outro aspecto que contribuiu para a legitimação do PACS culminando com o PSF, foi o papel do Comunidade Solidária¹⁷ neste mesmo período, que deu maior visibilidade ao programa elegendo-o como um aliado para a redução da mortalidade infantil. Viana & Dal Poz (1998) afirmam ainda, que o Comunidade Solidária foi um importante canal de articulação da saúde com outras áreas (trabalho, previdência, saneamento), legitimando-o dentro do próprio Ministério da Saúde.

Na sua fase inicial, o PSF apresentava características de um programa vertical da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), viabilizado por meio de convênios (repasse financeiros de valores fechados e sem garantia de continuidade) e tinha por objetivo cobrir áreas de risco selecionadas a partir do Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). (Viana & Dal Poz, 1998; D’Aguiar, 2001)

Em 1995, o programa foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e, devido ao sucesso não só em resultados, como também no desenvolvimento de novas práticas

¹⁷ O Comunidade Solidária foi criado no início do governo de Fernando Henrique Cardoso em 1995 como uma estratégia de articulação de um conjunto de programas sociais voltados para a população mais carente. Funciona na forma de uma secretaria executiva, ligada diretamente ao Gabinete Civil da Presidência da República, e apóia-se em um conselho de *experts* na área social.

e novas abordagens profissionais, além de outras experiências de implantação de programa de médico de família (São Paulo e Niterói)¹⁸, as discussões referentes ao financiamento foram retomadas.

Logo nos primeiros dias de janeiro de 1996, a remuneração passou a ser realizada baseada na tabela de procedimentos do SIA/SUS (mesmo caminho percorrido pelo PACS), e ainda, de forma diferenciada para os serviços, onde equivalia a duas vezes o valor dos procedimentos realizados fora do âmbito do PSF.

Segundo Viana & Dal Poz (1998) é neste momento que o programa passa a perder seu caráter de programa, passando a ganhar o de reestruturante dos serviços como instrumento de (re)organização ou (re)estruturação do SUS.

Segundo seu próprio documento oficial:

“O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente no hospital. A atenção está centrada na família (...), é uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido” (Brasil, 2001b)

Desta forma, configuravam-se no SUS, dois modelos de assistência: o tradicional e o da família associado aos agentes, porém, com remuneração diferenciada para o segundo, de forma a pressionar sua expansão e adoção, de forma exclusiva, nas áreas de maior risco e junto às populações mais carentes.

Foi a partir do PSF que as discussões para mudança fundamental nos critérios de distribuição dos recursos (de forma a romper com a exclusividade do pagamento por procedimentos – tabela SIA/SUS), foi iniciada.

Dessa forma, na NOB-SUS Nº 01/96 cria-se o Piso de Atenção Básica (PAB)¹⁹ com remuneração agora *per capita*, para os municípios desenvolverem ações básicas de saúde (parte fixa no valor equivalente a R\$10,00 por habitante por ano), e contemplando também recursos adicionais e variáveis para aqueles municípios que estivessem implementando o PSF (parte variável). Sobre a parte variável do PAB eis o que diz a NOB:

¹⁸ Programa Metropolitano de Saúde, em São Paulo, e o Programa Médico de Família, de Niterói.

¹⁹ O PAB (e a sua composição) foi estabelecido pela Portaria nº 1.882/GM de 18 de dezembro de 1997, e por meio dele, é repassado um valor per capita pelo Governo Federal aos municípios, que, somado às transferências estaduais e aos recursos municipais, financia a Atenção Básica à Saúde. Por sua vez, entende-se como Atenção Básica à Saúde “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (...) e que permitem avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente”. (Brasil, 2000b)

“12.1.2. Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):

Fica estabelecido um acréscimo percentual ao montante do PAB, de acordo com os critérios a seguir relacionados, sempre que estiverem atuando integralmente à rede municipal, equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelo órgão do MS (SAS/MS) com base em normas da direção nacional do SUS.

a) Programa de Saúde da Família (PSF):

. acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;

. acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% a 90% da população total do município; e

. acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Esses acréscimos têm, como limite, 80% do valor do PAB original do município.

b) Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):

. acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta até atingir 60% da população total do município;

. acréscimo de 2% para cada 5% da população coberta entre 60% a 90% da população total do município; e

. acréscimo de 3% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Esses acréscimos têm, como limite, 30% do valor do PAB original do município.

c) Os percentuais não são cumulativos quando a população coberta pelo PSF e pelo PACS ou por estratégias similares for a mesma.

Os percentuais acima referidos são revistos quando do incremento do valor per capita nacional único, utilizado para o cálculo do PAB e do elenco de procedimentos relacionados a este Piso. Essa revisão é proposta na CIT e votada no CNS. Por ocasião da incorporação desses acréscimos, o teto financeiro da assistência do estado é renegociado na CIT e apreciado pelo CNS.

A ausência de informações que comprovem a produção mensal das equipes, durante dois meses consecutivos ou quatro alternados em um ano, acarreta a suspensão da transferência deste acréscimo.”(Brasil, 1996)

Ainda, em 1999, consolidando o mecanismo de financiamento segundo cobertura populacional, a Portaria n.º 1.329 de 12 de novembro de 1999 do Ministério da Saúde, passou a estabelecer incentivos diferenciados para os municípios de acordo com a faixa de cobertura do PSF.

TABELA 2 – Classificação, faixa de cobertura populacional e valores anuais do incentivo financeiro por equipe. Outubro, 2000.

| Classificação das Faixas de Cobertura | Faixa de Cobertura Populacional em % | Valor do Incentivo/Equipe/Ano [R\$] |
|--|---|--|
| 1 | 0 a 4,9 | 28.008 |
| 2 | 5 a 9,9 | 30.684 |
| 3 | 10 a 19,9 | 33.360 |
| 4 | 20 a 29,9 | 38.520 |
| 5 | 30 a 39,9 | 41.220 |
| 6 | 40 a 49,9 | 44.100 |
| 7 | 50 a 59,9 | 47.160 |
| 8 | 60 a 69,9 | 50.472 |
| 9 | 70 e mais | 54.000 |

Fonte: <http://www.saude.gov.br/psf> em 02 de outubro de 2000. (Brasil, 2000f)

Essa diferenciação nos valores dos incentivos, segundo o Ministério da Saúde (2000h) se deve ao fato de que, quanto maior o número de pessoas cobertas pelo PSF, maior o seu impacto.

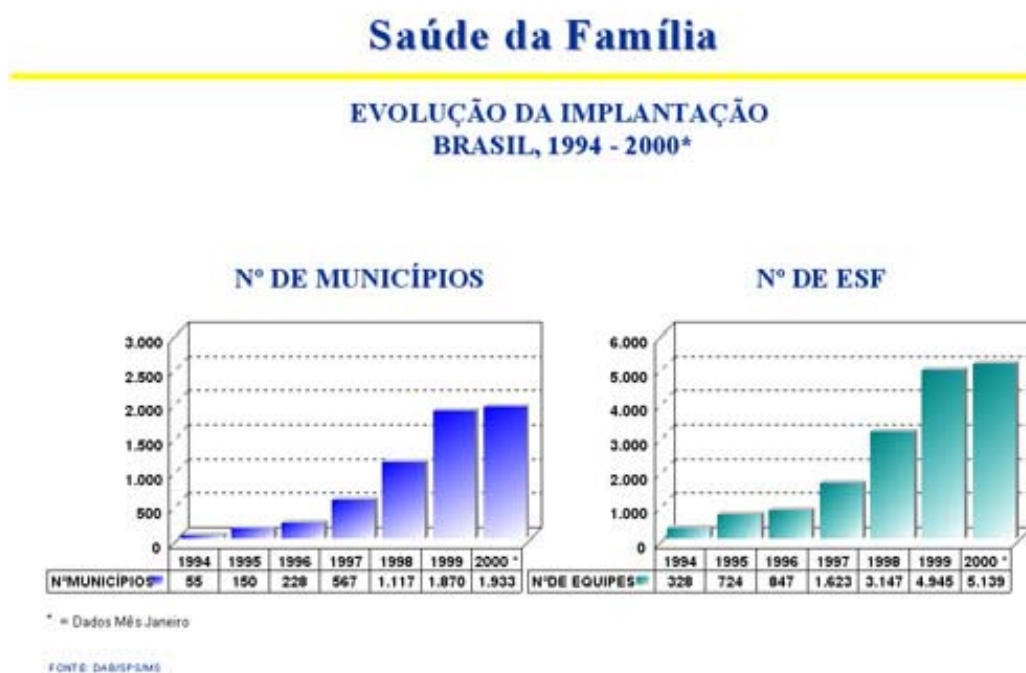
Ainda sobre o financiamento do programa, cabe ressaltar que existe também um incentivo adicional para a implantação de novas equipes, num valor de R\$ 10.000,00/equipe, pagos em duas parcelas e além do incentivo às equipes, o município recebe um incentivo fixo por agente comunitário de saúde no valor de R\$ 2.200,00 ACS/ano (segundo Portaria nº 3122/GM de 02 de julho de 1998).

O repasse desses recursos passa a ser realizado mensalmente, de forma automática, pela modalidade fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde).

Assim, a definição dos incentivos financeiros, conforme já afirmado no início deste capítulo, ocasionou uma rápida expansão do programa e a (re)definição da porta de entrada do sistema municipal de saúde pelo PSF.

Com relação à esta expansão, podemos observar o Gráfico 1, que demonstra a evolução da implantação do Programa Saúde da Família no Brasil entre os anos de 1994 até janeiro de 2000.

GRÁFICO 1 – Evolução da implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. 1994 a 2000.



Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB), Ministério da Saúde, 2000.

Outra medida importante neste período foi a aproximação com a universidade, no sentido de formação e treinamento dos recursos humanos requeridos pelo programa, que vão se constituir, no ano de 1997, nos chamados Pólos de Capacitação.

Por meio dos “Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família”, o Ministério da Saúde iniciou a preparação dos profissionais para trabalhar visando à implementação da estratégia no SUS.

Esses Pólos foram criados pela associação de secretarias municipais e estaduais de saúde com as instituições de ensino superior, formando uma rede para a educação necessária ao desenvolvimento do PSF. (Brasil, 2000f).

Sobre os investimentos realizados para o financiamento dos Pólos, sabe-se que foi de R\$ 12,2 milhões, sendo R\$ 5,4 milhões destinados aos selecionados no primeiro edital em 1997. Os recursos foram obtidos junto ao já citado Projeto Reforsus e repassados por meio de convênios entre o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde. (Brasil, 2000f)

Na Tabela 3 podemos observar o total de recursos destinados ao investimento dos Pólos de Capacitação nos anos de 1997 e 1999.

TABELA 3 – Total de recursos obtidos junto ao Projeto Reforsus investidos nos Pólos de Capacitação em Saúde da Família. 1997 e 1999.

| Pólos selecionados em 1997 | Valor do Convênio |
|--|--------------------------|
| Alagoas | 200.000,00 |
| Bahia | 400.000,00 |
| Ceará | 400.000,00 |
| Distrito Federal | 300.000,00 |
| Mato Grosso | 200.000,00 |
| Minas Gerais / UFMG | 400.000,00 |
| Paraná | 400.000,00 |
| Pernambuco | 400.000,00 |
| Rio de Janeiro / UERJ | 200.000,00 |
| Rio de Janeiro / UFF | 200.000,00 |
| Santa Catarina | 400.000,00 |
| Pólos selecionados em 1999 | Valor do Convênio |
| Faculdade de Medicina de Marília/SP | 350.000,00 |
| Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/SP | 250.000,00 |
| Fundação Educacional Serra dos Órgãos | 250.000,00 |
| Sec. de Saúde e Meio Ambiente / RS | 400.000,00 |
| Sec. de Saúde do Espírito Santo | 300.000,00 |
| Sec. de Saúde de Mato Grosso do Sul | 250.000,00 |
| Universidade Federal da Paraíba | 300.000,00 |
| Universidade Federal de Juiz de Fora / MG | 400.000,00 |
| Universidade Federal do Maranhão | 400.000,00 |

Fonte: <http://www.reforsus.saude.gov.br/> em 24 de maio de 2000. (Brasil, 2000f)

OBS: O valor do convênio apresenta-se em reais (R\$). Em maio de 2000, US\$ 1,00 equivale a R\$ 1,85.

Dentre as atividades realizadas por estes Pólos, ressalta-se o treinamento introdutório, cursos para supervisores do PACS e para Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cursos e eventos em áreas temáticas (incluem-se os da área de saúde bucal), cursos em Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), cursos em Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)²⁰ e cursos e eventos com abordagem integral por etapas do ciclo de vida. (Brasil, 2001d)

Atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde (2002) existem 30 Pólos em 27 Estados, congregando 104 instituições de ensino superior, número que, segundo Sousa (2000), deveria ter sido ampliado para 32 com a implantação, ainda no ano de 2000, de mais 11 Pólos em 11 Estados.

²⁰ O SIAB é o sistema de informação utilizado na Atenção Básica, que possibilita instrumentalizar as equipes de saúde da família em relação aos indicadores de saúde da comunidade adscrita, permitindo também o planejamento e o acompanhamento das ações.

2.2. PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DO SAÚDE DA FAMÍLIA.

A implantação do PSF é realizada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada, onde desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos.

A USF, segundo o Ministério da Saúde (2000e), deve atuar com base nos seguintes princípios:

“. Caráter substitutivo: Não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde.

. Integralidade e Hierarquização: A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurada a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerido maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.

. Territorialização e adscrição da clientela: trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas.

. Equipe multiprofissional: A equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe – numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas.” (Brasil, 2000e)

É explicitado que outros profissionais poderão ser incorporados nas USFs ou em equipes de supervisão, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

O número de profissionais de cada unidade deverá ser definido de acordo com os seguintes princípios básicos: “capacidade instalada da unidade; quantitativo populacional a ser assistido; enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; integralidade da atenção e possibilidades locais”. Os profissionais das equipes de saúde serão responsáveis por sua população adscrita, devendo residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral.

Para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob a sua responsabilidade, os agentes comunitários de saúde devem, igualmente, residir nas suas respectivas áreas de atuação. (Brasil, 2000e)

O Ministério da Saúde (Brasil, 2000c) preconiza ainda, que as atividades devem ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente por meio do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação. Assim, as Equipes de Saúde da Família (ESF) devem estar preparadas para:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável por meio de cadastramento;
- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea; e
- desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados.

O PSF é implantado no município com a participação do nível estadual. Para tal, o município deve estar habilitado conforme uma das condições de gestão previstas na NOB-SUS Nº 01/96 e, após elaborar o projeto para implementação das equipes nas unidades básicas e submetê-lo à apreciação do Conselho Municipal de Saúde, remeter a proposta para a Secretaria Estadual de Saúde. A secretaria analisa e encaminha o projeto para a Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Após a aprovação nesta instância, o município fica então autorizado a proceder ao cadastramento das unidades de saúde da família.

É responsabilidade do município: coordenar a estratégia do PSF; recrutar, selecionar, contratar e remunerar os profissionais integrantes das equipes; realizar o treinamento inicial e a capacitação das equipes em processo contínuo; elaborar um sistema de informação e relatório de gestão para acompanhamento; avaliar o desempenho e a evolução do trabalho das equipes; definir o fluxo de referência e contra-referência para os serviços de maior complexidade que assegurem a realização de consultas especializadas, apoio o diagnóstico e internações hospitalares; e, organizar a comunidade para a participação na gestão do sistema e controle social. (Brasil, 2000f)

Cabe ressaltar que com relação ao recrutamento, seleção e contratação dos recursos humanos, não existem critérios definidos, podendo ser utilizadas diversas modalidades que vão desde provas (escrita, prática, teórico-prática), até entrevista e análise curricular.

A modalidade de contratação é definida pelo município, assim como o montante da remuneração dos profissionais, que não obedece a qualquer parâmetro.

Machado *et al* (1999), em uma pesquisa intitulada “Perfil dos Médicos e Enfermeiros no Brasil”, afirma que sobre o sistema de contratação de profissionais normalmente utilizado no PSF, cria-se um vínculo precário, que, associado à remuneração diferenciada, constituem fatores que podem ter uma repercussão negativa na dedicação e desempenho do profissional e na qualidade da sua prestação.

Compete também ao município definir os serviços disponíveis para a referência e contra-referência além da contratação das unidades prestadoras de serviços.

Os resultados das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família são monitorados por meio de um conjunto de indicadores, pactuados entre os governos municipal, estadual e federal, de acordo com suas respectivas atribuições fixadas na NOB-SUS N° 01/96. (Brasil, 2000b)

D’Aguiar (2001) concluiu, analisando as atribuições dos municípios, que estas múltiplas atribuições sem parâmetros definidores das margens de atuação, podem constituir motivos para o afastamento dos objetivos preconizados no SUS e nos programas PACS e PSF.

A não definição, segundo a mesma autora, pelo Ministério da Saúde, de um esquema mínimo que deverá nortear, por exemplo, “o processo de referência e contra-referência dos casos pode dificultar a sua implementação ou, no mínimo, a sua operacionalização, afetando direta e profundamente, o princípio da integralidade da atenção defendida pelo SUS e constante nos objetivos do PSF, assim como a resolutividade do programa”.

Com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS N° 01/2001) em 2001, o pacto da macroregionalização da saúde é trazida como outro componente para o fortalecimento do SUS, buscando, na Atenção Básica garantir o acesso aos serviços e ainda, definir os critérios para serviços como o de referência e contra-referência entre os municípios.

Apesar dos avanços alcançados a partir NOB-SUS N° 01/96, a NOAS-SUS N° 01/2001 buscou definir as responsabilidades e ações estratégicas de todos os municípios principalmente com relação: Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Controle

da Hipertensão, Controle da Diabetes Melittus, Ações de Saúde Bucal, Ações de Saúde da Criança e Ações de Saúde da Mulher trabalhando a Atenção Básica dentro de um contexto articulado com toda a rede de serviços.

Desta forma, o Ministério da Saúde buscou, por meio da participação na Programação Pactuada Integrada (PPI) pelos municípios, a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e do Plano Diretor de Investimentos (PDI), que deveriam contemplar a necessidade de instalação de serviços de Atenção Básica onde ainda não houver suficiência dos mesmos.

Hoje, segundo dados do Ministério da Saúde em agosto de 2002, são 4.266 municípios brasileiros cobertos pelo programa, 10.788 equipes atuando no país, sendo atendidos, aproximadamente 36 milhões de brasileiros.

Sobre o PACS, pode-se afirmar que atualmente este se configura como um programa autônomo somente em locais de difícil captação de médicos e onde não é possível implantar o PSF.

TABELA 4 – Cobertura de Equipes de Saúde da Família por Unidade da Federação. Brasil, 2002.

| COBERTURA DE EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA Fevereiro/2002 | | | | | | | |
|---|------------------|--------------|---------------|--------------------|-------------------|---------------|---------------|
| UF | Nº DE MUNICÍPIOS | | | POPULAÇÃO | | | |
| | TOTAL | COM ESF | % | TOTAL (1) | ACOMPANHADA (2) | % | Nº ESF (3) |
| AC | 22 | 17 | 77,27% | 574.355 | 244.950 | 42,65% | 71 |
| AM | 62 | 43 | 69,35% | 2.900.240 | 990.150 | 34,14% | 287 |
| AP | 16 | 2 | 12,50% | 498.735 | 89.700 | 17,99% | 26 |
| PA | 143 | 74 | 51,75% | 6.341.736 | 1.017.750 | 16,05% | 295 |
| RO | 52 | 43 | 82,69% | 1.407.886 | 376.050 | 26,71% | 109 |
| RR | 15 | 9 | 60,00% | 337.237 | 224.250 | 66,50% | 65 |
| TO | 139 | 100 | 71,94% | 1.184.895 | 648.600 | 54,74% | 188 |
| NORTE | 449 | 288 | 64,14% | 13.245.084 | 3.591.450 | 27,12% | 1.041 |
| AL | 102 | 97 | 95,10% | 2.856.629 | 1.776.750 | 62,20% | 515 |
| BA | 417 | 141 | 33,81% | 13.214.114 | 2.256.300 | 17,07% | 654 |
| CE | 184 | 182 | 98,91% | 7.547.620 | 3.984.750 | 52,79% | 1.155 |
| MA | 217 | 104 | 47,93% | 5.730.467 | 1.424.850 | 24,86% | 413 |
| PB | 223 | 199 | 89,24% | 3.468.594 | 2.311.500 | 66,64% | 670 |
| PE | 185 | 170 | 91,89% | 8.008.207 | 3.698.400 | 46,18% | 1.072 |
| PI | 222 | 210 | 94,59% | 2.873.010 | 2.063.100 | 71,81% | 598 |
| RN | 167 | 144 | 86,23% | 2.815.244 | 1.445.550 | 51,35% | 419 |
| SE | 75 | 67 | 89,33% | 1.817.301 | 1.176.450 | 64,74% | 341 |
| NORDESTE | 1.792 | 1.314 | 73,33% | 48.331.186 | 20.137.650 | 41,67% | 5.837 |
| DF | 1 | 1 | 100,00% | 2.097.447 | 193.200 | 9,21% | 56 |
| GO | 246 | 214 | 86,99% | 5.116.462 | 2.559.900 | 50,03% | 742 |
| MS | 77 | 57 | 74,03% | 2.111.036 | 541.650 | 25,66% | 157 |
| MT | 139 | 115 | 82,73% | 2.560.584 | 1.003.950 | 39,21% | 291 |
| C. OESTE | 463 | 387 | 83,59% | 11.885.529 | 4.298.700 | 36,17% | 1.246 |
| ES | 78 | 60 | 76,92% | 3.155.016 | 1.010.850 | 32,04% | 293 |
| MG | 853 | 615 | 72,10% | 18.127.096 | 6.127.200 | 33,80% | 1.776 |
| RJ | 92 | 77 | 83,70% | 14.558.545 | 2.646.150 | 18,18% | 767 |
| SP | 645 | 364 | 56,43% | 37.630.106 | 4.443.600 | 11,81% | 1.288 |
| SUDESTE | 1.668 | 1116 | 66,91% | 73.470.763 | 14.227.800 | 19,37% | 4.124 |
| PR | 399 | 290 | 72,68% | 9.694.709 | 3.301.650 | 34,06% | 957 |
| RS | 497 | 175 | 35,21% | 10.309.819 | 1.076.400 | 10,44% | 312 |
| SC | 293 | 235 | 80,20% | 5.448.736 | 2.387.400 | 43,82% | 692 |
| SUL | 1.189 | 700 | 58,87% | 25.453.264 | 6.765.450 | 26,58% | 1.961 |
| TOTAL | 5.561 | 3.805 | 68,42% | 172.385.826 | 49.021.050 | 28,44% | 14.209 |

- 1) População Estimada IBGE (2000)
 2) Estimativa: base de cálculo 3450 pessoas por ESF
 3) Equipes de Saúde da Família

FORNTE: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2002. (Brasil, 2002)

TABELA 5 – Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde por Unidade da Federação. Brasil, 2002.

| COBERTURA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE | | | | | | | |
|--|------------------|--------------|---------------|--------------------|-------------------|--------------|----------------|
| Fevereiro/2002 | | | | | | | |
| UF | Nº DE MUNICÍPIOS | | | POPULAÇÃO | | | |
| | TOTAL | COM PACS | % | TOTAL (1) | ACOMPANHADA (2) | % | NºACS (3) |
| AC | 22 | 18 | 81,82% | 574.355 | 476.675 | 82,99 | 829 |
| AM | 62 | 61 | 98,39% | 2.900.240 | 2.849.125 | 98,24 | 4.955 |
| AP | 16 | 14 | 87,50% | 498.735 | 501.400 | 100,53 | 872 |
| PA | 143 | 141 | 98,60% | 6.341.736 | 5.586.125 | 88,09 | 9.715 |
| RO | 52 | 51 | 98,08% | 1.407.886 | 1.230.500 | 87,40 | 2.140 |
| RR | 15 | 13 | 86,67% | 337.237 | 267.375 | 79,28 | 465 |
| TO | 139 | 133 | 95,68% | 1.184.895 | 1.526.625 | 128,84 | 2.655 |
| NORTE | 449 | 431 | 95,99% | 13.245.084 | 12.437.825 | 93,91 | 21.631 |
| AL | 102 | 100 | 98,04% | 2.856.629 | 2.233.875 | 78,20 | 3.885 |
| BA | 417 | 416 | 99,76% | 13.214.114 | 10.222.925 | 77,36 | 17.779 |
| CE | 184 | 184 | 100,00% | 7.547.620 | 5.712.625 | 75,69 | 9.935 |
| MA | 217 | 212 | 97,70% | 5.730.467 | 5.662.025 | 98,81 | 9.847 |
| PB | 223 | 223 | 100,00% | 3.468.594 | 3.175.725 | 91,56 | 5.523 |
| PE | 185 | 184 | 99,46% | 8.008.207 | 6.440.575 | 80,42 | 11.201 |
| PI | 222 | 222 | 100,00% | 2.873.010 | 3.025.650 | 105,31 | 5.262 |
| RN | 167 | 166 | 99,40% | 2.815.244 | 2.530.000 | 89,87 | 4.400 |
| SE | 75 | 75 | 100,00% | 1.817.301 | 1.513.975 | 83,31 | 2.633 |
| NORDESTE | 1.792 | 1.782 | 99,44% | 48.331.186 | 40.517.375 | 83,83 | 70.465 |
| DF | 1 | 1 | 100,00% | 2.097.447 | 382.375 | 18,23 | 665 |
| GO | 246 | 223 | 90,65% | 5.116.462 | 3.582.250 | 70,01 | 6.230 |
| MS | 77 | 73 | 94,81% | 2.111.036 | 1.417.375 | 67,14 | 2.465 |
| MT | 139 | 123 | 88,49% | 2.560.584 | 1.677.850 | 65,53 | 2.918 |
| C. OESTE | 463 | 420 | 90,71% | 11.885.529 | 7.059.850 | 59,40 | 12.278 |
| ES | 78 | 74 | 94,87% | 3.155.016 | 2.003.875 | 63,51 | 3.485 |
| MG | 853 | 661 | 77,49% | 18.127.096 | 8.428.350 | 46,50 | 14.658 |
| RJ | 92 | 86 | 93,48% | 14.558.545 | 3.361.450 | 23,09 | 5.846 |
| SP | 645 | 406 | 62,95% | 37.630.106 | 6.486.000 | 17,24 | 11.280 |
| SUDESTE | 1.668 | 1.227 | 73,56% | 73.470.763 | 20.279.675 | 27,60 | 35.269 |
| PR | 399 | 368 | 92,23% | 9.694.709 | 4.836.900 | 49,89 | 8.412 |
| RS | 497 | 367 | 73,84% | 10.309.819 | 2.739.300 | 26,57 | 4.764 |
| SC | 293 | 258 | 88,05% | 5.448.736 | 3.717.375 | 68,22 | 6.465 |
| SUL | 1.189 | 993 | 83,52% | 25.453.264 | 11.293.575 | 44,37 | 19.641 |
| TOTAL | 5.561 | 4.853 | 87,27% | 172.385.826 | 91.588.300 | 53,13 | 159.284 |

- 1) População Estimada IBGE (2000)
- 2) Estimativa: base de cálculo 575 pessoas por ACS
- 3) Agentes Comunitários de Saúde

FONTE: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2002. (Brasil, 2002)

* Dados de Implantação

Independentemente das diferentes dimensões analisadas sobre a proposta do PSF, diversas são as percepções dos autores que argumentam favorável ou contrariamente ao mesmo.

Por um lado, enfatizam o potencial do programa de viabilizar a operacionalização da atenção primária em saúde referida pelos princípios do SUS. Por outro lado, apontam para o risco da segmentação de clientela e da focalização, com retrocesso e limitação dos mesmos princípios, tendo em vista a reorientação normativa das políticas públicas em tempos de crise fiscal onde as questões sociais têm sido vulnerabilizadas e atreladas à estabilidade econômica.

De certa forma, segundo Viana & Dal Poz (1998), fazendo uma análise geral do programa e sua estrutura de financiamento atualmente empregada, a tendência é do PSF se tornar um programa para as populações mais deprimidas socialmente e de continuar com o modelo antigo em algumas áreas de pouco risco, dentro dos municípios. Em municípios carentes, o PSF pode vir a ser o modelo único de assistência.

D'Aguiar (2001) ainda conclui que, “na verdade, a efetiva responsabilidade pelo sucesso do PSF recai sobre o município e o seu gestor, entidade que deve implementar as atividades necessárias para a consecução dos objetivos propostos pelo programa e criar as condições para garantir o cumprimento dos princípios preconizados pelo SUS”.

CAPÍTULO 3

A SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

*Minha pedra é ametista
Minha cor, o amarelo
Mas sou sincero
Preciso ir urgente ao dentista*

João Bosco e Aldir Blanc

3.1. A RUPTURA HISTÓRICA

Conforme identificamos no Capítulo 1, durante revisão da literatura pertinente ao assunto, alguns municípios brasileiros ao optarem pela adoção da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), já trabalhavam com atividades em saúde bucal, mesmo antes da publicação da Portaria n.º 1444 de 28 de dezembro de 2000²¹ pelo Ministério da Saúde. Mas pouco se sabia com relação ao número e nome dos mesmos.

Observamos que as experiências relatadas em artigos, livros, revistas e outras fontes, foram pontuais e inicialmente não demonstravam, dentre outros aspectos, o por quê da opção da inserção do cirurgião-dentista na equipe, em detrimento a outros profissionais como, por exemplo, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas etc.

Também verificamos que eram poucos os relatos sobre o perfil deste profissional, assim como a sua articulação com o restante da equipe, as atividades que desenvolviam dentro do novo modelo trazido pelo Programa e os recursos físicos, humanos além de materiais/equipamentos que utilizavam na prática de suas atividades.

Com a publicação da Portaria n.º 1444, este perfil foi alterado substancialmente, observou-se a explosão do número de municípios trabalhando com Equipes de Saúde Bucal da Família (ESBF) num intervalo menor que 2 anos (dezembro de 2000 a março de 2002).

Em fevereiro de 2002, já eram 1.526 municípios (Tabela 6) segundo dados do Ministério da Saúde. (Brasil, 2002)

²¹ A Portaria foi divulgada pelo então Ministro da Saúde José Serra em 25 de outubro de 2000 e publicada no dia 28 de dezembro do mesmo ano.

TABELA 6 – Cobertura de Equipes de Saúde Bucal da Família por Unidade Federativa. Brasil, 2002.

| COBERTURA DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA FAMÍLIA Fevereiro/2002 | | | | | | | |
|--|------------------|--------------|---------------|--------------------|-------------------|--------------|--------------|
| UF | N° DE MUNICÍPIOS | | | POPULAÇÃO | | | |
| | TOTAL | COM ESB | % | TOTAL(1) | ACOMPANHADA (2) | % | N° ESB (3) |
| AC | 22 | 8 | 36,36% | 574.355 | 96.600 | 16,82 | 14 |
| AM | 62 | 10 | 16,13% | 2.900.240 | 144.900 | 5,00 | 21 |
| AP | 16 | 0 | 0,00% | 498.735 | 0 | 0,00 | 0 |
| PA | 143 | 6 | 4,20% | 6.341.736 | 62.100 | 0,98 | 9 |
| RO | 52 | 8 | 15,38% | 1.407.886 | 131.100 | 9,31 | 19 |
| RR | 15 | 0 | 0,00% | 337.237 | 0 | 0,00 | 0 |
| TO | 139 | 42 | 30,22% | 1.184.895 | 317.400 | 26,79 | 46 |
| NORTE | 449 | 74 | 16,48% | 13.245.084 | 752.100 | 5,68 | 109 |
| AL | 102 | 71 | 69,61% | 2.856.629 | 1.228.200 | 42,99 | 178 |
| BA | 417 | 49 | 11,75% | 13.214.114 | 814.200 | 6,16 | 118 |
| CE | 184 | 129 | 70,11% | 7.547.620 | 2.221.800 | 29,44 | 322 |
| MA | 217 | 19 | 8,76% | 5.730.467 | 379.500 | 6,62 | 55 |
| PB | 223 | 154 | 69,06% | 3.468.594 | 1.559.400 | 44,96 | 226 |
| PE | 185 | 56 | 30,27% | 8.008.207 | 1.311.000 | 16,37 | 190 |
| PI | 222 | 167 | 75,23% | 2.873.010 | 1.524.900 | 53,08 | 221 |
| RN | 167 | 103 | 61,68% | 2.815.244 | 1.069.500 | 37,99 | 155 |
| SE | 75 | 34 | 45,33% | 1.817.301 | 621.000 | 34,17 | 90 |
| NORDESTE | 1.792 | 782 | 43,64% | 48.331.186 | 10.729.500 | 22,20 | 1.555 |
| DF | 1 | 1 | 100,00% | 2.097.447 | 193.200 | 9,21 | 28 |
| GO | 246 | 175 | 71,14% | 5.116.462 | 1.759.500 | 34,39 | 255 |
| MS | 77 | 21 | 27,27% | 2.111.036 | 262.200 | 12,42 | 38 |
| MT | 139 | 53 | 38,13% | 2.560.584 | 427.800 | 16,71 | 62 |
| C. OESTE | 463 | 250 | 54,00% | 11.885.529 | 2.642.700 | 22,23 | 383 |
| ES | 78 | 26 | 33,33% | 3.155.016 | 338.100 | 10,72 | 49 |
| MG | 853 | 66 | 7,74% | 18.127.096 | 779.700 | 4,30 | 113 |
| RJ | 92 | 1 | 1,09% | 14.558.545 | 6.900 | 0,05 | 1 |
| SP | 645 | 74 | 11,47% | 37.630.106 | 924.600 | 2,46 | 134 |
| SUDESTE | 1.668 | 167 | 10,01% | 73.470.763 | 2.049.300 | 2,79 | 297 |
| PR | 399 | 104 | 26,07% | 9.694.709 | 1.297.200 | 13,38 | 188 |
| RS | 497 | 22 | 4,43% | 10.309.819 | 186.300 | 1,81 | 27 |
| SC | 293 | 127 | 43,34% | 5.448.736 | 1.186.800 | 21,78 | 172 |
| SUL | 1.189 | 253 | 21,28% | 25.453.264 | 2.670.300 | 10,49 | 387 |
| TOTAL | 5.561 | 1.526 | 27,44% | 172.385.826 | 18.843.900 | 10,93 | 2.731 |

- 1) População Estimada IBGE (2001)
- 2) Estimativa: base de cálculo 6900 pessoas por ESB
- 3) Equipes Saúde Bucal da Família

FONTE: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2002. (Brasil, 2002)

* Dados de Implantação

Esta “ruptura histórica”, conforme denominamos anteriormente, ocorreu, no nosso ponto de vista, em decorrência de uma série de acontecimentos que culminaram com a definição oficial dos incentivos financeiros para a formação/implantação de equipes de saúde bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família.

Dentre os primeiros estudos relatados na literatura, cita-se a pesquisa realizada pelo próprio Ministério da Saúde (1999a) em 1.219 municípios para “Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF”. Nesta pesquisa, os secretários municipais de saúde foram questionados quanto à composição (categorias profissionais) da equipe mínima do Programa de Saúde da Família em seu município.

Foi constatado que, as equipes mínimas do PSF nestes municípios eram compostas por: médico em 98,2% dos municípios, enfermeiro em 97,0%, auxiliar/técnico de enfermagem em 93,2% e agentes comunitários de saúde em 97,4%. A participação de outras categorias profissionais de saúde também foi referida pelos secretários, sendo o cirurgião-dentista a mais citada (28,8% dos municípios), seguida do assistente social (9,3%), psicólogo (5,3%) e nutricionista (4,5%).

Nesta mesma pesquisa, também foram aplicados questionários junto às Equipes de Saúde da Família (ESF). As ESFs referiram a existência do médico na equipe em 96,6% dos casos, enquanto 94,6% possuíam enfermeiros, 89,9% auxiliar ou técnico de enfermagem e 94,7% ACS. Quanto à participação de outros profissionais, os cirurgiões-dentistas foram referidos em 27,6% das equipes, enquanto os assistentes sociais em 7,1% delas.

Segundo Pinto (2000) em outra pesquisa realizada com os secretários municipais de saúde no ano de 1999, avaliando a opinião do gestor municipal sobre alguns aspectos do PSF, foi constatado que 49,1% dos entrevistados (numa amostra de 140 gestores) sugerem a inclusão do cirurgião-dentista. Os entrevistados consideraram ainda a equipe mínima proposta pelo Ministério da Saúde “ideal”. No entanto, sugeriram a inclusão também de assistentes sociais (41,5%) além do cirurgião-dentista, “para que a atenção básica seja mais completa e haja maior resolutividade, considerando este conjunto de profissionais como essenciais para a promoção de saúde”. Porém, em alguns casos, admitiram que a equipe de Saúde da Família precisava ser adaptada às realidades dos estados e municípios.

Outro enfoque discutido, principalmente nos fóruns da categoria odontológica, é a discussão referente ao forte *lobby* que a própria classe promoveu sobre a inclusão desta categoria profissional nos municípios com Saúde da Família.

Freqüentemente a questão era e ainda é, objeto de seminários, congressos, encontros²², cursos e artigos, além de acaloradas discussões em *mail list* na internet (como a Repibuco – Rede Cedrus/UFRJ), demonstrando o interesse da classe sobre o tema. Como se trata de uma questão nova na história da Odontologia, muitos desses momentos trazem consigo outras discussões que perpassam ou complementam a mesma.

O número de novos profissionais formados/ano que aumenta em progressão geométrica; o concreto esgotamento do modelo da clínica particular como fonte única de recursos; e a redução do índice de cárie da população, principalmente a infantil²³, são pontos nevrálgicos para a categoria, que enxerga na inserção das equipes de saúde bucal no PSF, a criação de novas frentes de trabalho no mercado.

Como exemplo, cita-se artigo publicado no jornal da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (APCD). Como maior entidade regional da categoria no Brasil já afirmava, enfaticamente, o que o então Ministro da Saúde, José Serra, pensava sobre o assunto, após a divulgação da pesquisa do IBGE:

“O fato deixou o ministro da saúde José Serra ‘impressionado’ e ‘abismado’. Ele examinará a curto prazo, a possibilidade de incorporação de um dentista na equipe do Programa de Saúde da Família, que atende pessoas em casa.” (APCD, 2000)

O Jornal do Conselho Federal de Odontologia também fazia referência sobre o tema e a pesquisa do IBGE, na matéria publicada em setembro de 2000, citando um ofício enviado ao Ministério da Saúde pela própria entidade:

“Em documento enviado ao MS, em 26 de julho, o CFO reconhece o avanço representado pela possível inclusão da Odontologia no PSF, que ‘visa à saúde bucal do povo brasileiro’, mas observa que ‘os dados divulgados (...) de forma alguma significam falta de profissionais no mercado de trabalho, muito pelo contrário.’ ‘O maior problema da Odontologia hoje’,

²² Como exemplo podemos citar: o XVI Encontro Nacional dos Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos (principal evento científico da área) em Brasília no mês de setembro de 2000 (que apresentou grande número de posteres, painéis e relatos de experiências universitárias de atividades de saúde bucal no PSF) e o 1º Encontro do Nordeste de Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, organizado pela Associação Brasileira de Odontologia – SE, Conselho Regional de Odontologia – SE e Sinodonto, entre 18 a 20 de outubro de 2001 em Aracaju-SE.

²³ O Ministério da Saúde (2000d) constatou que o CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) de crianças de 12 anos era, em média, de sete dentes em 1986. Esse número caiu para três em 1996, uma redução de 56%. Cabe ressaltar que isto foi possível com a fluoretação da água de abastecimento público, inclusão de flúor nos cremes dentais comercializados e programas de prevenção desenvolvidos em estados e municípios.

afirma o texto, 'não é a falta de profissionais, mas sua concentração nos grandes centros'. O ofício chama a atenção para o número excessivo de faculdades de Odontologia no país, garantindo, certamente, uma das mais altas relações dentista/habitante do mundo.' (CFO, 2000)

Além de órgãos oficiais, que manifestaram seu apoio frente à inclusão da saúde bucal no PSF em diversas regiões do país, outras citações sobre o assunto foram publicadas antes e após a Portaria, explicitando a maneira otimista pela qual, a classe odontológica recebeu a notícia da inclusão do cirurgião-dentista no PSF.

Ribeiro (2001), em artigo publicado no Jornal da Associação Brasileira de Odontologia – Seção Rio de Janeiro (ABO-RJ) intitulado “Saúde bucal coletiva: uma nova opção para o mercado de trabalho?”, afirma:

“A Portaria que oficializa a inclusão destes profissionais no PSF foi assinada em 25 de outubro último, e deverá gerar cerca de 30 mil novos empregos. Atualmente, alguns municípios contam com a presença do cirurgião-dentista atuando junto à equipe de saúde, realizando visitas domiciliares, levando à população a educação em saúde bucal.”

Dias (2000), em artigo publicado no Jornal do Commercio de Recife, em novembro de 2000 cita categoricamente a “criação” do mercado de trabalho:

“Igualmente, há de se salientar a elevada importância social da profissão e o enorme mercado de trabalho criado, com propriedade, pelo Ministério da Saúde, ao incluir o dentista no Programa de Saúde da Família”.

Ainda, Capistrano Filho (2000), renomado sanitarista e ex-prefeito de Santos-SP, em artigo publicado em um dos jornais eletrônicos mais conhecidos e direcionados para a classe odontológica, afirmava que:

“Uma das mais importantes e felizes iniciativas do ministro José Serra foi determinar a incorporação das ações de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) e, em consequência, a ampliação das equipes com cirurgião-dentista. Com essa providência, um passo importante no sentido da observância de um dos princípios do SUS – o da integralidade dos cuidados – foi dado.”

Neste contexto, em 25 de outubro de 2000, dia do cirurgião-dentista, o Ministro da Saúde José Serra, divulgou o lançamento de um plano de inclusão de equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. Segundo o Ministério da Saúde (2000d), as equipes seriam formadas por cirurgiões-dentistas, THDs e ACDs.

O lançamento deste plano nacional pode ser entendido como uma resposta do Governo Federal ao resultado da PNAD associada à um contexto político favorável (o apoio

dos diversos atores envolvidos na questão tendo de um lado, classe odontológica, e de outro, a população historicamente desassistida), econômico (a definição e aprimoramento de mecanismos de financiamento desde a NOB-SUS Nº 01/96) e social (os altos índices de CPO-D ainda apresentados pela população brasileira apesar dos avanços obtidos na área, além da possibilidade de concretização, na atenção odontológica, dos princípios preconizados pelo SUS).

Narvai (2000) já afirmava que foi uma atitude “política mas tardiamente correta”:

“Não foram poucos os que reclamaram do ‘desconhecimento’ e da ignorância’ da principal autoridade pública do setor em relação à desassistência odontológica e ao elitismo do acesso. Sentar na cadeira do dentista continua sendo monopólio de classe social no Brasil. Insuportável privilégio, diga-se – mais uma cruel expressão das iniquidades que nos assolam. Muitos reclamaram do ministro, com razão. Choca mesmo constatar que, responsável pela saúde dos brasileiros, tenha ficado ‘abismado’. Em defesa do ministro, um político reconhecidamente hábil e sagaz, deve-se reconhecer a franqueza da reação. Num lampejo, talvez não tenha tido tempo de filtrar seus sentimentos, formulando uma resposta ‘politicamente correta’ – coisa que, aliás, fez logo em seguida, anunciando a ‘inclusão de dentistas nas equipes do programa de saúde da família’, uma prioridade da pasta que comanda.”

Esperava-se, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2000d) que em 2001, fossem formadas cinco mil equipes de saúde bucal para trabalhar em conjunto com as equipes de Saúde da Família já existentes. Com a expansão do PSF²⁴, a estimativa era de que “as ações de saúde bucal dessem cobertura para mais de 96 milhões de brasileiros, 56,57% da população do país”.

O plano previa ainda cursos de formação e capacitação dos profissionais. A meta para 2001 era capacitar 5.431 CDs, 2.173 THDs e 5.431 ACDs, além de 61.200 ACSs. (Brasil, 2000d)

Nos municípios com até 5 mil habitantes, a previsão seria uma equipe de saúde bucal para cada equipe de Saúde da Família (relação denominada pela classe de 1/1). Nos municípios com mais de 5 mil habitantes, o plano previa uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de Saúde da Família (relação 1/2).

Observa-se ainda que, na normatização não há uma mudança efetiva no processo de trabalho. Perpetua-se a Saúde Bucal como algo “a parte”, não constituindo parte integrada da

²⁴ A meta era alcançar 20 mil equipes para o ano de 2002. Conforme demonstrado na Tabela 5, até fevereiro existiam 14.209 equipes de saúde da família. Neste mesmo período, as ações de saúde bucal correspondiam a 10,97% da população coberta, conforme Tabela 6.

ESF, mas referência (especializada e sobrecarregada) à elas. Ainda não existe um processo de trabalho “em equipe”.

O apoio do Ministério da Saúde para a inclusão da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família por meio desse Plano, foi consolidado com a Portaria nº. 1444²⁵, de 28 de dezembro de 2000, na qual o Ministério da Saúde “estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família”.

O cerne dessa Portaria, passou a ser a definição de duas modalidades de inserção de equipes de saúde bucal de acordo com a composição e valores:

“Art. 3º Os municípios que se qualificarem às ações de saúde bucal receberão incentivo financeiro anual por equipe implantada, de acordo com a composição e com os seguintes valores:

Modalidade I Um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário R\$ 13.000,00 (treze mil reais)

Modalidade II Um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental R\$ 16.000,00 (dezesseis mil reais)”

Além dessa definição ainda estavam contemplados a relações de equipes de saúde bucal com equipes de saúde da família:

“Art. 4º Estabelecer a seguinte relação de equipes de saúde bucal por equipe de saúde da família:

I Cada equipe de saúde bucal deverá atender em média 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes;

II Para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deverão estar implantadas duas equipes de saúde da família;

III Para os municípios com menos de 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, poderá ser implantada uma equipe de saúde bucal com uma ou duas equipes de saúde da família implantadas.”

Com relação à forma de inserção das equipes e as ações a serem realizadas pelas mesmas, a Portaria definia que seriam definidas pelos municípios, segundo sua capacidade instalada de equipamentos de odontologia e as “modalidades inovadoras de reorganização da atenção à saúde bucal”.

²⁵ Anexo A

“Parágrafo único. Os municípios estabelecerão as formas de inserção das equipes e das ações de saúde bucal junto ao Programa de Saúde da Família considerando a atual capacidade instalada de equipamentos de odontologia e as modalidades inovadoras de reorganização da atenção à saúde bucal.”

Essa autonomia, explícita no parágrafo acima, é uma questão que, durante o processo não foi discutida, não sendo uma política explícita no SUS. Ficaram então as ações fixadas como “possíveis” (ou não) a partir da política de “incentivos”. Ocorre que, na maioria das vezes, há um engessamento nas ações e um caráter vertical na definição das mesmas, onde, em resumo, quem não segue as normas estabelecidas pela(s) Portaria(s) não tem recursos.

Em janeiro de 2001, observava-se portanto, um novo cenário no modelo assistencial de saúde bucal brasileiro.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2001c), neste início de ano já estavam qualificadas 124 equipes de saúde bucal no PSF, sendo 84 na modalidade I e 40 na modalidade II, totalizando 32 municípios.

TABELA 7 – Distribuição e cobertura populacional das primeiras Equipes de Saúde Bucal qualificadas no Programa de Saúde da Família. Março, 2001.

| Unidade Federativa | Total Equipes de Saúde Bucal (ESB) | Número de Municípios | População Coberta |
|--------------------|------------------------------------|----------------------|-------------------|
| Mato Grosso | 03 | 03 | 0,8% |
| Mato Grosso do Sul | 12 | 08 | 4,0% |
| Espírito Santo | 24 | 11 | 5,5% |
| Distrito Federal | 33 | 01 | 11,0% |
| São Paulo | 52 | 09 | 1,0% |

Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB), 2001. (Brasil, 2001c)

Em 06 de março de 2001 a Portaria n.º 267²⁶ foi publicada, regulamentando a Portaria n.º 1444. Por meio dessa, ficavam aprovadas as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF, as quais integram o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (anexo da Portaria com as respectivas atribuições de cada profissional de saúde bucal). Esta Portaria, explícita ainda o elenco de procedimentos no âmbito da saúde bucal compreendidos na atenção básica, estabelecidos por intermédio da NOB-SUS N.º 01/96 e na NOAS-SUS N.º 01/2001.

De forma resumida, podemos dizer que o Plano definia como objetivos:

²⁶ Anexo B

- melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo PSF;
- assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal;
- 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 serviços do SUS; e
- avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF.

Além das definições já explícitas na Portaria n.º 1444 (modalidades, parâmetros de cobertura e instalações além do financiamento) e dos conceitos básicos preconizados pelo PSF (adscrição de clientela), o Plano ainda trazia definições novas (ou pelo menos princípios gerais) sobre questões referentes a: atribuições dos profissionais, referência, sistema de informação, metas, desenvolvimento de recursos humanos e responsabilidades institucionais.

3.2. JUSTIFICATIVA

Com a implementação dos incentivos financeiros, a Área Técnica de Saúde Bucal (ATSB) do Ministério da Saúde, assim como os estados e municípios passaram a, efetivamente, acompanhar a implantação de equipes de saúde bucal no PSF.

Uma série de exigências normativas foram estabelecidas (assim como na implantação do PSF), obrigando os municípios a se (re)organizarem na busca desses incentivos.

Portanto, a partir de dezembro de 2000 até janeiro de 2001, 32 municípios obtiveram a qualificação para receber os recursos financeiros estabelecidos para a área (primeiros dados divulgados oficialmente).

Dados mais recentes do Ministério da Saúde, apontam para a existência de, em março de 2002, 1.625 municípios com equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. (Brasil, 2002)

Diante deste cenário, sabe-se que:

- i. 18,7% da população brasileira nunca foram ao dentista, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) divulgada em 2000;

- ii. A trajetória dos modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil elevaram à potencialidade, por diversos fatores, aquele centrado no modelo familiar;
- iii. O Ministério da Saúde, na busca da efetivação dos princípios do SUS, implantou em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF); e
- iv. A inserção do cirurgião-dentista e o desenvolvimento de ações em saúde bucal, já ocorriam em alguns municípios brasileiros, mesmo antes da publicação da Portaria n.º 1444 e do plano de inclusão de equipes de saúde bucal no PSF pelo Ministério da Saúde.
E que:
- v. Estes municípios vêm desenvolvendo atividades em saúde bucal para a população assistida com metodologia própria segundo suas prioridades definidas localmente;
- vi. Algumas destas experiências tem demonstrado resultados positivos como a redução dos índices de CPO-D da população;
- vii. Até o presente momento, nenhum estudo foi realizado de forma a analisar a inserção das equipes de saúde bucal no PSF; e
- viii. Por fim, não existem informações consubstanciadas sobre as características das atividades desenvolvidas assim como, sobre as equipes de saúde bucal nestes municípios.

Portanto:

Espera-se com este estudo identificar, descrever e analisar a inserção do cirurgião-dentista e/ou da equipes de saúde bucal no PSF em municípios brasileiros, objetivando, posteriormente, auxiliar no planejamento nas etapas subsequentes de normatização referentes à saúde bucal dentro da proposta de reordenação do SUS pela via do Programa de Saúde da Família.

3.3. HIPÓTESES

As hipóteses²⁷ deste trabalho estão definidas em três dimensões: (i) política, (ii) econômica e (iii) organizacional.

²⁷ Entendendo-se “hipótese”, segundo Contandriopoulos *et al* (1999) como “o estabelecimento de uma relação que pode ser verificada empiricamente entre uma causa e um efeito”.

Espera-se, por meio da identificação dos municípios que há mais tempo desenvolvem atividades em saúde bucal na lógica do PSF e, da aplicação do instrumento de coleta de dados (questionário), abordar essas dimensões para comprová-las ou não.

1ª Dimensão – Política:

- i. A opção pela inserção do cirurgião-dentista e/ou equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, nos municípios que já estavam trabalhando nesta lógica antes da Portaria n.º 1444, foi embasada em opções pessoais do gestor municipal; e
- ii. A inserção do cirurgião-dentista e/ou equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, foi efetivada por influência das universidades públicas (quando presentes) e suas atividades em saúde bucal, desenvolvidas conjuntamente com o município.

Espera-se portanto, afirmar que dentre os fatores que levaram à consolidação da saúde bucal nos sistemas municipais (ou seja, públicos de saúde) questões de ordem/força/pressão política exercem maiores influências do que normatizações próprias (do município) ou sensibilidade dos respectivos gestores para a importância do desenvolvimento de atividades dessa natureza.

2ª Dimensão – Econômica:

- i. Diferentemente de trabalhos que afirmam ser o Programa de Saúde da Família um modelo assistencial adotado principalmente em municípios considerados pobres, ou ainda, com maior adesão em regiões consideradas menos desenvolvidas como o Norte e o Nordeste, na saúde bucal este quadro não se configura.

3ª Dimensão – Organizacional:

- i. A inserção do cirurgião-dentista e/ou da equipe de saúde bucal no PSF, ainda não está efetivamente concretizada, uma vez que desenvolve apenas atividades preventivo-promocionais (que já estavam sendo realizadas pelos agentes comunitários de saúde) em detrimento das atividades curativo-restauradoras;
- ii. O cirurgião-dentista, por sua vez, continua a desenvolver atividades de baixa resolutividade e baixa cobertura, uma vez que mesmo inserido no programa, não foi

capaz de desenvolver (ou não foram instruídos para desenvolver) atividades programáticas de articulação com a demanda reprimida, enquanto nova unidade assistencial; e

- iii. Os vínculos trabalhistas do cirurgião-dentista e/ou da equipe de saúde bucal no PSF são ainda, frágeis e portanto sem sustentação normativa que garanta a continuidade do(a) mesmo(a) no programa. Seja pelo pouco tempo de implantação, seja pelas características dos incentivos definidos pelo Ministério da Saúde.

3.4. OBJETIVOS

Objetivo geral:

Identificar os municípios que desenvolvem ações em saúde bucal e analisar o estágio de inserção do cirurgião-dentista e/ou equipe de saúde bucal no PSF.

Objetivos específicos:

- i. Identificar os municípios que, há mais tempo, desenvolvem ações em saúde bucal no PSF;
- ii. Analisar os municípios identificados quanto às suas características sócio-demográficas e econômicas;
- iii. Identificar as características do(s) profissional(is) da(s) equipe(s) de saúde bucal implantada(as) quanto à: jornada de trabalho, vínculo empregatício, modalidade de incorporação e teto salarial; e
- iv. Identificar as características do programa e ações de saúde bucal desenvolvidas no município quanto ao: período de implantação, natureza e cobertura do programa, atividades desenvolvidas, responsabilidades e recursos utilizados.

3.5. ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

O estudo foi dividido em duas etapas. Na primeira buscou-se identificar os municípios que desenvolviam ações em saúde bucal no PSF. Na segunda, analisou-se esses municípios.

1ª Etapa:

Para a identificação dos municípios que já estavam trabalhando com o cirurgião-dentista e/ou equipe de saúde bucal no PSF, mesmo antes da definição dos incentivos financeiros para tal, contactou-se inicialmente a Área Técnica de Saúde Bucal (ATSB) do Ministério da Saúde em julho de 2000. Constatou-se que esses dados não estavam disponíveis.

Uma vez que foi verificada a não disponibilidade de informações referentes a estes municípios, optou-se pela busca das informações diretamente às seguintes instituições:

- i. Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família;
- ii. Coordenações Estaduais do Programa de Saúde da Família e,
- iii. Coordenações Estaduais de Saúde Bucal.

A escolha das mesmas foi baseada na própria organização do PSF definida pelo Ministério da Saúde (definição de coordenações do programa e implementação de pólos de capacitação estaduais e/ou regionais) e pela estruturação hierárquica dos estados (coordenações estaduais) frente à Área Técnica de Saúde Bucal no Ministério da Saúde.

Para isto, o contato foi estabelecido por meio de carta, fax e/ou e-mail, explicando resumidamente este projeto de pesquisa e seus objetivos²⁸.

Foram enviadas 75 correspondências sendo: 21 aos Pólos de Capacitação (uma correspondência para cada Pólo), 27 às Coordenações Estaduais do PSF e 27 às Coordenações Estaduais de Saúde Bucal (uma correspondência para cada Coordenação).

A lista de endereços de todas as coordenações e pólos que foram contactados encontrava-se presente na página da internet do Ministério da Saúde (Programa de Saúde da Família e Área Técnica de Saúde Bucal)²⁹.

Dessa forma, no período de outubro de 2000 a janeiro de 2001, foram enviadas carta, fax e e-mail, com o objetivo de realizar-se contatos e obter-se dados.

Foram identificadas ao final desse período, 57 experiências municipais. Onde se encontrava ainda a experiência do Distrito Federal (cidades satélites) e de 08 equipes de saúde que utilizam a estratégia do Saúde da Família em áreas indígenas no estado de Pernambuco.

²⁸ Anexo C. Cópia de documento enviado para os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, Coordenações Estaduais do Programa de Saúde da Família e Coordenações Estaduais de Saúde Bucal.

²⁹ Anexos D, E e F. Endereços e nomes dos coordenadores contactados.

Com relação a essas últimas experiências, sob a coordenação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) do Estado de Pernambuco, acreditamos que todas as oito experiências poderiam ser agrupadas. Estruturalmente, possuem as mesmas características, por se tratar de equipe vinculada a uma instituição com normatização própria e, portanto, potencialmente iguais. Para uma melhor definição metodológica deste trabalho, optou-se por agrupar as mesmas, sendo considerada portanto, uma única experiência.

Ao somarmos as experiências “não municipais”, mas que trabalham com a mesma lógica (Distrito Federal/cidades satélites e Funasa-PE) às 57 identificadas, totalizam-se, portanto, 59 experiências.

Dos estados: Alagoas, Amapá, Espírito Santo, Pará, Paraíba, Piauí, Roraima, Rondônia, não obteve-se resposta.

Cade reafirmar, que estas foram identificadas antes da publicação da Portaria n.º 1444 do Ministério da Saúde, ou seja, sem financiamento federal para o desenvolvimento de tais atividades.

A Tabela 8 e Figura 1 demonstram quais municípios foram identificados. O Gráfico 2 demonstra como se deu a distribuição percentual no território brasileiro.

TABELA 8 – Distribuição quantitativa dos estados/municípios com Cirurgião-Dentista e/ou Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família por Região e Unidade Federativa. Janeiro, 2001.

| REGIÃO | UF | MUNICÍPIOS | TOTAL |
|----------------------------|-----------|--|--------------|
| Região Norte | AM | Manaus | 01 |
| Região Nordeste | BA | Alagoinhas, Amargosa, Camaçari, Ilhéus, Lauro de Freitas, Vitória da Conquista | 15 |
| | CE | Beberibe, Fortaleza, Maracanaú, Orós | |
| | PE | Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Caruaru, Jaboatão dos Guararapes | |
| | SE | Aracaju | |
| Região Centro-Oeste | DF | Brasília (cidades-satélites) | 13 |
| | GO | Abadiânia, Amaralina, Crixás, Doverlândia, Uirapuru, Santo Antônio do Goiás | |
| | MT | Confressa, Cuiabá, Nova Olímpia, Sorriso | |
| | MS | Campo Grande | |
| | TO | Palmas | |
| Região Sudeste | MG | Ibiá, Juiz de Fora | 08 |
| | RJ | Rio de Janeiro, Teresópolis | |
| | SP | Marília, Pirajú, São Paulo, Tubarão | |
| Região Sul | PR | Arapoti, Curitiba | 21 |
| | RS | Barão de Cotegipe, Benjamin Constant, Bento Gonçalves, Capivari do Sul, Carlos Gomes, Charqueadas, Cidreira, Coronel Barros, Gramado dos Loureiros, Mariano Moro, Ronda Alta, Santa Cruz do Sul, Santa Rosa, São Jorge, Vanini, Vitória das Missões, Terra de Areia, Tucunduva | |
| | SC | São Bento do Sul | |
| TOTAL | | | 58* |
| TOTAL + Funasa** | | | 59 |

* Somando-se a experiência do Distrito Federal.

** Foi encontrado ainda distritos indígenas no estado de Pernambuco trabalhando na lógica da estratégia de Saúde da Família sob coordenação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

OBS: Os estado do AC, MA e RN enviaram ofícios informando oficialmente o não conhecimento de municípios com experiências semelhantes. Dos demais estados (AP, PA, RR, RO, AL, PB, PI e ES), não obteve-se resposta.

FIGURA 1 – Distribuição quantitativa dos municípios com Cirurgião-Dentista e/ou Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família por Região e Unidade Federativa. Janeiro, 2001.

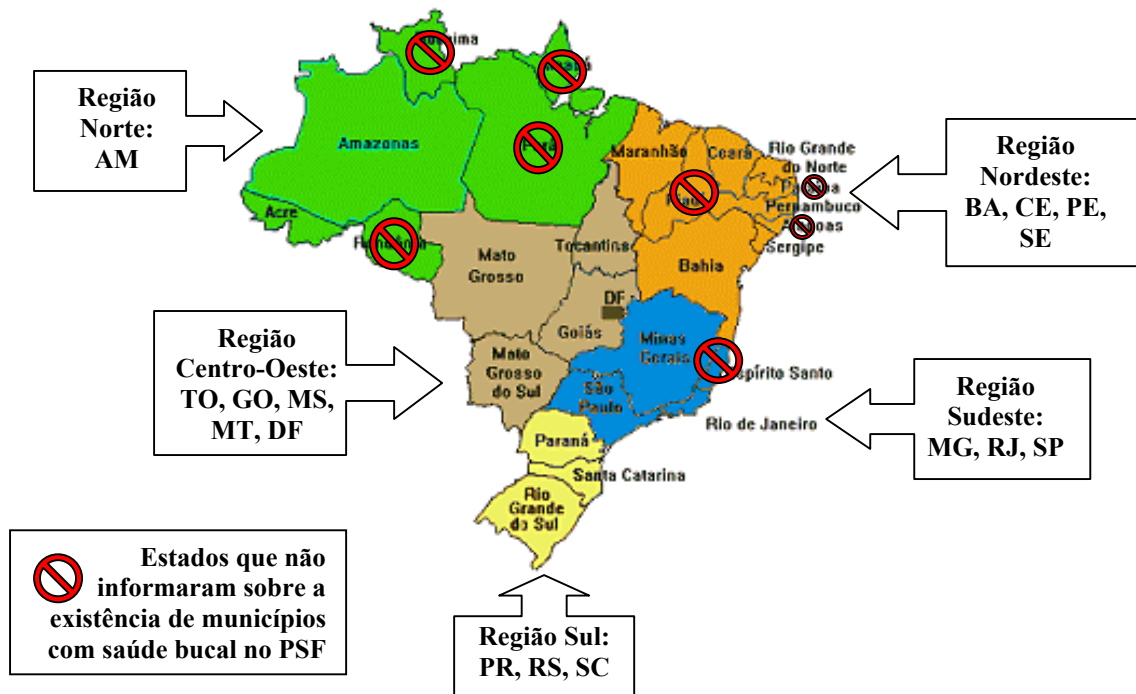
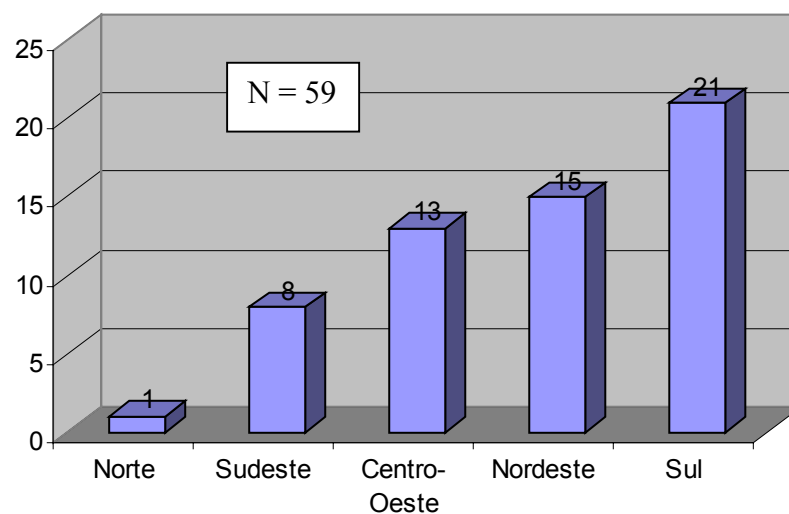


GRÁFICO 2 – Distribuição quantitativa dos municípios que possuem Cirurgião-Dentista e/ou Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família por Região. 1ª. Etapa do estudo. Janeiro, 2001.



No Anexo G deste trabalho, listamos com maiores detalhes os dados encontrados nessa 1ª etapa do trabalho, a fonte dos dados, assim como outras informações complementares que foram enviadas e que consideramos pertinentes constar no Anexo.

2ª Etapa:

Na segunda etapa deste estudo, foi elaborado e utilizado um questionário com intuito de responder a questões que confirmem ou refutem as hipóteses propostas em nosso trabalho. Buscou-se identificar e analisar, por meio de perguntas abertas e fechadas, as características dos municípios assim como do programa e do profissional e/ou equipe de saúde bucal presente(s) no PSF.

Para tal, o questionário foi enviado por carta registrada (posteriormente fax e/ou e-mail segundo necessidades de reenvio). No envio das correspondências, acompanhou também outro envelope selado, com destinatário pré-endereçado esperando-se, dessa forma, facilitar a devolução do mesmo. Deu-se preferência, para a utilização de mesmo meio de contato utilizado (ou carta, ou fax ou e-mail) no momento da captação dos dados dos municípios que possuem CD no PSF.

Os questionários foram enviados aos coordenadores municipais de odontologia no PSF (ou o responsável por esta função) das 59 experiências identificadas.

A opção do envio do questionário ao coordenador municipal de odontologia do PSF (ou o responsável por esta função) foi entendida por ser este ator, a melhor fonte de informação para as questões que seriam estudadas.

Como não se encontrou na literatura pesquisada, um estudo que utilizasse a mesma metodologia proposta por este, optou-se pela construção de um novo instrumento de medida. Sabe-se que a construção de um novo instrumento de medida (no caso o questionário) apresenta vantagens e desvantagens.

Segundo Contandriopoulos *et al* (1999), a vantagem é que “permite medir exatamente as variáveis estudadas” e as desvantagens são: “que demanda tempo e recursos, atrasa o início do estudo, e precisa da preparação de um estudo prévio para pré-testar o instrumento”.

Portanto, antes da apresentação dos resultados coletados algumas observações são importantes:

- i. A elaboração do questionário iniciou-se em fevereiro de 2001, tendo sido finalizado em março do mesmo ano;

- ii. Foi aplicado, como pré-teste, na Coordenação do Programa de Saúde da Família do Distrito Federal (Núcleo de Odontologia). Observou-se a necessidade de realização de ajustes, principalmente por se entender que o mesmo seria enviado pelo correio, fax e/ou e-mail e portanto, necessidade de maior clareza e objetividade nas perguntas abertas;
- iii. Dessa forma, o questionário elaborado foi dividido em três partes: na primeira buscou-se caracterizar o Programa de Saúde da Família (ou similar) que já estava implantado no município (ou local estudado). Buscou-se obter dados referentes à: cobertura populacional; número e composição de equipes; características da jornada de trabalho; vínculo empregatício; modalidades de incorporação; e, salário dos profissionais da equipe de saúde bucal. Na segunda, buscou-se informações referentes ao detalhamento das atividades realizadas pelo cirurgião-dentista e/ou equipe de saúde bucal. E na terceira e última parte, foram realizados questionamentos quanto às características gerais do município; e
- iv. O envio dos questionários foi iniciado em abril de 2001. O recebimento dos mesmos ocorreu no período compreendido entre maio de 2001 e abril de 2002.

Apresentamos o questionário no Anexo H deste trabalho.

Lembramos ainda que, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde que regulamenta a pesquisa em saúde que envolve seres humanos, o projeto de pesquisa do presente trabalho foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e aprovado.

CAPÍTULO 4

QUANDO, QUEM, ONDE, COMO E POR QUE?

*A gente não sabemos escolher presidente
A gente não sabemos tomar conta da gente
A gente não sabemos nem escovar os dentes
Tem gringo pensando que nós é indigente*

Roger Rocha Moreira

Dos 59 questionários enviados, apenas 1 (0,59%) foi recebido dentro do período solicitado e previsto (quinze dias após o seu envio). Os demais só puderam ser obtidos após sucessivos contatos com os responsáveis.

Para isso, foi necessário estabelecer, em algumas situações, contatos de caráter mais “formal”. Foi enviada, por exemplo, para três municípios participantes da pesquisa e conforme solicitação dos mesmos, carta de apresentação com cópia do projeto de pesquisa, cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com parecer favorável, *curriculum vitae* resumido dos responsáveis pela pesquisa, além do questionário.

Nos demais, foi estabelecido, após o prazo, contatos telefônicos e, em alguns casos, posterior reenvio do questionário por fax e/ou e-mail. Dessa forma, o percentual de resposta dos mesmos alcançou 57,62%, ou seja, 34 questionários respondidos, recebidos e validados para análise.

Os dados apresentados a seguir, são resultantes da análise desses 34 questionários.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS.

A distribuição por região e unidade federativa dos municípios estudados se configurou conforme descrita a seguir.

Os municípios do estado do Rio Grande do Sul foram os que apresentaram maior adesão à pesquisa tendo 17 dos 18 municípios inicialmente identificados, participado com a resposta ao questionário (Tabela 9).

Por outro lado, a Região Norte não foi incluída no estudo. Tendo sido identificado apenas o município de Manaus, dificuldades ocorreram para o estabelecimento de contato

com os responsáveis e, portanto, não foi obtido retorno quanto ao recebimento do questionário.

Entre as regiões mais representativas seguidas da Região Sul, encontramos a Centro-Oeste (8 municípios), Nordeste e Sudeste (ambas com 4) conforme observado no Gráfico 4.

Dentre os estados da Região Centro-Oeste destaca-se Goiás por apresentar 5 municípios participantes da pesquisa. Na Nordeste, destaca-se Pernambuco com 3 municípios e na Sudeste, tanto o estado de Minas Gerais quanto Rio de Janeiro participam com 2 municípios (Tabela 9).

TABELA 9 – Distribuição dos estados/municípios com Cirurgião-Dentista e/ou Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, segundo Região, Unidade Federativa, contribuição percentual no Produto Interno Bruto nacional e número de leitos. Abril, 2002.

| REGIÃO | UF | MUNICÍPIOS | CONTRIBUIÇÃO ESTADUAL NO PIB* NACIONAL (%)** | NÚMERO DE LEITOS*** | TOTAL DE MUNICÍPIOS |
|----------------------------|--------------------|--|--|---------------------|---------------------|
| Região Norte | Não houve resposta | | 1,60 (Regional) | 4.538 | |
| Região Nordeste | PE | Camaragibe, Caruaru, Jaboatão dos Guararapes | 2,67 | 21.525 | 04 |
| | SE | Aracaju | 0,56 | 3.548 | |
| Região Centro-Oeste | DF | Brasília (Cidades-Satélites) | 2,28 | 4.309 | 08 |
| | GO | Abadiânia, Amaralina, Crixás, Uirapuru, Santo Antônio do Goiás | 1,84 | 22.131 | |
| | MT | Sorriso | 1,20 | 6.869 | |
| | MS | Campo Grande | 1,12 | 6.363 | |
| Região Sudeste | MG | Ibiá, Juiz de Fora | 9,63 | 51.267 | 04 |
| | RJ | Rio de Janeiro, Teresópolis | 11,75 | 31.526 | |
| Região Sul | PR | Curitiba | 6,34 | 30.284 | 18 |
| | RS | Barão de Cotegipe, Benjamin Constant, Bento Gonçalves, Capivari do Sul, Charqueadas, Cidreira, Coronel Barros, Gramado dos Loureiros, Mariano Moro, Ronda Alta, Santa Cruz do Sul, Santa Rosa, São Jorge, Vanini, Vitória das Missões, Tucunduva | 7,75 | 31.526 | |
| | SC | São Bento do Sul | 3,66 | 14.811 | |
| TOTAL | | | | | 34**** |

* PIB: Produto Interno Bruto

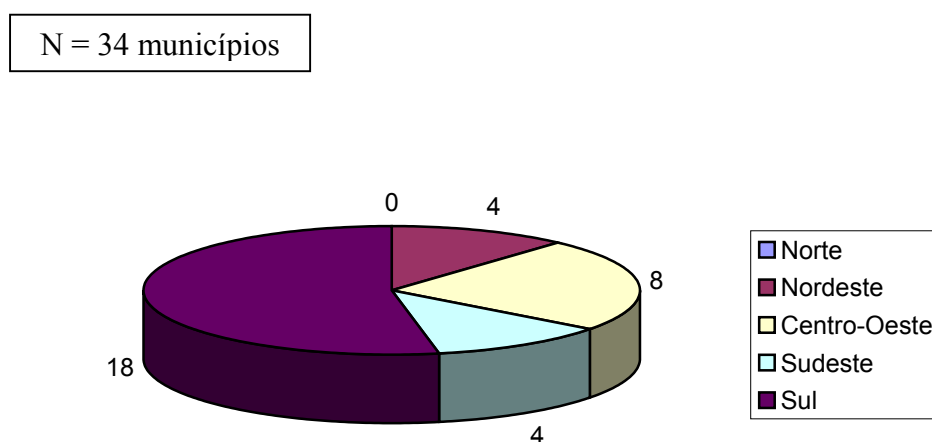
** Fonte: IBGE (1999)

*** Fonte: Datasus (2002)

**** Somando-se a experiência do Distrito Federal.

OBS: Os demais municípios e a Funasa-PE não responderam ou não enviaram o questionário.

GRÁFICO 3 – Distribuição quantitativa dos municípios que possuem Cirurgião-Dentista e/ou Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família por Região. 2ª. Etapa do estudo. Abril, 2002.



Observando-se os dados sobre a participação dos estados no Produto Interno Bruto (PIB) nacional e a presença de cirurgião-dentista e/ou equipe de saúde bucal nos municípios dos mesmos (Tabelas 10 e 11), verificamos que é possível sugerir existência de correlação entre maior participação no PIB (ou seja estados mais ricos) e a presença de municípios com ações em saúde bucal sendo desenvolvidas antes da definição de incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde.

Algumas exceções são observadas como os estados de Sergipe e Tocantins³⁰. Com relação ao estado de Sergipe, que participou da segunda etapa desse estudo, pode-se afirmar que a presença de ações em saúde bucal configuraram-se devido à participação das principais instituições de ensino superior do estado: Universidade Federal de Sergipe (UFS) e a Universidade Tiradentes (UNIT) segundo respostas no questionário. Ambas as instituições participam especificamente nas ações em saúde bucal como “formadores nas capacitações, serviço de referência para algumas especialidades e participação em campanhas”.

Já Zanetti (2002) em um estudo sobre a “Atenção básica em saúde bucal – avaliando um ano de qualificação para incentivo federal” demonstra que todos os estados que possuem mais de 70% dos seus municípios qualificados para o recebimento dos incentivos federais do

³⁰ O município de Palmas no estado do Tocantins não enviou questionário após sucessivos contatos.

Ministério da Saúde (até agosto de 2002), são os que menos participam no PIB nacional (0,49 a 2,30%). Portanto, estados “pobres” e localizados nas regiões Nordeste e Centro-Oeste.

Segundo Zanetti (2002) os estados que possuem menos de 20% dos seus municípios qualificados, ou são estados mais ricos da federação ou são aqueles que apresentam rede assistencial hospitalar mais “ampla” (maior número de leitos hospitalares).

Ao observarmos a Tabela 10, com o agrupamento realizado por municípios/estado, verificamos que tanto os estados que possuem maior participação no PIB nacional, quanto aqueles que possuem maior número de leitos hospitalares, são os estados onde foram identificados municípios com ações em saúde bucal sendo desenvolvidas no PSF, antes dos incentivos financeiros definidos pela gestão federal.

Conclui-se portanto, utilizando-se o trabalho de Zanetti (2002) como referencial final de análise, que houve uma mudança no perfil dos estados e logo dos municípios no período compreendido entre abril de 2001 (início deste estudo – municípios identificados na 1ª. Etapa) a agosto de 2002 (trabalho de Zanetti, 2002).

Antes do estabelecimento dos incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde, apenas os estados com maior participação no PIB e maior número de leitos hospitalares (ou seja, estados mais “ricos”) desenvolviam atividades de saúde bucal no Programa de Saúde da Família.

Com a definição, em dezembro de 2001, e análise de um ano de recebimento de recursos financeiros por parte da gestão federal, observa-se que os estados que mais qualificam municípios para as ações em saúde bucal, são os estados considerados mais “pobres”.

TABELA 10 – Tabela comparativa entre estados que possuem municípios com Cirurgião-Dentista e/ou Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família segundo contribuição percentual no Produto Interno Bruto nacional e número de leitos. Agosto, 2002.

| Posição no Ranking | | % contribuição estado no PIB nacional* | | | Total de leitos** |
|--------------------|--|--|--------|--|-------------------|
| 1 | | SP | 34.95% | | SP 102,335 |
| 2 | | RJ | 11.75% | | MG 51,267 |
| 3 | | MG | 9.63% | | RJ 49,756 |
| 4 | | RS | 7.75% | | RS 31,526 |
| 5 | | PR | 6.34% | | PR 30,284 |
| 6 | | BA | 4.32% | | BA 29,756 |
| 7 | | SC | 3.66% | | MA 24,644 |
| 8 | | PE | 2.67% | | GO 22,131 |
| 9 | | DF | 2.28% | | PE 21,525 |
| 10 | | CE | 2.00% | | CE 17,020 |
| 11 | | ES | 1.93% | | SC 14,811 |
| 12 | | GO | 1.84% | | PB 12,257 |
| 13 | | PA | 1.71% | | PA 11,584 |
| 14 | | AM | 1.60% | | PI 8,564 |
| 15 | | MT | 1.20% | | RN 7,435 |
| 16 | | MS | 1.12% | | MT 6,869 |
| 17 | | PB | 0.82% | | ES 6,813 |
| 18 | | MA | 0.81% | | AL 6,740 |
| 19 | | RN | 0.79% | | MS 6,363 |
| 20 | | AL | 0.66% | | AM 4,538 |
| 21 | | SE | 0.56% | | DF 4,309 |
| 22 | | RO | 0.52% | | SE 3,548 |
| 23 | | PI | 0.49% | | RO 3,426 |
| 24 | | TO | 0.22% | | TO 2,555 |
| 24 | | AP | 0.16% | | AC 1,595 |
| 26 | | AC | 0.16% | | AP 858 |
| 27 | | RR | 0.08% | | RR 797 |

* Fonte: IBGE (1999)

** Fonte: Datasus (2002)

OBS 1: Em amarelo, estados identificados com equipe de saúde bucal no PSF.

OBS 2: Tabela adaptada de Zanetti (2002)

Apesar de se entender que, existem vieses no agrupamento de municípios realizado segundo estado, o trabalho de Zanetti (2002) foi o único encontrado na literatura pertinente ao assunto, para a realização de comparações nacionais quantitativas.

Pode-se ainda utilizar como referencial, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) quanto às condições de pobreza dos municípios e a presença de ações em saúde bucal.

O IDH-M é um indicador criado em 1996, a partir da desagregação, por municípios, do IDH em um estudo realizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Fundação João Pinheiro do Governo do Estado de Minas Gerais e o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA).

O IDH por sua vez, tem como principal objetivo “medir o progresso econômico não mais com critérios econômicos apenas, mas sim pela ponderação de fatores que de fato ampliam as oportunidades de escolhas das pessoas no seu cotidiano”. Consiste na análise de três dimensões: longevidade, educação, e renda³¹. (PNUD, 2002)

A base de dados dos municípios (o IDH-M) foi montada no pressuposto de que a desagregação territorial amplia as possibilidades de análise da realidade.

Um outro novo indicador criado em 1996 juntamente com o IDH-M, foi o Índice de Condições de Vida (ICV), uma extensão do IDH. Baseia-se em metodologia similar, mas incorpora um conjunto maior de dimensões de desempenho sócio-econômico. Resulta da combinação de vinte indicadores básicos agregados em cinco grupos: renda, educação, infância, habitação e longevidade.

O IDH-M foi divulgado nos anos de 1970, 1980 e 1991. Isto porque, foi construída uma rica base de indicadores que permitissem analisar a situação de todos os municípios brasileiros existentes nos anos censitários de 1970, 1980 e 1991. (PNUD, 2002)

Alguns destaques foram divulgados pelo Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2002) sobre a evolução do IDH-M nos anos de 1970, 1980 e 1991:

- as condições de vida da população brasileira melhoraram substancialmente ao longo desse período;

- em 1970, mais de 90% dos municípios brasileiros estavam no patamar de baixo desenvolvimento humano. Nenhum município havia atingido a categoria de alto

³¹ Pela primeira vez, em 1998, o Brasil alcançou a classificação de país de alto desenvolvimento humano, na avaliação do PNUD. Os índices educacionais foram os principais responsáveis pela melhora do desempenho. O País ocupa agora o 62º lugar num ranking de 174 nações, que leva em consideração três características: expectativa de vida, educação – taxas de alfabetização de adultos e matrículas nas escolas – e renda ou Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*. São esses fatores que compõem o IDH definido pelas Nações Unidas. No Relatório do Desenvolvimento Humano de 1998 (RDH-98) do PNUD, o Canadá continua a ocupar o primeiro lugar no ranking de 174 países, seguido da França e da Noruega. Entre os países da América Latina, o Chile é o 31º colocado e a Argentina está no 36º posto.

desenvolvimento humano. Havia então 361 municípios enquadrados no nível médio de desenvolvimento. Tais municípios abrigavam 38% da população;

- em 1980, o IDH-M indica que os municípios brasileiros distribuía-se assim: 46% encontravam-se na categoria de baixo desenvolvimento humano, 54% em médio e não havia nenhum enquadrado no alto desenvolvimento;

- quase todos os municípios nordestinos (96,4%, abrigando 72% da população da região) estavam em 1980 na categoria de baixo desenvolvimento humano, 54% em médio e não havia nenhum enquadrado no alto desenvolvimento; e

- em 1991, dos 4.491 municípios, 80 deles e o DF (1,86%) já haviam atingido o patamar de alto desenvolvimento humano. Esses municípios, sem exceção, situavam-se nos estados do Sul e Sudeste. Neles viviam 20% da população brasileira. No extremo oposto, 77% dos municípios de baixo IDH estavam no Nordeste. Nos demais estados registrou-se no período entre 1980 e 1991 gradual perda de importância da categoria de baixo IDH.

Em uma escala que vai de zero a um, há três grupos de classificação pelo desenvolvimento humano: baixo (menos de 0,5), médio (entre 0,5 e 0,8) e alto (acima de 0,8).

Já sobre os critérios do ICV, em 1970 pode-se afirmar que 90% da população do País era carente. Em 1991, a proporção de municípios carentes caiu para cerca de três quartos, vivendo neles pouco mais da metade da população brasileira. O ICV considera carente os municípios classificados abaixo da média nacional, estipulada em 0,723.

A Tabela 11 apresenta o IDH-M de alguns municípios estudados. Observa-se que, dentre os IDH-M identificados, 8 deles possuem o IDH na faixa considerada média e 3 com IDH alto. Nenhum dos identificados possuem IDH baixo.

Esta caracterização dos municípios estudados, sugerem novamente, que municípios que desenvolviam atividades em saúde bucal antes dos incentivos financeiros são aqueles mais desenvolvidos.

TABELA 11 – Distribuição dos estados/municípios com Cirurgião-Dentista e/ou Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família segundo Região, Unidade Federativa e IDH-M. Dezembro, 2002.

| REGIÃO | UF | MUNICÍPIOS | IDH-M* | TOTAL DE MUNICÍPIOS |
|-------------------------|--------------------|------------------------------|----------------|---------------------|
| Região Norte | Não houve resposta | | - | |
| Região Nordeste | PE | Camaragibe | 0,585 | 04 |
| | | Caruaru | 0,607 | |
| Jaboatão dos Guararapes | | 0,690 | | |
| | SE | Aracaju | Não encontrado | |
| Região Centro-Oeste | DF | Brasília (Cidades-Satélites) | 0,806 | 08 |
| | GO | Abadiânia | 0,541 | |
| | | Amaralina | | |
| | | Crixás | | |
| | | Uirapuru | | |
| Santo Antônio do Goiás | 0,581 | | | |
| MT | Sorriso | Não encontrado | | |
| MS | Campo Grande | Não encontrado | | |
| Região Sudeste | MG | Ibiá | Não encontrado | 04 |
| | | Juiz de Fora | | |
| | RJ | Rio de Janeiro | 0,808 | |
| | | Teresópolis | | |
| Região Sul | PR | Curitiba | 0,819 | 18 |
| | RS | Barão de Cotegipe | Não encontrado | |
| | | Benjamin Constant | | |
| Bento Gonçalves | | | | |
| Capivari do Sul | | | | |
| Charqueadas | | | | |
| Cidreira | | | | |
| Coronel Barros | | | | |
| Gramado dos Loureiros | | | | |
| Mariano Moro | | | | |
| Ronda Alta | | | | |
| Santa Cruz do Sul | | | | |
| Santa Rosa | | | | |
| São Jorge | | | | |
| Vanini | | | | |
| Vitória das Missões | | | | |
| Tucunduva | | | | |
| SC | São Bento do Sul | Não encontrado | | |
| TOTAL | | | | 34** |

* Fonte: PNUD (2002)

** Somando-se a experiência do Distrito Federal.

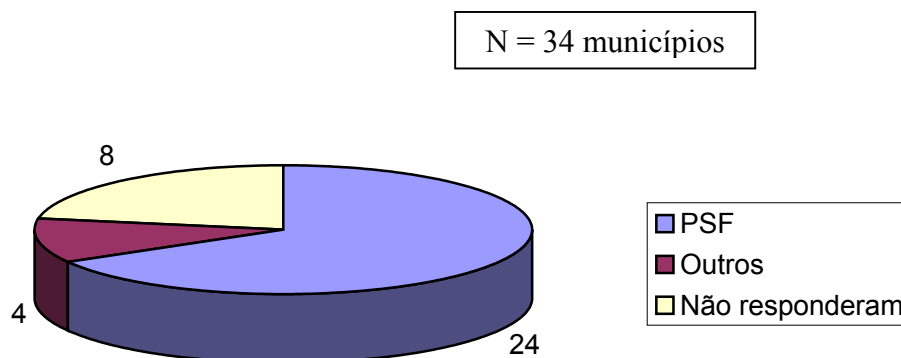
OBS: Os demais municípios e a Funasa-PE não responderam ou não enviaram o questionário.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA OU SIMILAR NOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS.

As primeiras perguntas do questionário (1 a 17) tiveram por objetivo traçar um perfil do programa que estava sendo desenvolvido no âmbito do município. Para tal, foram estabelecidas 16 perguntas fechadas.

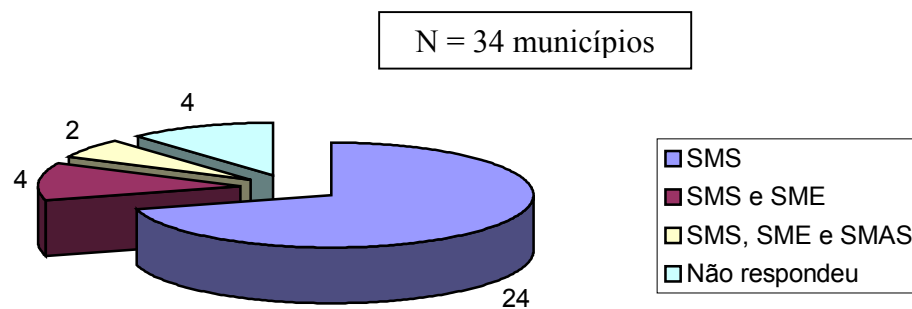
Com relação ao nome oficial adotado no município para o programa (Gráfico 4), 24 municípios informaram que utilizam o mesmo nome do Ministério da Saúde, ou seja, “Programa de Saúde da Família”. Os demais (4) adotam outros nomes como por exemplo, “Sorriso Saudável”, “Saúde Todo Dia” etc. Observamos ainda que 8 não responderam.

GRÁFICO 4 – Distribuição quantitativa dos municípios segundo denominação adotada para o Programa de Saúde da Família. Abril, 2002.



Entre as instituições citadas como sendo a responsável pela execução do programa no âmbito do município (Gráfico 5), a Secretaria Municipal de Saúde foi a mais citada por 24 municípios. Outros 4 municípios citaram que a execução era realizada conjuntamente entre a Secretaria Municipal de Saúde e a de Educação. Outros 2 municípios citaram ainda que a execução era realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, de Educação e a de Assistência Social.

GRÁFICO 5 – Distribuição numérica dos municípios segundo instituição responsável pela execução do Programa de Saúde da Família. Abril, 2002.



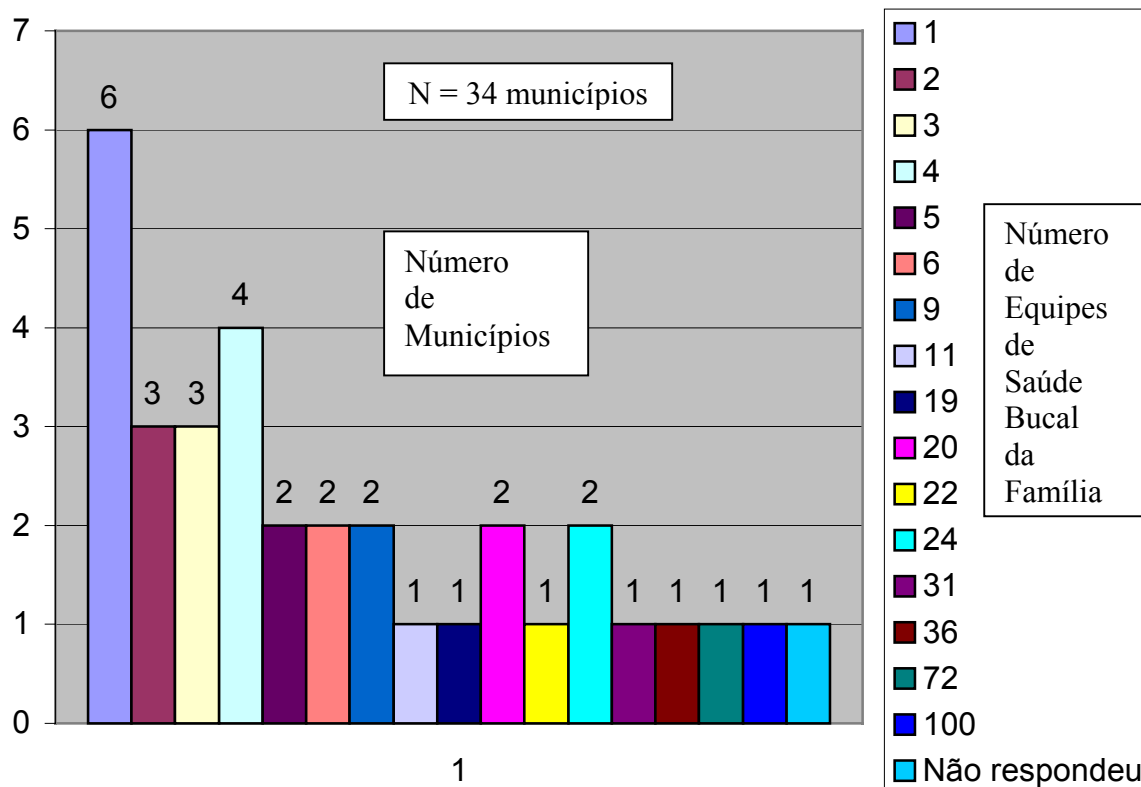
Quando questionados sobre o número de equipes de saúde bucal presentes no município observou-se uma grande variação nas respostas (Gráfico 6). O número mínimo encontrado foi igual a 1 (um) e o máximo “mais de cem”, segundo resposta em questionário. Este dado revela as diferentes modalidades de organização das atividades de saúde bucal nos municípios. Percebe-se também que aqueles municípios que possuem maior número de equipes também são os maiores em termos populacionais.

Outro dado interessante, é que 6 municípios afirmam ter apenas uma equipe de saúde bucal atuando no Programa de Saúde da Família. Este número de equipes foi o mais frequente.

Por outro lado, apenas 1 município – Curitiba (PR) – respondeu que existiam “mais de cem” equipes de saúde bucal no PSF (Gráfico 6).

A grande variação entre as respostas pode ter sido ocasionada pelo fato da pergunta relacionada a esta questão no questionário ter sido do tipo aberta.

GRÁFICO 6 – Número de municípios segundo número de Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Abril, 2002.

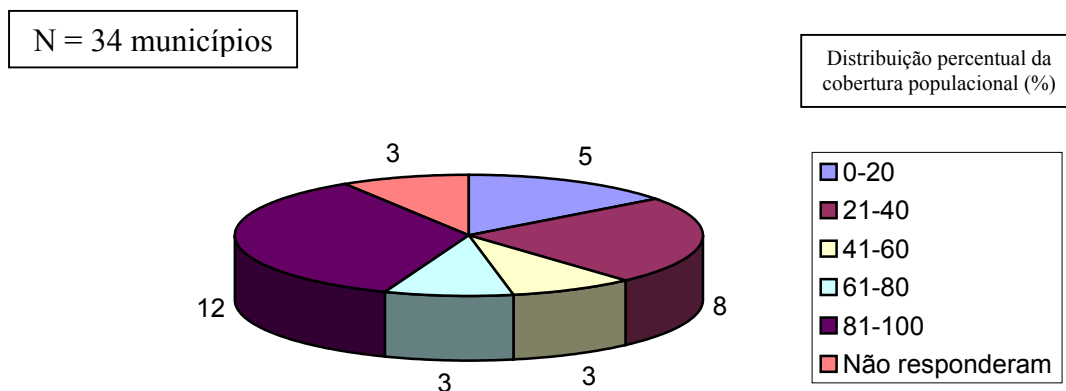


Com relação à cobertura populacional da(s) equipe(s) de saúde bucal no município (Gráfico 7) 12 municípios responderam que de 81 a 100% da população estava coberta com a assistência.

A cobertura se estendia entre 21 a 40% da população para 8 municípios estudados.

A variação da cobertura populacional citada pelos municípios pode estar diretamente relacionada a variação do número de equipes de saúde bucal identificada no Gráfico 6.

GRÁFICO 7 – Distribuição quantitativa dos municípios segundo cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Abril, 2002.



Com relação à composição de uma equipe de saúde da família no município, as categorias mais citadas foram: médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório odontológico e agente comunitário de saúde. Todos os municípios pesquisados (100%) citaram as categorias listadas acima. Foram citadas ainda: Técnico de Higiene Dental (em 29,4% das respostas), Psicólogo (5,8%), Assistente Social (2,9%), Recepcionista (2,9%) e Auxiliar Administrativo (2,9%).

Foram realizadas perguntas referentes à jornada de trabalho, vínculo empregatício, modalidades de incorporação e salário das categorias profissionais que compoem uma equipe de saúde bucal: cirurgião-dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório odontológico. Os resultados encontram-se na Tabela 12.

TABELA 12 – Características das categorias profissionais da(s) Equipe(s) de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, segundo jornada de trabalho semanal, vínculo empregatício, modalidade de incorporação e faixa salarial. Abril, 2002.

| Categoria Profissional | Jornada de Trabalho Semanal | Tipo de Vínculo Empregatício | Tipo de Modalidade de Incorporação | Faixa Salarial (R\$) |
|---|-------------------------------------|---|---|--|
| Cirurgião-Dentista | 30 municípios 40 h/semana | 16 municípios outros | 20 municípios contrato | 24 municípios 2.001,00 - 4.000,00 |
| Técnico de Higiene Dentária* | 22 municípios 40h/semana | 4 municípios CLT 4 municípios quadro permanente 4 municípios outros | 6 municípios outros | 6 municípios 500,00 - 700,00 4 municípios 701,00 - 1.000,00 |
| Auxiliar de Consultório Odontológico | 30 municípios 40h/semana | 16 municípios outros | 14 municípios concurso | 14 municípios 300,00 - 500,00 |

* Cabe ressaltar que 22 dos 34 municípios afirmaram não possuir THD trabalhando nas equipes de saúde bucal no PSF.

Com relação ao cirurgião-dentista (CD) foram identificadas as seguintes características: 30 dos 34 municípios estudados afirmam que os CDs trabalham 40 horas por semana; 16 classificaram como “outros” o tipo de vínculo empregatício desses profissionais no município (por exemplo: “cargo de confiança do prefeito”, “credenciamento”, “prestador de serviço”); 20 afirmam que a modalidade de incorporação para a contratação foi por “contrato”; e em 24 dos municípios a faixa salarial está situada entre R\$ 2.001,00 a R\$ 4.000,00.

Com relação à presença do Técnico de Higiene Dental (THD) é importante observar que 22 dos municípios afirmam não possuir este profissional trabalhando nas equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família.

O restante dos municípios que responderam as perguntas de 10 a 17 do questionário demonstraram que em 22 dos municípios, o THD trabalha 40 horas semanais. Com relação ao vínculo empregatício dos mesmos, 4 responderam que se caracterizava como tipo CLT; 4 afirmam ser do quadro permanente; e 4 caracterizaram como “outro” (por exemplo: “cooperativa”).

Sobre as modalidades de contratação, a maioria, 6, responderam assinalando a variável “outro” como sendo a realizada, citando como exemplo, “convênio” e “cooperativa”.

O salário dos THDs foi citado por 6 dos municípios como encontrando-se na faixa de R\$ 500,00 a R\$ 700,00. Sendo que 4 responderam R\$ 700,00 a R\$ 1.000,00.

Os Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) foram citados com as seguintes características: em 30 dos municípios consultados os ACDs trabalham em regime de 40 horas

semanais; em 16 o vínculo empregatício foi caracterizada como “outro” (por exemplo: “convênio”, “estagiários”, “cooperativa”); a modalidade de incorporação mais citada foi por concurso (14 municípios); e a faixa salarial dos mesmos apresenta-se entre R\$ 300,00 a R\$ 500,00 (14).

O que podemos concluir observando a Tabela 12 é que os profissionais que constituem uma equipe de saúde bucal: (i) trabalham em média 40 horas semanais; (ii) tanto o CD quanto o THD (quando presente) e o ACD, não possuem vínculo empregatício que garantam sustentabilidade ao programa (seja pela característica inovadora seja pelo pouco tempo existência do mesmo para sua estruturação e organização – inclusive trabalhista); (iii) as modalidades de incorporação destes profissionais ao PSF se caracteriza por ser bastante variável e não se constituir, efetivamente, por meios de seleção mais transparentes (como concurso por exemplo); (iv) e por fim, comparativamente com outros profissionais da rede tradicional de serviços possuem média salarial superior.

4.3 DETALHAMENTO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES EM SAÚDE BUCAL DESENVOLVIDAS.

As perguntas de número 18 a 32 do questionário procuraram levantar informações sobre as atividades de saúde bucal que estavam sendo desenvolvidas nos municípios. De uma forma geral, pode-se observar que as respostas foram heterogêneas.

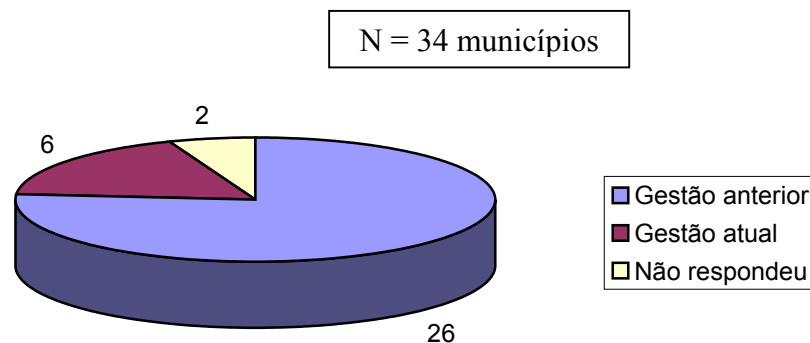
Nesta parte do questionário foram selecionadas perguntas abertas permitindo uma grande variedade de respostas (não esperada).

Os dados apresentados a seguir são os mais relevantes identificados nas respostas dos coordenadores municipais de saúde bucal (ou responsável).

Quando questionados quanto ao período de implantação das atividades em saúde bucal no Programa de Saúde da Família e/ou similar no município, 26 municípios afirmam que se deu na gestão anterior. Esta resposta nos remete ao questionamento do correto entendimento da pergunta. Acredita-se que possa ter ocorrido confusão com relação a mesma pois a redação se encontrava da seguinte forma: “Período de implantação do programa” sendo portanto entendida como o período de implantação do Programa de Saúde da Família e não das atividades de saúde bucal (pretendido).

Os dados encontrados estão apresentados no Gráfico 8.

GRÁFICO 8 – Distribuição quantitativa dos municípios segundo período de implantação das atividades em saúde bucal no Programa de Saúde da Família. Abril, 2002.

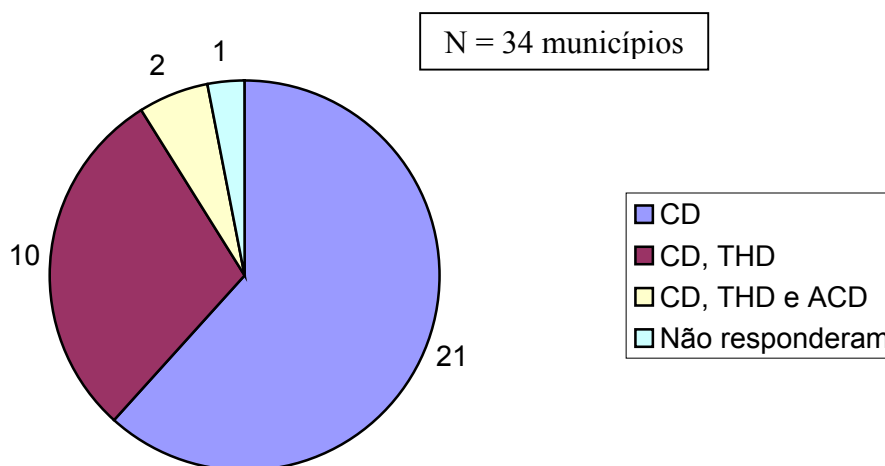


Com relação a natureza das atividades que estavam sendo desenvolvidas, 100% dos municípios responderam que são preventivo-promocionais e curativo-restauradoras.

As atividades preventivo-promocionais estavam sendo realizadas pelos CDs, ACDs e agentes comunitários de saúde (ACS) em 33 municípios. Cabe ressaltar que naqueles que possuíam o THD, também foram citadas todas as outras categorias mais este profissional como responsáveis pela atividade. O restante, 1 não respondeu.

Por sua vez, as atividades curativo-restauradas foram descritas como realizadas apenas por CDs em 21 dos municípios; por CDs e THDs em 10; e por CDs, THDs e ACDs em 2. Apenas 1 dos municípios não responderam (Gráfico 10).

GRÁFICO 9 – Distribuição dos municípios segundo realização de atividades curativo-restauradoras e categoria profissional da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Abril, 2002.



Quando questionados quanto a criação do programa e sua influência nas ações desenvolvidas, 17 responderam que “modificou as ações já rotinizadas, introduzindo algumas inovações” e os outros 17 responderam que “implementou inovações, instituindo rotinas não existentes”.

O percentual da população coberta (que é beneficiado pelas atividades de saúde bucal) no município foi citado com a seguinte distribuição:

- . menos de 20% - por 2 municípios;
- . 20% - por 6 municípios;
- . entre 20 e 50% - por 10 municípios;
- . entre 50 e 75% - por 4 municípios;
- . acima de 75 - por 10 municípios;
- . Não responderam - 2 municípios.

Foram realizadas ainda algumas perguntas sobre os recursos materiais e capacidade instalada. Entre os itens mais citados encontramos:

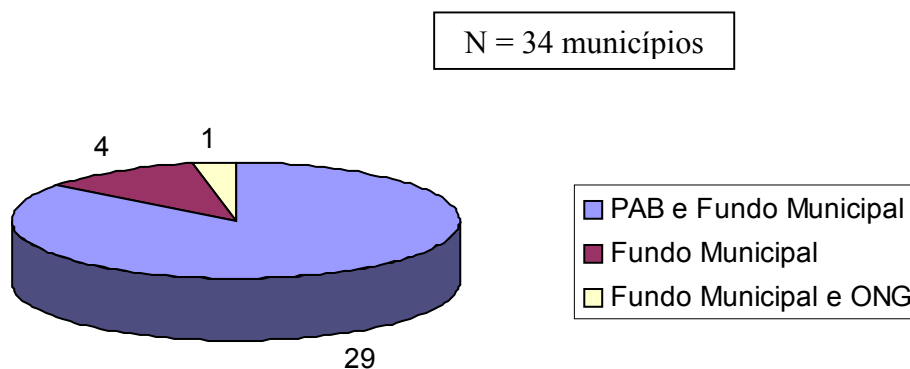
Recursos materiais utilizados: macro-modelos, macro-escovas, material audio-visual (panfletos, folders, cartazes, albuns seriados, transparências, fitas de vídeo), creme dental, escovas dentais, fio dental, evidenciador de placa, flúor gel e comprimido.

Capacidade instalada: consultórios odontológicos fixos, consultórios odontológicos móveis, amalgamador, aparelho de fotopolimerizador, estufa, autoclave, aparelho de raios-X

e demais instrumentais odontológicos. Foram citados ainda o uso ar-condicionado, computadores e automóvel.

Sobre a origem dos recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades do programa, 29 municípios citaram o Piso de Atenção Básica e “fundo municipal” ou “prefeitura” ou “contrapartida da prefeitura”. O restante, 4 municípios citaram apenas o “fundo municipal” e 1 citou o “fundo municipal e organização não-governamental” (Gráfico 10).

GRÁFICO 10 – Distribuição quantitativa dos municípios segundo recursos financeiros utilizados pelos municípios para o desenvolvimento de atividades em saúde bucal no Programa de Saúde da Família e origem (fonte). Abril, 2002.

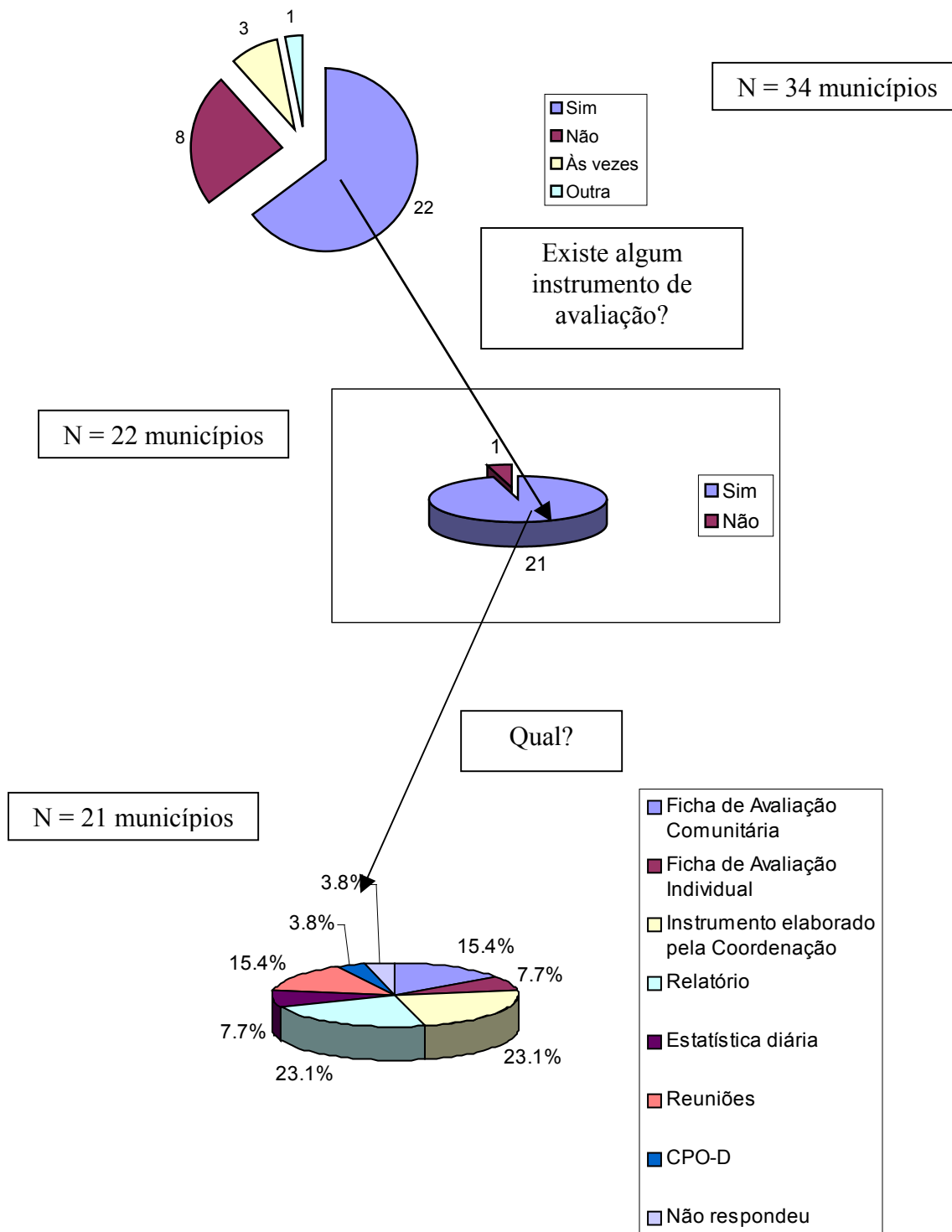


Em 22 dos municípios é realizada avaliação contínua para saber se as metas estabelecidas para o programa estão sendo atingidas. Mas em 11 esta avaliação não é realizada (sendo que em 8 não é realizada em em 3 é realizada “às vezes”). Um município citou que era realizada avaliação “apenas de produtividade”. A essa resposta considerou-se como “não”. (Gráfico 11).

Nos 22 municípios onde a avaliação é realizada, 21 afirmam existir instrumento de avaliação para esse fim e entre os mais citados encontram-se: “instrumento elaborado pela coordenação”, “relatórios”, “ficha comunitária de avaliação” e “reuniões”. Ressalta-se que dentre os 21 municípios, 1 relatou o índice CPO-D como instrumento de avaliação e 4, apesar de informarem que realizam avaliações periódicas para acompanhar as metas

estipuladas e possuem instrumento de avaliação para esse fim, não responderam qual (Gráfico 11).

GRÁFICO 11 – Distribuição quantitativa dos municípios quanto a realização de avaliação das metas das atividades em Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Abril, 2002.



Quando questionados sobre a realização de levantamentos epidemiológicos periódicos, 17 municípios responderam que “sim” realizam e 17 responderam que “não” realizam. Daqueles que responderam “sim”, todos afirmam que os mesmos são realizados “anualmente”.

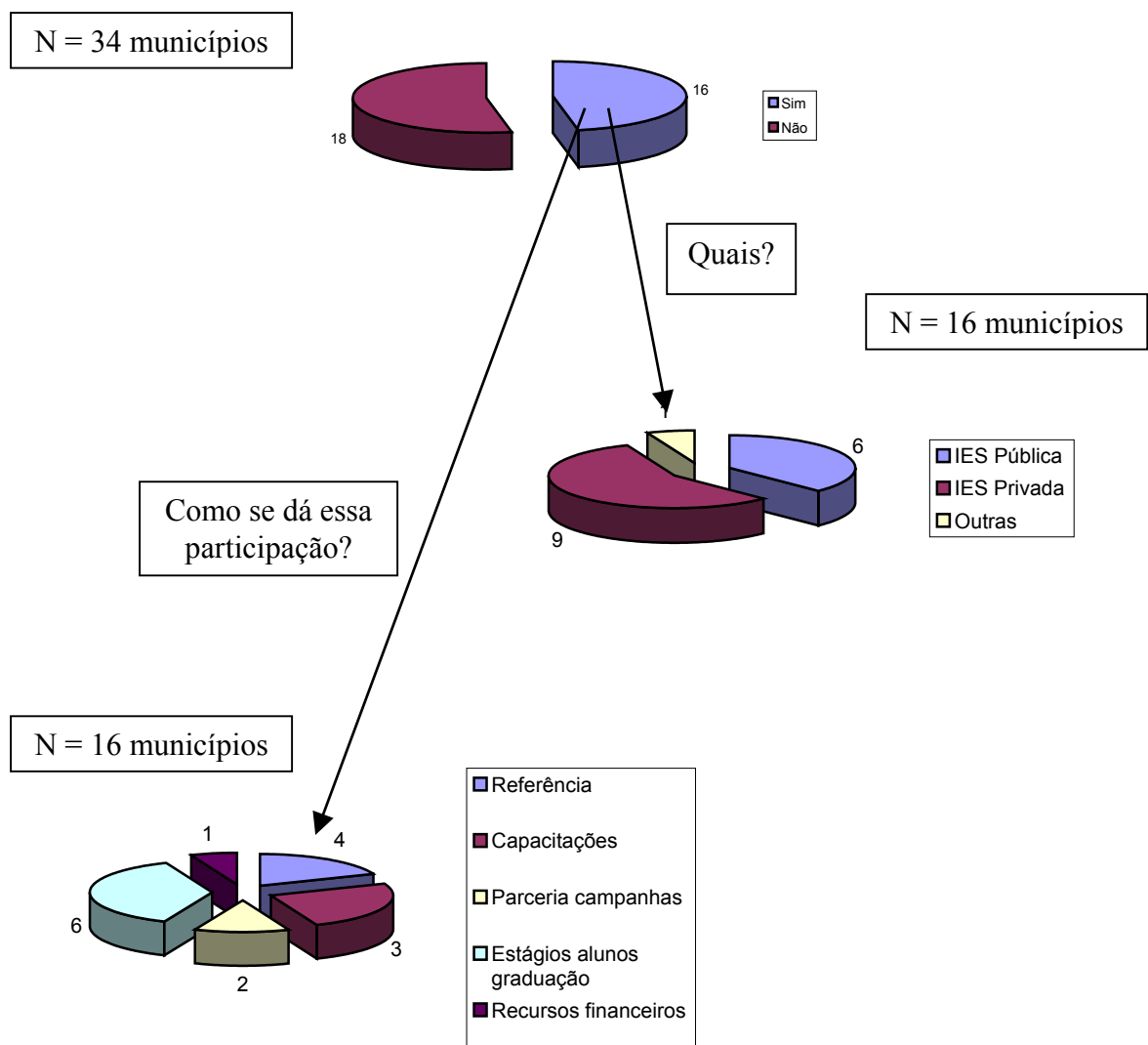
Questionou-se ainda sobre a aceitação e/ou respaldo comunitário que o programa estava recebendo: “O programa está recebendo o respaldo comunitário? Quais são as evidências disto?”. Os 34 municípios responderam que “sim” e as evidências mais citadas foram: “participação da associação de moradores e da comunidade em geral nas atividades, reuniões do programa” (28 municípios); “crescente procura pelos serviços tanto da população atendida como também pela ‘classe média’ do município” (16 municípios); “retorno positivo trazido pelos agentes comunitários de saúde após visitas domiciliares”, “diminuição da taxa de abandono ao tratamento”; “perceptível mudança dos hábitos e práticas familiares com relação à saúde bucal” foram as outras evidências citadas.

Com relação a participação de instituições de ensino superior (IES) nas atividades realizadas pelos municípios, 18 responderam que “não” há participação e 16 responderam que “sim”. Dentre os 16 municípios que responderam “sim”, 9 municípios contam com a participação de instituições privadas de ensino superior e 6 com instituições públicas. Um município relatou que havia participação de uma “fundação, caracterizada como organização não-governamental” (Gráfico 13).

Percebe-se que, mesmo se tratando de municípios pequenos (a maioria dos estudados não são metrópoles urbanas, capitais ou grandes cidades, locais onde potencialmente se instalam IES) a participação das IES nas atividades desenvolvidas em saúde bucal, foi relatado de forma substancial (em quase metade dos municípios estudados). Paralelamente, observa-se que, nesses municípios, as IES privadas estão mais presentes do que as públicas (Gráfico 13).

A forma de participação da IES se configura de forma homogênea entre as respostas dos coordenadores municipais de saúde bucal. As respostas foram classificadas em: “estágios para alunos de graduação na rede de serviços do municípios” (6); “realização de capacitações para os profissionais do serviço” (4); “atendimento de referência para serviços especializados oferecidos ou não pela rede” (3); “realização de campanhas em parcerias” (2); e “recursos financeiros” (1) (Gráfico 13).

GRÁFICO 12 – Distribuição quantitativa dos municípios quanto a participação de instituições de ensino superior nas atividades em saúde bucal no Programa de Saúde da Família. Abril, 2002.



As duas últimas perguntas referente à segunda parte do questionário buscaram identificar aspectos considerados inovadores introduzidos nos municípios com a implantação de atividades em saúde bucal no PSF e as principais dificuldades encontradas para a execução das mesmas.

Entre os aspectos inovadores mais citados pelos municípios encontram-se:

1. Inserção e padronização (com o estabelecimento de rotinas) para o atendimento odontológico a bebês na faixa etária de 0 a 3 anos: “pré-natal odontológico”;
2. Inserção de atividades de prevenção em todas as escolas, creches etc. com participação dos professores;

3. Integração com a Secretaria Municipal de Educação para o desenvolvimento das atividades em saúde bucal;
4. Implantação de escovódromos nas unidades básicas de saúde, escolas, creches etc.;
5. Inserção de alunos de graduação das IES. Em alguns municípios foi relatada que essa inserção ocorre desde o 1º período, tanto com alunos do curso de Odontologia quanto Enfermagem;
6. Implementação de equipamentos odontológicos móveis (“equipamento ambulante”) para o atendimento da população na zona rural e “doentes acamados”;
7. Estabelecimento de prioridades para atendimento da comunidade. Foi citado como exemplo a priorização dada à gestantes;
8. Distribuição de “kits” de higiene bucal nas escolas e creches;
9. Financiamento de próteses totais e tratamento endodôntico pelo município para os pacientes impossibilitados de arcar com tais despesas; e
10. Parceria com a Pastoral da Criança.

Dentre as principais dificuldades encontradas pelos municípios para o desenvolvimento de tais atividades foram citadas:

1. Poucos recursos existentes para o financiamento (desde a implantação até a manutenção dos serviços). Os recursos foram considerados “poucos”, “escassos” e “irregulares”;
2. Inexistência de serviços de referência e contra-referência para o atendimento de especialidades oferecidas (ou não) na rede;
3. Problemas relacionados à comunidade: “difícil entendimento da proposta para a inserção ou mudança de hábitos” e “grande ansiedade pelo tratamento curativo-restaurador em detrimento do preventivo-promocional”;
4. Baixa sensibilidade do gestor municipal para o programa;
5. Perfil inadequado dos profissionais que atuam no programa;
6. Poucos recursos humanos;
7. Pouca infra-estrutura;
8. Inexistência de educação permanente. Foi citado em um município que “CDs não podem participar dos cursos de especialização em Saúde da Família que são oferecidos”; e

9. Inexistência de coordenador de saúde bucal no município.

As perguntas de 35 a 48 correspondem a caracterização dos recursos do município. Foram estabelecidas 10 perguntas abertas e 4 fechadas. Observou-se grande dificuldade de preenchimento das mesmas por parte dos coordenadores de saúde bucal e/ou responsável pela área. Aproximadamente 12 dos questionários foram recebidos com essas questões não respondidas, comprometendo em alguns casos, a análise do universo global dos municípios estudados.

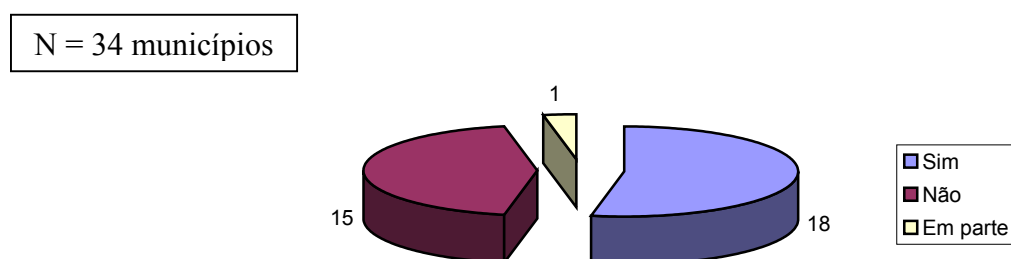
Buscou-se dirimir esta perda buscando-se alguns dos dados junto a outras fontes como IBGE e Datasus (Tabelas 9 e 10).

As perguntas relacionadas a fluoretação de águas de abastecimento público foram as mais respondidas. Acredita-se que por serem perguntas fechadas e de domínio dos coordenadores a disponibilidade para respondê-las foi maior.

Dessa forma, temos os seguintes resultados:

Com relação a existência de fluoretação das águas de abastecimento público, 18 dos municípios responderam que “sim”; 15 responderam que “não”; e 1 respondeu “em parte” (Gráfico 13).

GRÁFICO 13 – Distribuição quantitativa dos municípios quanto a fluoretação de águas de abastecimento público. Abril, 2002.



Quando questionados, aqueles que responderam positivamente (18 municípios), há quanto tempo ocorre a fluoretação, as respostas foram bastantes variáveis: entre 13 meses e “mais de 30 anos”. As perguntas relacionadas a interrupção da fluoretação das águas assim como “a satisfatoriedade da água e quem atesta” foram respondidas parcialmente pela maioria dos municípios.

Com relação a interrupção da fluoretação das águas a maioria 7 afirmam que já ocorreu em algum período. Outros 3 responderam que “não sabe”.

Com relação a quem atesta a satisfatoriedade da água, a maioria respondeu que é a companhia de abastecimento municipal, ou estadual, ou órgão semelhante (autarquia municipal). Apenas 2 responderam que era realizado o heterocontrole da água pela companhia de abastecimento ou órgão semelhante e uma IES (São Bento do Sul-SC e Ibiá-MG).

A não respostas de questões relacionadas à fluoretação de águas de abastecimento, sugerem o desconhecimento por parte dos coordenadores de saúde bucal do município em relação a este tratamento dado à água. Considerando que a fluoretação das águas de abastecimento público é uma medida considerada “segura, eficaz e barata” (OMS-FDH, 1976) tendo inclusive sendo considerada uma das dez maiores descobertas científicas do século passado, na área da saúde, faz-se necessária uma maior divulgação e inserção de conhecimentos dessa natureza na práticas dos profissionais citados³².

Por fim, foi reservado um espaço para que outros comentários pudessem ser feitos pelos coordenadores de saúde bucal nos municípios. Aqueles que utilizaram o espaço para fazer considerações, as fizeram relacionando o objeto da pesquisa com realização da mesma. Esperava-se que neste espaço fossem descritas algumas outras características ou comentários sobre questões não contempladas no questionário. Acredita-se que o uso deste espaço da forma como se deu, foi devido ao contato prévio (pelo telefone) com os coordenadores explicando-se, muitas vezes de forma detalhada, o objetivo do mesmo.

³² Sobre esse assunto consultar: OLIVEIRA, M. R. Q; VARELA, M. H. M.; MIRANDA, N. N. **A História da Fluoretação das Águas de Abastecimento Público no Brasil: O Caso do Distrito Federal**. Brasília, 1997. 145 f. Monografia (Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Meus dentes sem cárie!
Uma garota zoiúda!
Um monte de iogurte!
... É tudo que eu sempre quis!*

Larry Anthá

O Programa de Saúde da Família se configurou como uma das tentativas de resposta do Ministério da Saúde à crise vivenciada pelo setor saúde nas duas últimas décadas. Foi concebido e implantado em 1994 com o objetivo de proceder “a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital”.

Durante o processo de difusão, diversos mecanismos institucionais foram estabelecidos para estimular a adesão por parte dos municípios. Hoje, o Programa de Saúde da Família é considerado o principal modelo assistencial adotado no Brasil buscando a reorganização de práticas assistenciais municipais.

Entre os mecanismos institucionais que buscaram aumentar a adesão por parte dos municípios ao PSF, discussões sobre a necessidade de inclusão de outras categorias profissionais, e conseqüentemente outras ações básicas em saúde, também surgiram.

Paralelamente, na esfera da saúde bucal coletiva, iniciativas estavam sendo realizadas no sentido de inserir a Odontologia e suas atividades correlacionadas na estrutura do PSF, já preconizada e difundida pelos três níveis de gestão e em processo de construção em vários municípios brasileiros.

A confirmação e identificação de que atividades em saúde bucal já estavam sendo realizadas mesmo antes da definição pela gestão federal apontam para uma importante necessidade de se estabelecer programas, projetos e modelos que contemplem aspectos como a multidisciplinariedade desde sua concepção.

Entendendo-se saúde como resultante de uma série de ações multi e interdisciplinares, além de intersetorias, alguns municípios iniciaram o desenvolvimento das mesmas em áreas como: a assistência social, psicologia, fisioterapia e saúde bucal.

Tratando-se da saúde bucal, historicamente referendada de forma secundária pelos sistemas de saúde, o desenvolvimento de experiências inovadoras e bem sucedidas na área, comumente têm sido identificadas em casos pontuais e isoladas no cenário nacional.

Entre as experiências exitosas, alguns modelos têm sido adotados pelos municípios como fenômenos de reorganização da prática assistencial. Dentre esses modelos, aqueles trabalhados com o Sistema Inversão da Atenção, Atenção Precoce em Odontologia e os centrados no núcleo familiar, são os que mais se destacaram na última década.

Entre alguns aspectos que podem ser observados nessas experiências são: a maior sensibilidade do gestor municipal e/ou estadual para o assunto; a existência de instituições de ensino superior trabalhando em parceria com os órgãos gestores; e a existência e suficiência de recursos financeiros para a implementação inicial e continuidade de execução das atividades.

Na década de 90, as experiências inovadoras em saúde bucal (carente de modelos que respondessem a demanda reprimida resultante dos modelos anteriormente fracassados) trouxeram para cenários de congressos, seminários, fóruns etc. odontológicos, o enfoque do modelo centrado no núcleo familiar (com a inserção ou não no Programa de Saúde da Família segundo os moldes estabelecidos pelo Ministério da Saúde).

Observa-se que essas experiências foram desenvolvidas no âmbito municipal, com iniciativas e características próprias e algumas, devido ao seu caráter pioneiro, com repercussão nacional. Por sua vez, a busca da identificação desses municípios (na época, ainda não sistematizados em qualquer banco de dados), caracterizou 57 experiências no Brasil. Dentre essas, foram estudadas 34.

Entre algumas características apontadas pelo trabalho, observou-se que os municípios identificados e estudados são aqueles com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH-M médio ou alto. Fazendo-se ainda um agrupamento por unidades da federação, sugere-se que estão presentes em estados mais desenvolvidos (com maior participação no PIB nacional e/ou com maior número de leitos hospitalares).

Atualmente, este quadro se reverteu. Após o estabelecimento de incentivos financeiros por parte do Ministério da Saúde (Portaria n.º 1444 de 28 de dezembro de 2000), para a implantação de equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, ou seja, a “oficialização” da inserção das mesmas, (acredita-se que) vários municípios iniciaram sua reestruturação no sentido de obter qualificação (e portanto, ou ainda, exclusivamente a busca do financiamento) junto à gestão federal.

O quadro que hoje se observa é da implementação de atividades em saúde bucal no PSF em municípios considerados “mais pobres”. Portanto, concluiu-se que a hipótese trabalhada de dimensão econômica nesse trabalho, foi parcialmente refutada.

Tal fato poderá estar justificado pelo aumento numérico substantivo de municípios com equipes de saúde bucal no PSF (e portanto qualificados) onde matemática e conjuntamente o número de municípios considerados “pobres” no Brasil é maior que o número de municípios “ricos”.

Pode-se ainda sugerir que, a iniciativa de inserção de novas rotinas em programas pré-estabelecidos e normatizados, reveste-se de interesses políticos, sociais e principalmente econômicos.

Paralelamente, observou-se que as atividades que estão sendo desenvolvidas nesses municípios estudados são de natureza preventivo-promocionais (por toda a equipe do PSF) e curativo-restauradoras (pelo cirurgião-dentista na maioria dos casos), sugerindo, ao contrário da primeira hipótese de dimensão organizacional, uma distribuição de atribuições entre as categorias profissionais que compõem a equipe.

Permitindo-se essa atuação multiprofissional nas atividades odontológicas no município, espera-se que o caráter excludente, de alto custo, baixo impacto social e baixa resolutividade apresente um potencial fator de diferenciação positiva nos processos de trabalho.

Não foi possível estabelecer uma relação direta entre as atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal e a articulação implementada com equipes do PSF implantadas anteriormente, parâmetros de cobertura populacional e resolutividade da demanda reprimida. Sugere-se que outros estudos sejam realizados com esta finalidade, de forma mais específica, tendo inclusive, metodologia específica para tal.

Sob esse aspecto, entende-se que o trabalho e principalmente o questionário elaborado, não conseguiu abarcar questões que pudessem confirmar ou apontar outras direções. Provavelmente, questões mais objetivas (fechadas) sob esses aspectos merecem ser melhor elaboradas e aplicadas em um posterior estudo sobre o mesmo objeto.

Em compensação, a não existência e/ou indefinição de um sistema de referência para atendimentos a especialidades oferecidas, ou não, pela rede de serviços é uma das principais dificuldades encontradas pelos municípios estudados para a integralidade do desenvolvimento das atividades em saúde bucal.

Observou-se que as características de vínculo empregatício e modalidades de incorporação desses profissionais são potencialmente frágeis e ainda indefinidas quanto à sua estrutura normativa. Sugere que, a inserção destes profissionais têm se dado de maneira aleatória, não-programada e sem critérios explícitos de incorporação. Confirma, portanto, a primeira hipótese de dimensão política: que a inserção destes profissionais, em sua maioria, se configura por opções pessoais de gestores e potencialmente influenciada por critérios políticos.

Além disso, observou-se que 47% dos municípios estudados, desenvolviam atividades conjunta ou paralelamente a instituições de ensino superior. Sob esse aspecto, indicou-se ainda a participação dessas instituições nos dois únicos municípios considerados “mais pobres”, reforçando a idéia de que, essa parceria é fundamental para o estabelecimento de programas/ações/atividades inovadoras nos sistemas de saúde (segunda hipótese de dimensão política).

Apesar dos muitos desafios enfrentados e ainda a serem superados, a inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família tem alcançado inegáveis avanços quanto à garantia de direitos sociais e resgate da cidadania.

Aspectos inovadores como: o estabelecimento de novas rotinas, técnicas e equipamentos são resultantes do processo descentralizado no qual se configura o Programa. Deve-se atentar para a necessidade da promoção à saúde e principalmente, a divulgação desses aspectos, cabendo aqui ao gestor estadual e/ou federal essa função por meio de seminários, congressos e projetos de cooperação técnica (redes de apoio).

Desde que bem planejado, executado e avaliado (outro ponto nevrálgico apontado e que precisa de aprimoramento), a Estratégia de Saúde da Família pode se constituir como **uma das estratégias**³³ na busca da desejada universalização da atenção em saúde bucal.

³³ Grifo da autora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, D. S. A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: Um Novo Paradigma? Rio de Janeiro, 1998. 163 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ARACAJU. Prefeitura Municipal de Aracaju. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde da Família. **Revista Ação Coletiva**, vol. II, n. 4, p.22-26, out/dez. 1999.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE BANCOS INTERNACIONAIS. País sobe no ranking do desenvolvimento humano. Disponível em: <<http://www.abbi.com.br/Art039.html>>. Acesso em: dez. 2002.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA – BAHIA. Notícias. **Encontro Nordestino discute papel das ESBs**. Disponível em: <http://www.abo-ba.org.br/abo_noticias.asp?noticiaID=10>. Acesso em: 24 jan. 2002.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS. Quase 30 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista. **Jornal da APCD**. P. 24, set. 2000.
- BODSTEIN, R. C.; FONSECA, C. M. O. Desafio da Reforma Sanitária: Consolidação de uma estrutura permanente de Serviços Básicos de Saúde. IN: COSTA *et al* (orgs.). **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**, v. I. Petrópolis. Editora Vozes em co-edição com Abrasco, 1989.
- BOTELHO, A.; MENDES, A.; RODRIGUES, C. *et al*. Oficinas de Capacitação como Estratégia para Implantação da Atenção Primária à Saúde Bucal no Programa Saúde em Casa do Município do Cabo de Santo Agostinho-PE. **Revista Ação Coletiva**, v. II, n. 2, p.15-18, abr./jun. 1999.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica de Saúde n.º 8.142/90**. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica – SUS 01/1996**. Publicada No DOU de 6 de novembro de 1996. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 157, 19 de fevereiro de 1997**. 1997a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.882, 18 de dezembro de 1997**. 1997b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF. **Relatório Preliminar**. Novembro, 1999. 1999a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família. **Relatório Final**. Brasília, 1999. 1999b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.329, 12 de novembro de 1999**. 1999c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Novembro, 1999. 1999d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.444, 28 de dezembro de 2000**. 2000a.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica. O melhor indicador de saúde.** Folder. 2000b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica.** Programa de Saúde da Família. Caderno 1. 2000. 2000c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Notícias e Eventos. Notícias de Outubro. **Lançado Plano que inclui equipes de saúde bucal no PSF.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia/outubro.htm>>. Acesso em: out.2000. 2000d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família.** 2000. 2000e.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf>>. Acesso em: mai./out. 2.000. 2.000f.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde – REFORSUS.** Disponível em: <<http://www.reforsus.saude.gov.br>>. Acesso em: nov. 2000. 2000g.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** COSAC/SAS/MS. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: mai. 2000. 2000h.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde.** Secretaria Executiva/Ministério da Saúde. Brasília, janeiro. 2001. 2001a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família.** Secretaria Executiva/Ministério da Saúde. Brasília, janeiro. 2001. 2001b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal. Informe da Atenção Básica nº 7.** DAB/SPS/MS. Ano II, março. 2001. 2001c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família – Pólo de Capacitação. Informe da Atenção Básica nº 10.** DAB/SPS/MS. Ano II, junho. 2001. 2001d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: set. 2002. 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família.** DAB/SPS/MS. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>>. Acesso em: ago. 2002. 2002b.
- BRIGHAM, C.; RODRIGUES, A. Vitória da Conquista. A estratégia está no nome. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano I, n. 02, p. 12-19, junho/julho. 2000.
- BOTELHO, A.; MENDES, A.; TORREÃO, A. *et al.* Oficinas de capacitação como estratégia para implantação da atenção primária à saúde bucal no Programa Saúde em Casa do município do Cabo de Santo Agostinho-PE. **Revista Ação Coletiva**, Brasília, v.II, n.2, p. 15-8, abr./jun. 1999.
- CAMARAGIBE. Prefeitura Municipal de Camaragibe. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Família Projeto-Piloto “O Dentista De Família”. **Saúde & Cidade em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, Número Inaugural, p. 102-105, agosto. 1999.
- CAPISTRANO FILHO, D. **O Cirurgião-Dentista no Programa de Saúde da Família.** Artigos. Jornal do Site Odonto. Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/materias/artdavicapistrano.htm>>. Acesso em: 30 nov 2000.
- CHAVES, M. M. **Odontologia Sanitária.** Washington: Oficina Sanitária Pan-Americana, 1962. 599 p.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2. **Relatório Final.** Brasília: Comitê Executivo da II CNSB, 1993. 28 p.

- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Jornal do CFO. Saúde pública, gratuita e de qualidade.* P.8, set. 2000.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Jornal do CFO. Vitória que precede a conquista.* P.9, jan./fev. 2001.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução n. 185 de 26 de abril de 1993.** Aprova a Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia e revoga a Resolução CFO-155/84. Rio de Janeiro, 26 abr. 1993. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em: mai. 2002.
- CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L. *et al. Saber preparar uma pesquisa.* Definição Estrutura Financiamento. 3ª Edição. São Paulo – Rio de Janeiro: Editora Hucitec. 1999.
- CORDÓN, J. A. **A Inserção da Odontologia no SUS – Avanços e Dificuldades.** Brasília, 1998. Tese (Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. 1998a.
- CORDÓN, J. A. Sobre a construção histórica do conceito de Odontologia em Saúde Coletiva. **Ação Coletiva**, Brasília, v. I, n. 1, p. 7-26, jan./mar. 1998. 1998b.
- CORDÓN, J. A. **Giesiana.** [mensagem de trabalho]. Mensagem recebida por: <gscalado@brturbo.com> em: 11 mai. 2002.
- COSTA, C. A. A. **Odontopediatria.** Rio de Janeiro: A. Coelho Branco, 1939.
- CUNHA, E. S. **História da Odontologia no Brasil (1500-1900).** 2ª edição. Rio de Janeiro Científica, 1952. 288 p.
- CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Programas Especiais. **Programa de Saúde da Família em Curitiba.** Curitiba: 1999. 15p.
- D’AGUIAR, J. M. M. **O Programa de Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda-RJ.** Rio de Janeiro, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- DIAS, E. **Opção pela Odontologia.** Artigo Opiniões. *Jornal do Commercio.* Recife, 28 de novembro de 2000. Disponível em: <<http://www2.uol.com.br/JC/2000/2811/art2811.htm>>. Acesso em: 17 mar. 2001.
- ESTADO DE SÃO PAULO, O. **A profissão mais antiga da história?** Internacional. Disponível em: <<http://www.jt.estadao.com.br/editorias/2001/04/12/int762.html>>. Acesso em: 12 abr. 2001
- FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: Contradições e novos desafios.** Conferência Nacional de Saúde On-line. Tribuna livre. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>>. Acesso em: mar. 2000.
- FRANKLIN, A. Aracaju, a força das parcerias. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano I, n. 02, p.20-29, jun./jul. 2000a.
- FRANKLIN, A. Palmas: inovar é a ordem do dia. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano I, n. 02, p.30-37, jun./jul. 2000b.
- GOVERNO DE GOIÁS. Departamento de Saúde da Comunidade. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde – Programa de Saúde da Família.** Goiânia-GO. Disponível em: <<http://www.geocities.com/Area51/Station/8089>>. Acesso em: mai. de 2000.
- LIMA, F. P.; OLIVEIRA, W. V.; ZANETTI, C. H. G. **Estudo Clínico da redução da incidência de cárie dental promovida pelo Programa de Saúde Bucal da Família da UnB junto a 600 famílias domiciliadas na cidade satélite do Paranoá-DF.** Trabalho de Iniciação Científica / CNPq. Universidade de Brasília, 1998.

- LIMA, M. A. U.; RAMOS, L.; COSTA; M. A. B. T. **Os desafios da programação e da mudança do modelo assistencial em saúde bucal no SUS-DF: uma proposta para Planaltina**. Brasília, 1996. 144 f. Monografia (Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva) – Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.
- LINHARES, E. N. P.; SUGITA, G. S.; HERRERO, M. C. P. **Inserção da Odontologia no Projeto de Saúde da Família. Projeto para U. S. Jardim da Ordem**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, Unidade de Saúde Jardim da Ordem, 1995. Relatório.
- LOUREIRO, C. A. **Construção de um modelo local de saúde bucal do Município de Quixadá. Proposta de consultoria junto à Organização Pan-Americana de Saúde**. Belo Horizonte: Estação Saúde, 1994. 26p.
- LOUREIRO, C. A.; OLIVEIRA, F. J. F. **Linhas gerais para uma proposta de mudança do modelo de atenção em saúde bucal para a Prefeitura de Belo Horizonte. Programa da Frente BH-Popular**. Belo Horizonte: Proposta de Governo – Partido dos Trabalhadores, 1992. 46p.
- LOUREIRO, C. A.; OLIVEIRA, F. J. F. **Inversão da Atenção: uma estratégia para construção de modelos locais em saúde bucal**. Belo Horizonte: Estação Saúde, 1995. 125p.
- MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; PINTO, L. F. S. *et al.* O Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família. In: **II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Saúde. São Paulo**. Livro de Resumos do II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Saúde. pp.112. 1999.
- MENDES, E. V.; MARCOS, B. **Odontologia Integral Bases Teóricas e Suas Implicações no Ensino, no Serviço e na Pesquisa Odontológicas – A Experiência do Departamento de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais**. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1985.
- MISOCZKY, M. C. A Medicina de Família, os Ouvidos do Príncipe e os Compromissos com o SUS. In: **Saúde em Debate**, n. 42, pp. 40-44. 1994.
- MOURA, F. M. A.; SANTOS, L. C.; CORDÓN, J. A. **Políticas em Saúde Bucal: Estadual e Principais Experiências Municipais – Formulação, Implementação, Execução e Avaliação do Estado de Minas Gerais**. Brasília, 1995. 78 f. Monografia (Estágio de Pós Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva) – Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.
- NADANOVSKY, P.; SHEIMAN, A. Relative contribution of dental services to the changes caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. **Comm. Den. Oral. Epidemiol.** v. 23, 1995. p. 331-39.
- NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994. 113p.
- NARVAI, P. C. Mais dentistas? Artigo Especial. **Jornal do Site Odonto**. Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/materias/artcapel.htm>>. Acesso em: 05 out. 2000.
- NUNES, E. D. Medicina Social: Origens e Desenvolvimento. In: **Medicina Social no Brasil**. Revista de Cultura Voze, 74 (3): 5-20, abr. 1980.
- OLIVEIRA, A. G. R. C.; TERRERI, A. L. M.; GARCIA, W. G. Os municípios e seus projetos de saúde bucal: carta de intenções ou mera formalidade? In: ENATESPO, 14º Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva, 3, 1998, Fortaleza. **Anais**. Fortaleza, 1998.
- OLIVEIRA, A. G. R. C.; ARCIERI, R. M.; UNFER, B. *et al.* Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Revista Ação Coletiva**, vol. 2, n. 1. 1999.
- OLIVEIRA, M. R. Q; VARELA, M. H. M.; MIRANDA, N. N. **A História da Fluoretação das Águas de Abastecimento Público no Brasil: O Caso do Distrito Federal**. Brasília, 1997. 145 f. Monografia (Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

- OLIVEIRA, N. A. A espetacularidade do “Saúde da Família” e o rumo norte do SUS. **Saúde & Cidade em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, Número Inaugural, p. 12-13, agosto. 1999.
- ORGANIZACION MUDIAL DE LA SALUD. Documento FDH/43. **Procedimientos analíticos para la determinacion de fluoruros**. Washington, 1976.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS/UNICEF. **Declaração de Alma-Ata**. Organização Mundial da Saúde. 1978.
- PAIM, J. S. A Reorganização das Práticas de Saúde em Distritos Sanitários. In: MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p.187-220.
- PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil ou Recusando o Apartheid Sanitário. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Abrasco, v. 1, n. 1, pp. 18-20. 1996.
- PEREIRA, D. B. **Educação Dentária da Criança**. Rio de Janeiro, 1929. 79p.
- PINTO, V. G. **A questão epidemiológica e a capacidade de resposta dos serviços de saúde bucal no Brasil**. São Paulo, 1992. 213 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 2000. 541 p.
- PINTO, L. F.; MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, S. O. PSF: O que pensam os gestores municipais de saúde? **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano I, n. 02, p. 52-57, junho/julho. 2000.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: <<http://www.undp.org.br/HDR/Atlas.htm>>. Acesso em: dez. 2002.
- REZENDE, V. M. **Afinal, quem são os especialistas em saúde coletiva?** *Mimeo*, Belo Horizonte, MG. Outubro de 2000. 2000a.
- REZENDE, V. M. **Tendências e perspectivas de democratização da assistência odontológica**. *Mimeo*, Belo Horizonte, MG. Setembro de 2000. 2000b.
- RIBEIRO, N. B. C. Saúde bucal coletiva: uma nova opção para o mercado de trabalho? **Jornal da Associação Brasileira de Odontologia Seção Rio de Janeiro**. Disponível em: <http://www.aborj.org.br/dcom/saude_bucal.htm>. Acesso em: 17 out. 2001.
- RONCALLI, A. G. **A Organização da Demanda em Serviços Públicos de Saúde Bucal. Universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva**. Araçatuba, 2000. 234 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia.
- SALUM, M. J. L. **A responsabilidade da Universidade Pública no Processo Institucional de Renovação das Práticas de Saúde: Questões sobre o Programa de Saúde da Família**. *Mimeo*, São Paulo. 1999.
- SANTOS, R. M. B. **Projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis): relato de uma experiência (abril de 1996 a junho de 1999)**. São Paulo, 2001. 191 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- SOUSA, M. F. Saúde da Família provoca inovações nas Instituições de Ensino Superior. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano I, n. 02, p.8-11, junho/julho. 2000.
- SOUZA, D. S. **A saúde bucal e o processo de municipalização no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre. 1996. 28p.

- SOUZA JÚNIOR, A. R. **Curitiba**. Brasília, 1996. Trabalho acadêmico (Disciplina de Atenção em Saúde Bucal Coletiva) – Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva, Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.
- SUGITA, G. S. **Diagnóstico em Saúde Bucal: Embasando uma guia de conduta de atenção odontológica no PSF**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, Distrito Sanitário de Santa Felicidade, Unidade de Saúde Comunitária Jardim Santos Andrade, 1999. Relatório.
- TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Dezembro, 2000.
- TEMPONI, A.; DRUMOND, R. S. P. Programas de saúde bucal para bebês: uma análise de relatos de pesquisa. In: ENATESPO, 13º Congresso Brasileiro de Saúde Bucal, 1997, Cuiabá. **Anais**. Cuiabá, 1997.
- TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 14, n.2, p. 429-435, abr/jun. 1998.
- TRAVAGLINI, F. Programa de Saúde da Família também cuida da saúde bucal da população brasileira. **Jornal da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, mar. 2002. p. 6-7.
- VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, v. 23, n. 53, p.6-19, set/dez. 1999.
- VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família; Informe Final. **Série Estudos em Saúde Coletiva**. UERJ/IMS. n. 166, out. 1998.
- WALTER, L. R. F.; GARBELINI, M. L.; GUTIERREZ, M. C. Bebê-Clinica, a experiência que deu certo. **Divulgação em saúde para o debate**. n. 6, p. 65-8, 1991.
- WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. Introdução. In: **Odontologia para o bebê**. Londrina: Artes Médicas, 1996. p. 3-5.
- WERNECK, M. A. F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança**. Niterói, 1994. 125 f. Tese (Doutorado em Odontologia Social) – Universidade Federal Fluminense.
- WEYNE, S. C. A Construção do paradigma de promoção de saúde - um desafio para as novas gerações. In: **ABOPREV – Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 3-26.
- WORLD BANK. **The organization delivery and financing of health care in Brazil**. Washington. 1993. 1993a.
- WORLD BANK. **World Development Report**. Washington. 1993. 1993b.
- XVI ENATESPO. **XVI Encontro Nacional dos Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos. V Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva. II Fórum Nacional de Coordenadores Estaduais de Saúde Bucal. I Fórum dos Coordenadores de Odontologia do Distrito Federal e dos Municípios do Entorno. I Fórum dos Presidentes de Centros e Diretórios Acadêmicos de Odontologia do Centro Oeste e Minas**. Brasília. De 06 a 10 de setembro de 2000.
- ZANETTI, C. H. G. **As marcas do mal-estar no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80**. Rio de Janeiro, 1993. 152 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ZANETTI, C. H. G. **Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) – proposição e programação**. Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>>. Acesso em: mar. 1999.
- ZANETTI, C. H. G. **Lista de Discussão Repibuco**. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/psf.htm>. Acesso em: 14 dez. 2000.

ZANETTI, C. H. G. **OPINIÃO: a inclusão da Saúde Bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS.** Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>>. Acesso em: dez. 2001.

ZANETTI, C. H. G. **Atenção básica em saúde bucal – avaliando um ano de qualificação para incentivo federal.** Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/curso/enatespo_rs/reorganizacao_arquivos/frame.htm>. Acesso em: set. 2002.

ZANETTI, C. H. G.; LIMA, M. A. U. **Proposta de Planejamento e Programação Local em Saúde Bucal em Planaltina/DF – Saúde Bucal na Rede da Saúde da Família de Planaltina/DF.** Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>>. Acesso em: mar. 1999.

ZANETTI, C. H. G.; LIMA, M. A. U.; RAMOS, L.; COSTA, M. A. B. T. Em busca de um paradigma de programação local em Saúde Bucal mais resolutivo no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 13, p. 18-35, jul. 1996.

ANEXO A

PORTARIA N.º 1.444/GM EM 28 DE DEZEMBRO DE 2000.
Publicada no DOU de 29/12/00, seção 1, pg. 85

Ano CXXXVIII N° 250-E Brasília - DF, 29/12/00 ISSN 1415-1537

MINISTÉRIO DA SAÚDE GABINETE DO MINISTRO

Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família

O **Ministro de Estado da Saúde**, no uso de suas atribuições e, considerando:

o Programa de Saúde da Família uma importante estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde;

a necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal;

a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal da população;

a necessidade de incentivar a reorganização da saúde bucal na atenção básica, por meio da implantação de suas ações no Programa de Saúde da Família, resolve:

Art. 1º Criar o Incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família.

Art. 2º Definir que o trabalho das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, estará voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Art. 3º Os municípios que se qualificarem às ações de saúde bucal receberão incentivo financeiro anual por equipe implantada, de acordo com a composição e com seguintes valores:

Modalidade I Um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário R\$ 13.000,00 (treze mil reais)

Modalidade II Um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental R\$ 16.000,00 (dezesseis mil reais)

Parágrafo único. Os recursos financeiros mencionados serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores.

Art. 4º Estabelecer a seguinte relação de equipes de saúde bucal por equipe de saúde da família:

I Cada equipe de saúde bucal deverá atender em média 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes;

II Para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deverão estar implantadas duas equipes de saúde da família;

III Para os municípios com menos de 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, poderá ser implantada uma equipe de saúde bucal com uma ou duas equipes de saúde da família implantadas.

Parágrafo único. Os municípios estabelecerão as formas de inserção das equipes e das ações de saúde bucal junto ao Programa de Saúde da Família considerando a atual capacidade instalada de equipamentos de odontologia e as modalidades inovadoras de reorganização da atenção à saúde bucal.

Art. 5º Estabelecer o pagamento de um incentivo adicional no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por equipe implantada, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos.

§ 1º O incentivo adicional de que trata este Artigo será pago em parcela única, logo após a implantação da equipe de saúde bucal.

§ 2º Caso a equipe implantada seja desativada num prazo inferior a 12 (doze) meses, contados a partir do recebimento do incentivo adicional, o valor recebido será descontado de futuros valores repassados ao Fundo Estadual ou Municipal de Saúde.

Art. 6º A qualificação dos municípios ao incentivo de Saúde Bucal deverá ser aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, que remeterá mensalmente, à Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, a Resolução contendo a relação dos municípios qualificados, com a discriminação da quantidade de equipes e sua composição.

Art. 7º O banco de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica SIAB deverá ser alimentado mensalmente com as informações das ações desenvolvidas pela equipe de saúde bucal e fornecerá os dados necessários para o cálculo do incentivo de Saúde Bucal.

Art. 8º Os pagamentos decorrentes do disposto nesta Portaria serão autorizados em Portaria Conjunta da Secretaria Executiva e Secretaria de Políticas de Saúde.

Art. 9º Os recursos orçamentários de que trata a presente portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.0001.0589 Incentivo Financeiro a Municípios habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica PAB, para a Saúde da Família.

Art. 10º A Secretaria de Políticas de Saúde editará normas para a regulamentação da presente portaria.

Art. 11º Esta portaria entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2.001.

JOSÉ SERRA

(Of. El. nº 601/2000)

ANEXO B

PORTARIA N.º 267/GM EM 06 DE MARÇO DE 2001.

Publicada no Diário Oficial da União de 07 de Março de 2001, Seção 1, página 67

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando a necessidade de:

regulamentação da Portaria N.º 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000, que criou o incentivo de saúde bucal destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais desta área no Programa de Saúde da Família (PSF);

ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados;

melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal da população;

inclusão das ações de saúde bucal na estratégia do Programa Saúde da Família, como forma de reorganização desta área no âmbito da atenção básica, resolve:

Art. 1º Aprovar as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF).

Parágrafo único. As normas e diretrizes de que tratam este Artigo integram o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, constante do ANEXO I, que integra esta Portaria.

Art. 2º Explicitar, no ANEXO II desta Portaria, o elenco de procedimentos no âmbito da saúde bucal, compreendidos na atenção básica, estabelecidos por intermédio da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas).

Art. 3º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO I

PLANO DE REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A) INTRODUÇÃO

A universalização do acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a descentralização da gestão, a hierarquização dos serviços e o controle social são princípios e diretrizes constitucionais e legais de funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS – que, para o seu cumprimento, requerem a reordenação das práticas sanitárias e, por via de consequência, a transformação do modelo de atenção prevalente.

O Programa de Saúde da Família – PSF – do Ministério da Saúde envolve um conjunto de ações individuais e coletivas que tem se mostrado eficaz para a reorganização da atenção básica, o que possibilita, por conseguinte, o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde.

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas – quer em termos de promoção, quer de proteção e recuperação – impulsionou a decisão de reorientar as práticas de intervenção neste contexto, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na estratégia de saúde da família.

B) OBJETIVOS

O presente Plano tem por objetivos:

- . melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- . orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo Programa Saúde da Família;
- . assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal;
- . 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 SUS; e
- . avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF.

C) BASES PARA REORIENTAÇÃO DA AÇÕES DE SAÚDE BUCAL

A inclusão das ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais:

- I.** caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;
- II.** adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;
- III.** integralidade da assistência prestada à população adscrita;
- IV.** articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde;
- V.** definição da família como núcleo central de abordagem;
- VI.** humanização do atendimento;
- VII.** abordagem multiprofissional;
- VIII.** estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;
- IX.** educação permanente dos profissionais; e
- X.** acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

D) ESTRATÉGIAS PARA INCORPORAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PSF

1. A inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família dar-se-á por meio de duas modalidades:
 - 1.1. modalidade I, que compreende um cirurgião dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD); e
 - 1.2. modalidade II, que compreende um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD).
2. A carga horária de trabalho desses profissionais deverá ser de 40 horas semanais.
3. A relação de equipe de saúde bucal – ESB – por equipe de saúde da família basear-se-á nos seguintes parâmetros:
 - 3.1. cada ESB deverá atender, em média, 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes;
 - 3.2. nos municípios com população inferior a 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, deverá ser implantada uma ESB para uma ou duas equipes de saúde da família implantadas ou em processo de implantação; e
 - 3.3. nos municípios com população superior a 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, deverá ser implantada uma ESB para cada duas equipes de saúde da família implantadas ou em processo de implantação.
4. a adequação de espaços para a estruturação dos serviços odontológicos levará em conta as instalações já existentes e as iniciativas locais de organização dos serviços, desde que atendam os critérios de referência territorial e a facilidade do acesso da população;
5. as equipes de saúde da família deverão executar integralmente, no âmbito da atenção básica, ações de saúde bucal em sua área adscrita e segundo os critérios de territorialização já estipulados;
6. as ações especializadas de saúde bucal deverão ser referenciadas no próprio território municipal ou no município sede, conforme o Plano Diretor de Regionalização – PDR – do SUS;
7. os profissionais de saúde bucal e demais membros das equipes de saúde da família deverão ter responsabilidade sanitária em relação à população adscrita, desenvolvendo ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção e recuperação da saúde;

8. as ações de promoção e de prevenção no âmbito da saúde bucal serão planejadas e desenvolvidas de forma interdisciplinar;

9. o registro das atividades de saúde bucal deverá ser feito no Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab –, para fins de planejamento, monitoramento e avaliação das equipes;

10. o processo de qualificação dos municípios ao incentivo financeiro para as ações de saúde bucal será objeto de regulamentação da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

E) ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL

ATRIBUIÇÕES COMUNS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL NO PSF

I. Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família.

II. Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal.

III. Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal.

IV. Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência.

V. Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal.

VI. Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde.

VII. Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas.

VIII. Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA (CD)

I. Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade.

II. Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas).

III. Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita.

IV. Encaminhar e orientar os usuários, que apresentem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento.

V. Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências.

VI. Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais.

VII. Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados.

VIII. Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência.

IX. 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.

X. Coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal.

XI. Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas.

XII. Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD.

XIII. Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal.

XIV. Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos realizados.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL (THD)

I. Realizar, sob a supervisão do cirurgião dentista, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento.

II. Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião dentista.

III. Auxiliar o cirurgião dentista (trabalho a quatro mãos).

IV. realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados;

V. Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos.

VI. Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.

VII. Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos de sua competência realizados.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO (ACD)

- I.** Proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados.
- II.** Realizar procedimentos educativos e preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como evidenciação de placa bacteriana, orientações à escovação com o uso de fio dental sob acompanhamento do THD.
- III.** Preparar o instrumental e materiais para uso (sugador, espelho, sonda e demais materiais necessários para o trabalho).
- IV.** Instrumentalizar o cirurgião dentista ou THD durante a realização de procedimentos clínicos.
- V.** Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- VI.** Agendar e orientar o paciente quanto ao retorno para manutenção do tratamento.
- VII.** Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.
- VIII.** Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados.
- IX.** Registrar no Siab os procedimentos de sua competência realizados.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

- I.** Desenvolver ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças neste âmbito mais prevalentes no seu território de atuação.
- II.** Identificar espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal.
- III.** Registrar no Siab os procedimentos de sua competência realizados.

F) RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

- I.** Regulamentar e repassar os incentivos financeiros para os Fundos Municipais ou Estaduais de Saúde, segundo as modalidades de inclusão das ações de saúde bucal no PSF.
- II.** Estabelecer normas e diretrizes para a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica por intermédio da estratégia de saúde da família.
- III.** Prestar assessoria técnica aos estados e municípios relativa ao processo de implantação e de gerenciamento da saúde bucal no PSF.
- IV.** Estabelecer parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde com vistas ao incremento dos processos de capacitação da equipe e de formação de pessoal auxiliar em saúde bucal.
- V.** Elaborar e editar material didático para a capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.
- VI.** Tornar disponível o Siab como instrumento para monitorar as ações de saúde bucal desenvolvidas no PSF.
- VII.** Consolidar, analisar e divulgar os dados relacionados à saúde bucal de interesse nacional gerados pelo sistema de informação, divulgando resultados obtidos.
- VIII.** Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações de saúde bucal no PSF.

SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE (SES)

- I.** Garantir a inclusão das ações de saúde bucal no Plano Diretor de Regionalização – PDR – do SUS.
- II.** Contribuir para a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica por intermédio da estratégia de saúde da família.
- III.** Prestar assessoria técnica aos municípios em todo o processo de implantação, planejamento, monitoramento e gerenciamento das ações de saúde bucal no PSF.
- IV.** Viabilizar, em parceria com o Ministério da Saúde, a capacitação técnica e a educação permanente específica em saúde da família para os profissionais de saúde bucal, por intermédio dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente e ou de outras instituições de ensino, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS).
- V.** Viabilizar, em parceria com o Ministério da Saúde, a formação de pessoal auxiliar em saúde bucal – THD e ACD – para atuar nas equipes de saúde da família, por intermédio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições formadoras, em articulação com as SMS.
- VI.** Contribuir na produção e disponibilidade de material didático para capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.

- VII. Assessorar os municípios na implantação do Siab.
- VIII. Consolidar e analisar os dados relativos à saúde bucal de interesse estadual e alimentar o banco de dados nacional.
- IX. Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações de saúde bucal do PSF no âmbito do estado.
- X. Promover intercâmbio de informações relacionadas às experiências em saúde bucal no PSF entre os municípios.

SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (SMS)

- I. Definir a estratégia de inclusão das ações de saúde bucal nos territórios de abrangência das equipes de saúde da família.
- II. Garantir a infra-estrutura e os equipamentos necessários para a resolubilidade das ações de saúde bucal no PSF.
- III. Assegurar o vínculo dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família, em regime de 40 horas semanais, por intermédio de contratação específica e ou adequação dos profissionais já existentes na rede de serviços de saúde.
- IV. Considerar o diagnóstico epidemiológico de saúde bucal para a definição das prioridades de intervenção no âmbito da atenção básica e dos demais níveis de complexidade do sistema.
- V. Definir fluxo de referência e contra-referência para serviços de maior complexidade ou de apoio diagnóstico, considerando o Plano Diretor de Regionalização do SUS.
- VI. Proporcionar, em parceria com a SES, a capacitação e a educação permanente dos profissionais de saúde bucal das equipes por intermédio dos Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente, das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições de ensino.
- VII. Proporcionar, em parceria com a SES, a formação de pessoal auxiliar – THD e ACD –, por intermédio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições formadoras.
- VIII. Tornar disponíveis materiais didáticos para capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.
- IX. Alimentar a base de dados do Siab, de acordo com as Portarias que o regulamentam.
- X. Utilizar os dados do Siab para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde bucal no âmbito do PSF.

G) FINANCIAMENTO DA SAÚDE BUCAL NO PSF

A transferência de recursos federais aos estados e municípios, que compõem o financiamento tripartite das ações de saúde bucal na atenção básica, vem se efetivando então, por meio do Piso de Atenção Básica. A indução do processo de reorganização das ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica – prestada por intermédio do PSF – estará baseada no incentivo financeiro específico criado para tal (Portaria N.º 1444, de 28 de dezembro de 2000).

Os municípios que se qualificarem a essas ações receberão incentivo financeiro anual, por equipe implantada, transferido do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos), de acordo com a modalidade de inclusão.

Será transferido um incentivo adicional, em parcela única, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos. Para fins de orientação dessa aquisição, é apresentada, a seguir, a relação mínima de equipamentos odontológicos e instrumentais. No caso da existência desses equipamentos no local destinado ao atendimento, o incentivo adicional poderá ser utilizado para complementá-los ou ainda para a aquisição de outros equipamentos e ou instrumentais de uso odontológico que se façam necessários na atenção básica.

Equipamentos Odontológicos

Aparelho Fotopolimerizador
Cadeira odontológica
Compressor
Equipo odontológico
Estufa ou autoclave
Mocho
Refletor
Unidade auxiliar

Instrumentais Odontológicos

Alveolótomo
Aplicador para cimento (duplo)
Bandeja de aço
Brunidor
Cabo para bisturi
Cabo para espelho
Caixa inox com tampa
Condensador Hollemback
Cureta alveolar
Elevadores (alavancas) para raiz
Esculpidor Hollemback
Espátula
Espelho odontológico
Fórceps infantis e adultos
Lima óssea
Pinça Halstead (mosquito) curva e reta
Pinça para algodão
Porta agulha
Porta amálgama
Porta matriz
Seringa Carpule
Sindesmótomo
Sonda exploradora
Sonda periodontal milimetrada
Tesoura cirúrgica reta e curva
Tesoura iris
Tesoura standart

ANEXO II

ELENCO DE PROCEDIMENTOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Os procedimentos odontológicos, a seguir relacionados, referem-se àqueles constantes da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas).

Procedimentos Coletivos (PC)

Consulta odontológica – 1º consulta;
Aplicação Terapêutica Intensiva com Flúor – por sessão;
Aplicação de cariostático (por dente);
Aplicação de selante (por dente);
Controle de placa bacteriana;
Escariação (por dente);
Raspagem, alisamento e polimento - RAP (por hemi-arcada);
Curetagem supra-gengival e polimento dentário (por hemi-arcada);
Selamento de cavidade com cimento provisório (por dente);
Capreamento pulpar direto em dente permanente;
Pulpotomia em dente decíduo ou permanente e selamento provisório;
Restauração a pino;
Restauração com amálgama de duas ou mais faces;
Restauração com amálgama de uma face;
Restauração com compósito de duas ou mais faces;
Restauração com compósito de uma face;
Restauração com compósito envolvendo ângulo incisal;
Restauração com silicato de duas ou mais faces;
Restauração com silicato de uma face;
Restauração fotopolimerizável de duas ou mais faces;
Restauração fotopolimerizável de uma face;
Restauração com ionômero de vidro de uma face;
Restauração com ionômero de vidro de duas ou mais faces;

Exodontia de dente decíduo;
Exodontia de dente permanente;
Remoção de resto radicular;
Tratamento de alveolite;
Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência;
Ulotomia;
Ulectomia;
Glossorrafia;
Necropulpectomia em dente decíduo ou permanente.

ANEXO C

CARTA ENVIADA AOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, COORDENAÇÕES ESTADUAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COORDENAÇÕES ESTADUAIS DE SAÚDE BUCAL



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA 2000
Área de Concentração: Planejamento e Gestão de Serviços de Saúde

Brasília, 20 de setembro de 2000.

Prezado Sr.(a) X,

Apresento-me como cirurgiã-dentista, formada pela Universidade de Brasília e especialista em Odontologia em Saúde Coletiva também pela mesma instituição. Atualmente, estou realizando mestrado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ / MS tendo iniciado este mestrado, em março de 2000.

Com formação básica em Odontologia e por causa da experiência vivenciada da inserção deste do cirurgião-dentista na composição das Equipes de Saúde da Família no Distrito Federal (onde resido), optei por estudar na dissertação de mestrado, a forma, o número e os porquês da inserção deste profissional no PSF em alguns municípios brasileiros. Fato que tem sido observado cada vez com maior frequência nas poucas referências obtidas, antes do lançamento do plano de inclusão de Equipes de Saúde Bucal pelo Ministério da Saúde.

Diante da falta de informação inicial tanto no Ministério da Saúde como na literatura especializada, venho recorrer às Coordenações Estaduais no sentido de obter qualquer tipo de informação pertinente ao **conhecimento de experiências municipais da inserção do cirurgião-dentista na Equipe de Saúde da Família.**

Desta forma, peço encarecidamente aos senhores, informação a respeito de conhecimento de experiências da inserção deste profissional (em qualquer modalidade de inserção: projeto-piloto, concursado, contratado etc.) nos municípios que os senhores mantêm contato.

Apenas a listagem dos nomes destes municípios, seu(s) coordenador(es) e um meio para que se possa entrar em contato com o(s) mesmo(s), já seria de grande ajuda para que desta forma seja possível realizar tal levantamento.

Esperando poder contar com a ajuda, boa vontade e disponibilidade de Vossa Senhoria, desde já agradeço antecipadamente a colaboração e coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Giselle Silva Calado
CRO-DF 4331
Cirurgiã-Dentista – UnB 1997
Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva – UnB 1999
Mestranda em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ – 2000

PS. Caso Vossa Senhoria já tenha recebido esta correspondência, queira desculpar-me e desconsiderar a mesma.

ANEXO D

RELAÇÃO DOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO

1. ALAGOAS – AL

PÓLO SAÚDE DA FAMÍLIA EM ALAGOAS/ECMAL

End: Siqueira Campos 2095 Trapiche - Maceió - AL

CEP: 57010-001

Fone: 082 221-7544 e 326 6165

Celular: 982 5791

Fax: 082 326 5627 221 2038/326 4038/6165

Em@il: marnes@dialnet.com.br

Coordenador: MARCO ANTÔNIO MOTA GOMES

2. BAHIA – BA

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS - CENDRHU

End: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - Centro Administrativo - 4ª Avenida - Plataforma 06 – Salvador - BA

CEP: 41750-300

Fone: 071 370 4240/4377

Fax: 071 371 6808

Em@il: zecarlos@saude.ba.gov.br

Coordenador: JOSÉ CARLOS BARBOSA FILHO

3. CEARÁ – CE

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ

End: Av. Antônio Justa, 3161 - Meireles - Fortaleza - CE

CEP: 60165-090

Fone: 085 242 1901 242 1900

Fax: 085 242 1819 -

Celular: 987 0951

Em@il: silvia@esp.ce.gov.br

Coordenadora: SÍLVIA MAMEDE STUDART SOARES

4. ESPÍRITO SANTO - ES

CENTRO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA/SES

End: Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 2025 - Bento Ferreira - Vitória - ES

CEP: 29052-121

Fone: 027 381 2370/345 9681

Fax: 027 381 2424/345 9680

Em@il: sesacfo@ebr.com.br

Coordenadora: TÂNIA MARA RIBEIRO DOS SANTOS

5. DISTRITO FEDERAL – DF

CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA SAÚDE

End: SNHN Ed. CEDRHUS Q. 501 - Bloco A - Brasília - DF

CEP: 70710-904

Fone: 061 325 4993/4993/4956/2256777/325 4956

Fax: 061 325 4956

Em@il: cedrhus@fhdf.gov.br

Coordenadora: ROSÂNGELA CONDE WATANABE

6. MARANHÃO – MA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA/UFMA

End: R. Barão de Itapiry, 155 - Centro - São Luís - MA

CEP: 65000-000 Fone: 098 232 5495 -

celular 098 972 3580

Fax: 098 221 5285

Em@il: tonial@elo.com.br

Coordenadora: SUELI ROSINA TONIAL

7. MATO GROSSO – MT

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

End: Rua Aduino Botelho s/n Cophema- Cuiabá - MT

CEP: 78085-200

Fone: 065 613-2221/2234

Fax: 065 613-2210

Em@il: espmt@terra.com.br

Coordenadora: STELLA MARIS MALPICI LUNA

8. MATO GROSSO DO SUL – MS

DIRETORIA EXECUTIVA DE RH/ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/SES

End: Av. Senador Filinto Müller, 480 - Campo Grande - MS

CEP: 79074-460

Fone: 067 746 3031 - Ramal 215

Fax: 067 746 3974

Em@il: srd@prodasul.com.br

Coordenadora: VERA LÚCIA KODJAOGLANIAN

9. MINAS GERAIS – UFMG

UFMG

End: Av. Alfredo Balena,190 - 2º andar - Belo Horizonte - MG

CEP: 30130-100

Fone: 031 239 7167/(Colegiado)

Fax: 031 273 4985 /213 8281

Em@il: secretaria@polopsf.ufmg.br

Coordenadora: MARIA JOSÉ CABRAL GRILLO CALDEIRA BRANT

10. MINAS GERAIS – UFJF

NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE - NATES/UFJF

End: R. Benjamin Constant 790 - Centro - Juiz de Fora - MG

CEP: 36015-400

Fone: 032 229 3830/3834

Fax: 032 229 3832 - Casa - 236 1887

Em@il: nates@nates.ufjf.br

Coordenadora: ESTELA MÁRCIA SARAIVA CAMPOS

11. PARAÍBA – PB

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

End: Cidade Universitária/ 2º andar NESC/CCS - João Pessoa - PB

CEP: 58059-900

Fone: 083 216 7249

Fax: 083 216 7095

Em@il: psf@ccs.ufpb.br

Coordenadora: ROSEANA MARIA B. MEIRA

12. PERNAMBUCO – PE

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO

End: R. dos Coelhos, 450. Coelhos - Recife - PE

CEP: 50070-550

Fone: 081 421-5803/7590 - 222-6928

Fax: 081 412-6205

Em@il: esppe@fisepe.pe.gov.br

Coordenador: TACIANA PADILHA MACIEL

13. PARANÁ – PR

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ

End: R. Piquini, 170 – Rebouças - Curitiba - PR

CEP: 80230-140

Fone: 041 333 9393/3724 R. 111

Fax: 041 333 3724 - 333 3341 - 333 4432/3724

Em@il: saudefamilia@pr.gov.br

Coordenadora: ALEXANDRA APARECIDA MACIEL

14. RIO DE JANEIRO – RJ (UERJ)

UERJ – UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

End: - R. São Francisco Xavier, 524 - Bloco E - Ed. João Lira - 2º andar - Maracanã - Rio de Janeiro - RJ

CEP: 20550-170

Telefax: 021 587 7995

Fax: 021 567 6130

Em@il: ellenperes@openlink.com.br

Coordenadora: ELLEN MÁRCIA PERES

15. RIO DE JANEIRO - (UFF)

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

End: Av. Marques Paraná 303 - Anexo 3º Andar - Niterói - RJ

CEP: 24030-210

Fone: 021 719 9455

Fax: 021 719 9455

Em@il: medicodefamiliariteroi@ig.com.br

Coordenadora: MARCOS PAULO FONSECA CORVINO

16. RIO DE JANEIRO – (FESO)

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS

End: Rua Guarapé, 175 - Alto - Teresópolis - RJ

CEP: 25961-335

Fone: 021 642 3152

Fax: 021 642 6260/6170

Em@il: edtsm@zaz.com.br

Coordenador: EDNÉIA F. MARTUCHELLI MOÇO

17. RIO GRANDE DO SUL – RS

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/SES

End: Av. Ipiranga 6311- Porto Alegre - RS

CEP: 90610-001

Fone: 051 339 1155/1150/5800

Fax: 051 336 8142

Em@il: diretor.esp.rs@uol.com.br

Coordenador: RICARDO BURG CECCIN

18. SANTA CATARINA – SC

COORDENAÇÃO PÓLO DE CAPACITAÇÃO

End: R. Esteves Junior, 160 12º andar - Florianópolis - SC

CEP: 88015-530

Fone: 048 221 2284/2290 -

Celular - 961 1602 Fax: 048 221 2127

Em@il: cedrhus@saude.sc.gov.br

Coordenadora: ISABEL QUINT BERRETTA

19. SÃO PAULO – SP

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

End: R. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 188 - 8º andar - sala 805 - Cerqueira César - São Paulo - SP

CEP: 05403-000

Fone: 011 3061 5700 - R 8739 e 8736 -

Celular 0119903 5988 Fax: 011 3064 0658

Em@il: pseixas@saude.sp.gov.br

Coordenador: PAULO HENRIQUE D'ÂNGELO SEIXAS

20. SÃO PAULO – SP

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

End: Av. Monte Carmelo, 800 - Marília - SP

CEP: 17519-030

Fone: 014 422 6999

Fax: 014 422 1079

Em@il: polopsf@famema.br

Coordenadora: MARILDA CIRIANI DE OLIVEIRA

21. SÃO PAULO – SP

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

End: Av. Bandeirantes 3.900 - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Anexo A - Administração - 2º Andar – Ribeirão Preto - SP

CEP: 14049-900

Fone: 016 602 3004/3282

Fax: 016 633 0086

Em@il: polo@fmrp.usp.br

Coordenador: AYRTON CUSTÓDIO MOREIRA

Fonte: <http://www.saude.gov.br/psf> em 02 de outubro de 2000.

ANEXO E

RELAÇÃO DAS COORDENAÇÕES ESTADUAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1. AC – ACRE

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS

Departamento de Ações Básicas/Coordenação de Saúde Comunitária

End: Av. Antônio da Rocha Viana, S/N

Bairro Vila Ivonete

Rio Branco - AC CEP: 69910 - 610

Fone: 068 223 2396 Fax: 068 223 2396

Contato: 985 4328 - Casa 223 5473 Celular: 985 2972

Coordenadora: ADRIANA CRISTINA EVANGELISTA

2. AL – ALAGOAS

COORDENAÇÃO SAÚDE DA COMUNIDADE

Secretaria de Estado da Saúde

End. Av. da Paz - 978 - Jaraguá

Maceió - AL CEP: 57020-440

Fone: 082 223 5323/221 5900 Fax: 082 223 5323/221 9579

Contato Betânia: 972 9399 Celular: 983 9142

Coordenadora: SÔNIA DE MOURA SILVA

3. AM – AMAZONAS

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF

Secretaria de Estado da Saúde

End. R. André Araújo, 701 - B Aleixo

Manaus - AM CEP: 69005-305

Fone: 092 611 2299 Fax: 092 611 2299

Coordenadora: EDYLENE MARIA DOS SANTOS PEREIRA

4. AP – AMAPÁ

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF

Secretaria de Estado da Saúde

End: Av. Procópio Rola nº 090 - Centro

Macapá – AP CEP: 68900-010

Fone: 096 223 0222 R. 206/203 Fax: 096 212 6217

Fax recado: 212/6102/223 0319/

Coordenadora: BENEDITA DA SILVA BEZERRA

5. BA – BAHIA

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia/SESAB

End: 4ª Avenida - Plataforma 6 - Lado B - SESAB - Paralela

Salvador - BA CEP: 41476-900

Fone: 071 371 1272 - 370 4198 / 4205 / 4245 Fax: 071 371 0627/371 2270/371 4302 Celular: 975 2366 Casa:

357 2510

Coordenadora: EFIGÊNIA DE FÁTIMA CARDOSO COUTINHO

6. CE – CEARÁ

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF

Célula de Apoio à Organização do Nível de Atenção Primária

Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

End: Av. Almirante Barroso, 600 - Praia de Iracema

Fortaleza-CE CEP: 60060-440

Fone: 085 488 2082/2098 Fax: 085 488 2082 - 488 2098

Em@il: imaculada@sesa.ce.gov.br
Coordenador: MARIA IMACULADA FERREIRA DA FONSECA

7. DF – DISTRITO FEDERAL

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
Secretaria de Saúde do Distrito Federal
End: SMHS - Quadra 502 - Ed. Pioneiras Sociais - 9º andar
Brasília - DF CEP: 70334-900
Fone: 061 325 4873 - 226 7631 Fax: 061 322 3078/223 9854/325 4856 Celular: 973 9650
Coordenadora: MARIA DA PAZ COUTINHO DUTRA MARTINS

8. ES – ESPÍRITO SANTO

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF
Secretaria Estadual de Saúde
End: Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, nº 2025 - Bento Ferreira
Vitória - ES CEP: 29052-121
Tel: 027 381 2398/2369 Fax: 027 381 2311 Celular: 982 2225 - Casa - 325 7401
Contato: Izabel 325 3093/Celular: 989 2231/Casa: 227 3047
Coordenadora: MARIA CIRLENE CASER

9. GO – GOIÁS

DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMINIDADE
Secretaria de Estado da Saúde
End: Av. Anhaguera, nº 5.195 - St. Coimbra
Goiânia – GO CEP: 74.083-010
Tel: 062 291 7366/291 5022 R. 210 Fax: 062 291 7366
Em@il: pacspfs@fns.rgi.br
Coordenadora: MARIA RÚBIA RODRIGUES RIBEIRO

10. MA – MARANHÃO

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF
End: Av. Euclides Figueiredo s/n - Sala 09 - Calhau
São Luís – MA CEP: 65076-820
Fone: 098 246 5132 Fax: 098 246 5132 - Casa 223 2682 Contato: 223 7366
Coordenadora: MARIA DO CARMO LISBOA RABELO

11. MG – MINAS GERAIS

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PSF
Secretaria de Estado da Saúde
End: R. Tupinambás, 351 - 12º Andar - Centro
Belo Horizonte - MG CEP: 30120-070
Fone: 031 248 6323/6322/6348 Fax: 031 248 6211
Contato: Jussara: 979 3439 Celular: 9793439
Coordenadora: MARIA RIZONEIDE NEGREIROS DE ARAÚJO

12. MS – MATO GROSSO DO SUL

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF
Secretaria Estadual de Saúde
End: Parque dos Poderes - Bloco 07
Campo Grande - MS CEP: 79031-902
Fone: 067 726 4077 - ramal 206 - 726 3547 Fax: 067 726 3547
Coordenadora: EVELYN ANA CAFURE

13. MT – MATO GROSSO

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF
Secretaria Estadual de Saúde
End: Centro Político Administrativo - Bloco 05 - 1º Andar
Cuiabá - MT CEP: 78035-360
Fone: 065 644 2297 - 312 2281/644 1422 Fax: 065 313 2960
Coordenadora: GILCE MAYNARD BUOGO GATTAS

14. PA – PARÁ

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS

Secretaria de Estado da Saúde Pública

End: Av. Conselheiro Furtado, 1597

Belém - PA CEP: 66040-100

Fone: 091 242 6411 -224 2333 241 1041/224 2188 Fax: 091 222 7518/223 9258

Coordenadora: NORMA SUELY BARBOSA DE VASCONCELOS

15. PB – PARAÍBA

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF

Secretaria de Estado da Saúde

End: Av. Dom Pedro II, 1826 - Torre

João Pessoa – PB CEP: 58040-440

Fone: 083 241 3393 - 241 2367/241 1718 R.7011 Fax: 083 241 3393 - 241 2367/222 0187 Celular: 984 8354 -

Casa - 245 2152

Coordenadora: CLÁUDIA LUCIANA DE SOUSA MACENA VERAS

16. PE – PERNAMBUCO

DIRETORIA DE ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COMUNITÁRIA

Secretaria de Saúde do Estado

End: Praça Oswaldo Cruz, s/n - Boa Vista

Recife – PE CEP: 50050-210

Fone: 081 412 6199/6277 Fax: 081 412 6343/6199 Celular: 99725740

Em@il: subidids@fisepe.pe.gov.br

Coordenadora: TEREZA CRISTINA ALVES BEZERRA

17. PI – PIAUÍ

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF

Secretaria de Estado da Saúde

End: Av. Pedro Freitas, s/n - C. Administrativo - Bl. A - 2º A

Teresina - PI CEP: 64018-200 Fone: 086 218 6033 Fax: 086 218 1401/1422

Coordenadora: AURILENE SOARES DE SOUZA

18. PR – PARANÁ

COORDENAÇÃO ESTADUAL PACS/PSF

Secretaria Estadual de Saúde

End: Rua Piquiri, 1.707 - Bairro Rebouças

Curitiba - PR CEP: 80230-040

Fone: 041 333 3434 R. 219 - 333 7674 (DIRETO) Fax: 041 332 5479

Em@il: elizete@celepar.gov.br

Coordenadora: ELIZETE MARIA PAIOLA TONON

19. RJ – RIO DE JANEIRO

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PSF

Centro de Programação de Saúde/SES/RJ

End: Rua México, 128 - Sala 525 - Rio de Janeiro - RJ

CEP: 020031-142

Fone: 021 262 1467 - 240 2868 R. 35 Fax: 021 220 5089 - 240 0611 Celular: 996 92489

Em@il: rbomfim@ses.rj.gov.br

Coordenadora: DULCE HELENA CHIAVERINI

20. RN – RIO GRANDE DO NORTE

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF

Secretaria de Estado da Saúde Pública

End: Av. Junqueira Aires, 488 - Centro

Natal - RN CEP: 59025-280

Fone: 084 211 5859 /221 1522 R. 227 Fax: 084 211 2300/5859 Celular: 984 2410

Em@il: gab.ssap.rn.@digi.com.br e/ou asscom.ssap.rn@digi.com.br

Coordenadora: AGUINELDA MARIA DE SOUZA

21. RO – RONDÔNIA

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF

Secretaria de Estado da Saúde

End: R. Pe. Ângelo Cerri - s/n

Porto Velho – RO CEP: 78900-000 Fax: 069 229 3922

Coordenadora: JÚLIA MARIA PAIXÃO

22. RR – RORAIMA

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF

End: Av. Brig. Eduardo Gomes s/nº Campos do Paricarana

CEP: 69304-650 Tel: 095 623 2771 - r. 315 ou 623 9432 Fax: 095 623 9158/623 1294

Coordenadora: CLÁUDIA MONTEIRO DE SOUZA

23. RS – RIO GRANDE DO SUL

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF

End: Av. Borges de Medeiros, 1501 - 5º - Andar Sala 03

Porto Alegre – RS CEP: 93210-190

Fone: 051 225 3309/225 3392/226 3100 R. 2050 Fax: 051 225 3392 Celular: 985 2796

Coordenadora: JOSÉ INÁCIO LERMEN

24. SC – SANTA CATARINA

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF

Secretaria de Estado da Saúde

End: R. Esteves Júnior, 160 - 12º andar

Florianópolis - SC CEP: 88015-530

Fone: 048 221 2127 / 221 2124 / 221 2290 Fax: 048 221 2291 Celular: 961 1602

Coordenador: ELIZABETH MACHADO BOTELHO

25. SE – SERGIPE

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF

Secretaria de Estado de Saúde

End: Praça General Valadão, 32 - Bairro Centro

Aracaju - SE CEP: 49010-520

Tel: 079 213 1077 Fax: 079 2131077 Celular: 982 1691 - Casa 231 0642

Em@il: sesg@prodase.com.br

Coordenadora: MARIETA CARDOSO GONÇALVES

26. SP – SÃO PAULO

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PSF

Secretaria de Estado da Saúde Coordenação de Planejamento da Saúde

End: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 - 7º andar - sala 713

São Paulo - SP CEP: 05403-000

Fone: 011 881 2080/282 8980 Fax: 011 883 3064 0658

Em@il: psf@saude.sp.gov.br Celular: 012 982 2834 - Casa (012) 232 5507

Coordenadora: ROSICLER APARECIDA VIEGAS DI LORENZO

27. TO – TOCANTINS

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF

End: Av. NS-2 "A" ANE - Centro

Palmas - TO CEP: 77085-050

Tel: 063 218 1789/1778/1760 Fax: 063 218 1791

Coordenadora: LINVALDA RODRIGUES HENRIQUE DE ARAÚJO

Fonte: <http://www.saude.gov.br/psf> em 02 de outubro de 2000.

ANEXO F

RELAÇÃO DAS COORDENAÇÕES ESTADUAIS DE SAÚDE BUCAL

1. ACRE

SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO DO ESTADO DO ACRE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ODONTOLOGIA SANITÁRIA

Rua Antônio da Rocha Viana, S/N
CEP: 69.908-000 RIO BRANCO/AC
Tel.: (68) 223-6111 - 223-2396 - 224-4835
Fax: (68) 223-2396
E-mail: dstac@mdnet.com.br

2. ALAGOAS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
Dra. MARIA QUITÉRIA PUGLIESE DE MORAIS BARROS

Av. Duque de Caxias, 978 - Jaraguá
CEP: 57.000-000 MACEIÓ/AL
Tel.: (82) 221-9637 - 315-1103 - 315-1127
Fax: (82) 315-1127
E-mail: pugliese@mailbr.com.br

3. AMAZONAS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO AMAZONAS
NÚCLEO DE PROGRAMAS ESPECIAIS
COORDENADORIA DE PROGRAMAS
Dra. VALTERLINA VICÊNCIA FERREIRA CRUZ RIBEIRO

Av. André Araújo, 701 - Bairro do Aleixo
CEP: 69.060-001 MANAUS/AM
Tel.: (92) 663-4826
Fax: (92) 663-4826 - 663-7313
E-mail: susam@argo.com.br

4. AMAPÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAPÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE SAÚDE ORAL
Dra. EDNA DINIZ SILVA

Av. Procópio Rola, 090 - Centro Cívico
CEP: 68.906-010 MACAPÁ/AP
Tel.: (96) 212-6194 - 212-6218 Ramal: 206
Fax: (96) 212-6194 - 212-1683 - 212-6216
E-mail: vigisus@saude.ap.gov.br

5. BAHIA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL
Dra. ANA DE FÁTIMA CARDOSO NUNES

Av. Luiz Viana Filho S/N, 4a Avenida - Plataforma 6 Lado B
2º Andar Sala 214 e 223 - Centro Administrativo da Bahia
CEP: 41.750-300 SALVADOR/BA
Tel.: (71) 370-4205 - 370-4245
Fax: (71) 371-1272
E-mail: coapro@sesab.ba.gov.br

6. CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ
DIVISÃO DE SAÚDE BUCAL
Dra. CLÉLIA MARIA NOLASCO LOPES
Av. Almirante Barroso 600 - Praia de Iracema
CEP: 60.060-440 FORTALEZA/CE
Tel.: (85) 488-2100 - 488-2131
Fax: (85) 488-2100
E-mail: clel@ufc.br

7. DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
NÚCLEO NORMATIVO DE ODONTOLOGIA
Dr. EDILSON CAMACHO
SMHS Qd. 301 Ed. Pioneiras Sociais Sala 801
CEP: 70.334-900 BRASÍLIA/DF
Tel.: (61) 325-4850 - 321-3493
Fax: (61) 225-2900 - 226-2751 - 325-4933
E-mail: edilsoncamacho@uol.com.br

8. ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
COORDENAÇÃO DE RISCOS SOCIAIS
PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL
Dra. KÁTIA REGINA CASTRO SANTOS SILVA
Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 2025 - Bento Ferreira
CEP: 29.052-121 VITÓRIA/ES
Tel.: (27) 381-2369 - 381-6564 - 381-2366
Fax: (27) 321-2311 - 381-2480 (Tabagismo) - 381-2398 - 381-2394
E-mail: cesaris@ebr.com.br

9. GOIÁS
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE BUCAL
Dr. ARQUIMEDES JOSÉ DE OLIVEIRA
Rua 68 N° 500 - Centro (Antiga Alfredo Nasser)
CEP: 74.055-100 GOIÂNIA/GO
Tel.: (62) 224-8509
Fax: (62) 224-8509 - 229-4226
E-mail: não disponível

10. MARANHÃO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO MARANHÃO
(GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA)
SUBGERÊNCIA DE PROGRAMAS
SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL
Dra. ILUSKA MARIA FONTES CARLOS
Av. Carlos Cunha, S/N - Jaracati
CEP: 65.602-060 SÃO LUIZ/MA
Tel.: (98) 246-2741- 246-7334
Fax: (98) 246-2741
E-mail: não disponível

11. MINAS GERAIS
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS
COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL
Dr. ABÍLIO DOS SANTOS BALTAZAR
Av. Afonso Pena, 2.300 - Bairro Funcionários
CEP: 30.130-006 BELO HORIZONTE/MG
Tel.: (31) 261-4970

Fax: (31) 261-5985 (Materno Infantil)
E-mail: não disponível

12. MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL
COORDENADORIA DE SAÚDE BUCAL
Dr. MARCO ANTÔNIO DE MELO FONSECA
Secretaria de Estado da Saúde do Mato Grosso do Sul
Parque dos Poderes - Bloco 07
CEP: 79.031-902 CAMPO GRANDE/MS
Tel.: (67) 726-4077 Ramal: 289
Fax: (67) 726-4078
E-mail: fonseca@nin.ufms.br

13. MATO GROSSO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO MATO GROSSO
DIVISÃO DE ODONTOLOGIA SANITÁRIA
COORDENADORIA TÉCNICA
Dra. ROSE MARIA PERALTA G. FAVA
Centro Político Administrativo Rua "D" Bl. 05 Qd. 12, Lote 02
CEP: 78.070-970 CUIABÁ/MT
Tel.: (65) 313-2695 - 617-1233 (Prefeitura)
Fax: (65) 313-2695
E-mail: coortec@zaz.com.br

14. PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIVISÃO DE SAÚDE BUCAL
Dra. PRISCILA SCERNE BEZERRA
Av. Conselheiro Furtado, 1597
CEP: 66.040-100 BELÉM/PA
Tel.: (91) 241-9355 - 224-2333 Ramal: 226 - DAS 249-7005
Fax: (91) 222-7518 - 241-9355
E-mail: não disponível

15. PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
NÚCLEO DE ODONTOLOGIA SANITÁRIA DO ESTADO
Dra. CARMEM DE FÁTIMA QUEIROZ DE SÁ BENEVIDES
Av. Dom Pedro II, 1826 - Torre
CEP: 58.040-440 JOÃO PESSOA/PB
Tel.: (83) 241-1718 Ramal: 7021
Fax: (83) 241-1922
E-mail: não disponível

16. PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
DIR. EXECUTIVA DES. DE SISTEMAS DE SAÚDE
DIVISÃO DE SAÚDE BUCAL
Dra. ANA CLÁUDIA ISABELLA GOMES
Praça Osvaldo Cruz S/N - Boa Vista
CEP: 50.050-210 RECIFE/PE
Tel.: (81) 412-6181
Fax: (81) 421-5627 - 412-6182
E-mail: não disponível

17. PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
DIVISÃO DE SAÚDE ORAL

COORDENAÇÃO DE ODONTOLOGIA COMUNITÁRIA

Dra. ELIANE PIRES FERREIRA DA SILVEIRA

Praça João Luiz Ferreira - Rua David Caldas 5º Andar

(Antigo prédio do INSS) - Centro

CEP: 64.000-230 TERESINA/PI

Tel.: (86) 221-2153

Fax: (86) 218-1442 (DAS) - 218-1275 (Pneumologia)

E-mail: não disponível

18. PARANÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

ASSESSORIA ESPECIAL DA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL

Dr. DALVO JOSÉ MERCI

Rua Piqueri, 170

CEP: 80.230-140 CURITIBA/PR

Tel.: (41) 333-3434 Ramal 122

Fax: (41) 332-7104

E-mail: merci@pr.gov.br

19. RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

Dra. RUTH MARTINS BRITO

Rua México, 128 Sala 708 - Castelo

CEP: 20.031-000 RIO DE JANEIRO/RJ

Tel.: (21) 240-5168

Fax: (21) 262-4560

E-mail: britoruth@zipmail.com.br

20. RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE

COORDENADORIA DE SAÚDE BUCAL

GRUPO AUXILIAR DE TRABALHO - SAÚDE BUCAL

Dra. MARIA JALILA VIEIRA DE FIGUEIREDO LEITE

Av. Junqueira Aires Nº 488 - Centro

CEP: 59.025-280 NATAL/RN

Tel.: (84) 232-2573 - 232-2587 - 232-2577

Fax: (84) 232-2590 - 232-2568

E-mail: jypleite@sol.com.br

21. RONDÔNIA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RONDÔNIA

COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Dra. ITACI ALVES FERREIRA LAMMEL

Av. Farquar S/N - Esplanada das Secretarias - Pedrinhas

CEP: 78.900-350 PORTO VELHO/RO

Tel.: (69) 229-3922

Fax: (69) 229-2915 - 229-6286 - 221-0565 - 229-2991

E-mail: gass_sesau@enter-net.com.br

22. RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL

Dra. MARIA LIVONI BEZERRA DE OLIVEIRA

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes S/N - Campus do Paricarana

CEP: 69.304-650 BOA VISTA/RR

Tel.: (95) 623-9158 - 623-2771 Ramal: 211

Fax: (95) 623-9158

E-mail: betoliv@technet.com.br

**23. RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE DO RIO GRANDE DO SUL
SEÇÃO DE SAÚDE BUCAL**

Dra. HELENITA CORRÊA ELY

Av. Borges de Medeiros, 1501 Sala 10 - 5º Andar

CEP: 90.119-900 PORTO ALEGRE /RS

Tel.: (51) 227-3501 - 226-3100 Ramal: 2024

Fax: (51) 227-5060 - 227-1176 - 225-0087

E-mail: family@ez-poa.com.br

**24. SANTA CATARINA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
DIRETORIA DE ASSUNTOS AMBULATORIAIS
COORDENAÇÃO DO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA SANITÁRIA
Dr. JOÃO CARLOS CAETANO**

Rua Esteves Júnior, 160 Ed. Haley - 12º Andar - Centro

CEP: 88.015-530 FLORIANÓPOLIS/SC

Tel.: (48) 221-2287 - 224-1337 (Apoio)

Fax: (48) 224-1337 - 221-2291

E-mail: cae@matrix.com.br

**25. SERGIPE
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
DIVISÃO DE SAÚDE ORAL
Dra. TEREZA CRISTINA MESQUITA ALMEIDA SANTOS**

Praça General Valadão S/N

CEP: 49.010-520 ARACAJU/SE

Tel.: (79) 211-1900 R.: 246 - 211-9565

Fax: (79) 224-2073

E-mail: não disponível

**26. SÃO PAULO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
COORDENAÇÃO DA ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL
Dra. MARIA DA CANDELÁRIA SOARES**

Av. Dr. Eneas Carvalho de Aguiar, 188 - 8º Andar

CEP: 05.403-000 SÃO PAULO/SP

Tel.: (11) 853-0578 - 3061-5700 Ramal: 8379 ou 8381

Fax: (11) 883-4179 - 282-8314

E-mail: saudebucal@saude.sp.gov.br

**27. TOCANTINS
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO TOCANTINS
COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL
Dra. ALANA MARIA FONSECA CAVALCANTE**

Praça dos Girassóis S/N - Centro

CEP: 77.003-902 PALMAS/TO

Tel.: (63) 218-1771 - 218-1789 - 218-1737 - 797-1709 - 218-1702 (Gab. Secretário)

Fax: (63) 218-1790

E-mail: pacsl@saude.to.gov.br

Fonte: <http://www.saude.gov.br/programas/Bucal/coordena.htm> em 20 de novembro de 2000.

ANEXO G

RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS QUE POSSUEM CIRURGIÃO-DENTISTA E/OU EQUIPE DE SAÚDE BUCAL INSERIDO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SEGUNDO REGIÃO E UNIDADE FEDERATIVA EM JANEIRO DE 2001

REGIÃO NORTE

Acre:

Por meio de telefonema, recebido no dia 28/11/2000, a THD Maria do Carmo da Coordenação Estadual de Odontologia, da SES do Acre, nos informou que ainda não existem CDs incluídos no PSF nos municípios deste estado, e que há uma previsão de que os mesmos serão inseridos em fevereiro de 2001.

Amazonas:

1) Manaus

REGIÃO NORDESTE

Bahia:¹

1) Vitória da Conquista: confirmada a presença de CDs. As equipes do PSF de Vitória da Conquista são compostas por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, três auxiliares de enfermagem, seis a oito agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos, auxiliares de limpeza e serviços gerais e vigilantes. Mais de 30% da população está coberta pelo programa. Contando com 15 consultórios odontológicos e desenvolvendo procedimentos coletivos nas escolas, o município foi o primeiro na Bahia a contar com o cirurgião-dentista na equipe do PSF.

2) Ilhéus

3) Alagoinhas

4) Camaçari

5) Lauro de Freitas

6) Amargosa

Ceará:²

1) Fortaleza: formalizou a presença de CDs no PSF, mas ainda não foram capacitados com o treinamento introdutório. Segundo a Dra. Sharmênia Nuto, a qual contactamos por e-mail, esta inserção “foi uma medida eleitoreira, onde a seleção destes profissionais foi complicada e entrou em sua maioria, filhos e amigos de prefeitos”. Constatamos a confirmação de uma de nossas hipóteses nesta informação.

2) Maracanaú: formalizou a presença do CD no PSF. O município, que é um dos maiores do estado e faz parte da região metropolitana de Fortaleza, é dividido em seis Áreas de Vigilância à Saúde (AVISA) e cada uma delas possui um dentista. O número total de CDs não foi confirmado.

3) Orós

4) Beberibe

Maranhão:

Por fax enviado no dia 27/09/00, o Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal em Saúde da Família na Universidade Federal do Maranhão, informou que “não tem conhecimento de municípios com a experiência da inserção de cirurgiões-dentistas” nas equipes de Saúde da Família.

Pernambuco:³

1) Camaragibe: 3 CDs chamados de CD da Família.

2) Jaboatão dos Guararapes: 3 CDs chamados de CD da Família.

3) Cabo de Santo Agostinho: no PACS, ACS capacitados para a atenção preventiva

4) Caruaru: 26 equipes de PSF - proposta de implantação do CD no PSF

5) Funasa-PE: Trabalha com uma experiência de implantação dos distritos sanitários indígenas. Em PE existem 8 etnias indígenas e portanto existem 8 equipes de PSF indígena onde cada equipe conta com um CD.

1 Informação obtida por meio da estudante de graduação do curso de Odontologia da UFBA, Leila Monteiro por e-mail.

2 Informações obtidas por meio da Dra. Lana Bleicher, Dr. Aldo Angelim e Dra. Sharmênia Nuto por e-mail enviado no dia 24/09/00.

3 Informação obtida por meio da Dra. Cecile Soriano Rodrigues e Dr. Petrónio Martelli por e-mail.

Rio Grande do Norte:

Por fax enviado no dia 15/12/00 a Secretaria da Saúde Pública do Governo do Estado do Rio Grande do Norte, representado pela Sra. Maria Jalila Vieira de F. Leite, chefe do Grupo Auxiliar de Saúde Bucal da Coordenadoria de Promoção à Saúde, informou que este estado “não conta com nenhum município no qual exista a participação do dentista junto à equipe do PSF”.

Sergipe:

1) Aracaju: A capital de Sergipe contava em dezembro de 1999, com 12 equipes do PSF composta de: Médicos (12); Enfermeiros (12); Auxiliar de Enfermagem (12); Cirurgiões-Dentistas (10); Assistentes Sociais (10); Agentes Comunitários (56). Conta também com 09 equipes do PACS: Enfermeiros/ Instrutora (09); Agentes Comunitários (224). Numa população de 445.555 habitantes segundo o censo do IBGE (99), a população coberta pelos programas PACS e PSF correspondia a 45,09% da população, ou seja, 200.903 habitantes. Desta forma cada equipe era responsável pelo atendimento de 1000 a 1500 famílias, aproximadamente 4500 pessoas. A inserção do CD se concretizou por meio da União dos Serviços Públicos de Saúde e da Coordenação de Saúde Bucal, Entidades de Classe e Secretaria.

REGIÃO CENTRO-OESTE**Distrito Federal:**

1) Brasília (cidades satélites).

Goiás⁴:

- 1) Abadiânia
- 2) Amaralina
- 3) Crixás
- 4) Doverlândia
- 5) Uirapuru
- 6) Santo Antônio de Goiás

Mato Grosso⁵:

- 1) Confressa
- 2) Cuiabá
- 3) Nova Olímpia
- 4) Sorriso

Mato Grosso do Sul:

Por fax recebido no dia 27/09/00, o Pólo de Capacitação/MS nos informou que no Mato Grosso do Sul, são 70(setenta) ESF distribuídos em 32(trinta e dois) municípios.

1) Campo Grande: A capital do Estado é o único município que conta com 08 ESF tendo 05 cirurgiões-dentistas. Também nos foi informado que todos estes profissionais são concursados, trabalhando com uma carga horária de 04 horas/dia e o salário é de R\$ 2.000,00.

Tocantins:

1) Palmas: Em 1997, surgiu a primeira equipe do PSF ainda em caráter experimental, que incluía também o trabalho de um psicólogo, um assistente social e um dentista. (Franklin, 2000).

REGIÃO SUDESTE**Minas Gerais:**

- 1) Juiz de Fora:⁶ no total, são 56 ESF onde em todas, há um CD.
- 2) Ibiá.

Rio de Janeiro:⁷

4 Informação obtida por meio de Ofício n.º 246/00-DSB enviado no dia 12/12/00 pelo Dr. Arquimedes José de Oliveira, Chefe do Departamento de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

5 Informação obtida por meio de fax enviado no dia 27/11/2000 pela Dra. Rose Maria P. G. Fava da Divisão de Saúde Bucal da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso.

6 Informação obtida por meio da Sra. Estela, do Pólo de Capacitação de Saúde da Família da UFJF, por e-mail enviado no dia 28/09/00.

- 1) Rio de Janeiro
- 2) Teresópolis: inserção de graduandos de odontologia do 2º período nas ações de promoção e prevenção em saúde bucal. É um projeto-piloto, iniciado em setembro de 2000.

São Paulo:

- 1) Piraju⁸
- 2) São Paulo
- 3) Tubarão
- 4) Marília:⁹ São 07 ESF e em todas há um cirurgião-dentista.

REGIÃO SUL

Paraná¹⁰:

- 1) Curitiba: está sendo chamado de “Distrito Sanitário PSF”. Todas as unidades das Regionais de Saúde são do PSF. Ao todo, são 26 Unidades do PSF com cirurgião-dentista.
- 2) Arapoti¹¹

Santa Catarina¹²:

- 1) São Bento do Sul

Rio Grande do Sul¹³:

- 1) Barão de Cotegipe: com 3.500 habitantes e 35% de cobertura populacional.
- 2) Benjamin Constant do Sul: com 2.902 habitantes e 100% de cobertura populacional.
- 3) Bento Gonçalves: com 10.800 habitantes e 35% de cobertura populacional.
- 4) Capivari do Sul: com 3.120 habitantes e 100% de cobertura populacional.
- 5) Carlos Gomes: com 2.144 habitantes e 100% de cobertura populacional.
- 6) Charqueadas: com 27.000 habitantes e 100% de cobertura populacional.
- 7) Cidreira: com 6.566 habitantes e 100% de cobertura populacional.
- 8) Coronel Barros: com 2.412 habitantes e 100% de cobertura populacional.
- 9) Gramado dos Loureiros: com 2.505 habitantes e 100% de cobertura populacional.
- 10) Mariano Moro: com 2.631 habitantes e 100% de cobertura populacional.
- 11) Ronda Alta: em implantação.
- 12) Santa Cruz do Sul: com 102.743 habitantes e 50% de cobertura populacional.
- 13) Santa Rosa: com 64.222 habitantes e 100% de cobertura populacional.
- 14) São Jorge: em implantação.
- 15) Vanini: com 2.000 habitantes e 100% de cobertura populacional.
- 16) Vitória das Missões: com 4.041 habitantes e 30% de cobertura populacional.
- 17) Terra de Areia: com 10.814 habitantes e 50% de cobertura populacional.
- 18) Tucunduva: com 6.657 habitantes e 100% de cobertura populacional.

7 Informação obtida por meio da Profa. Edneia Martuchelli, do Pólo de Capacitação de Saúde da Família do Rio de Janeiro – Núcleo FESO, por e-mail enviado no dia 11/10/00.

8 Informação obtida por meio da Sra. Rosicler AP. Viegas Di Lorenzo, Coordenadora Estadual do PACS/PSF no Estado de São Paulo, por fax enviado no dia 27/09/00.

9 Informação obtida por meio da Sra. Neusa, do Pólo de Capacitação de Saúde da Família de Marília, por e-mail enviado no dia 28/09/00 e da Sra. Marilda, coordenadora do PSF no Município de Marília e Gerente do Pólo-PSF-FAMEMA, por e-mail enviado no dia 02/10/00.

10 Informação obtida por meio do Dr. Samuel Jorge Moysés e Dra. Meiry por e-mail.

11 Informação obtida por meio de e-mail enviado no dia 13/12/00 por Sr.(a) Merci do Governo do Paraná.

12 Informação obtida por meio da Sra. Tânia, secretária do Pólo de Capacitação de Saúde da Família, por e-mail enviado no dia 26/09/00

13 Informação obtida por meio de Ofício n. 244/2.000 enviado no dia 29/11/00 pela Dra. Helenita Corrêa Ely, Coordenadora da PAISB/CAIS/SES do Rio Grande do Sul.

ANEXO H

QUESTIONÁRIO ENVIADO AOS COORDENADORES MUNICIPAIS DE SAÚDE BUCAL (ODONTOLOGIA) E/OU RESPONSÁVEL



FIOCRUZ
MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

MUNICÍPIO: _____
UF: _____ DATA: ____ / ____ / ____

Prezado(a) Sr.(a) Coordenador(a) de Odontologia do Município e/ou do Programa de Saúde da Família,

V. Sa. está recebendo este questionário que faz parte de um projeto de pesquisa em desenvolvimento nesta instituição. Ele visa obter informações sobre a recente experiência relacionada às atividades odontológicas, realizadas no âmbito do Programa de Saúde da Família no seu Município. Esperando poder contar com a vossa compreensão no sentido de responder as perguntas formuladas abaixo, agradecemos antecipadamente sua contribuição e solicitamos seu retorno no menor prazo possível (preferencialmente por fax até a data de: ___/___/2001), devido a necessidades inerentes ao processo de análise dos resultados. Caso seja de seu interesse, estamos à disposição para esclarecimentos nos seguintes telefones, fax e e-mail. Esperamos poder contar com vossa colaboração.

Giselle Silva Calado

E-mail: gscalado@brturbo.com / Tel e Fax: (61) 443-1539 / (061) 9962-1059

Profa. Dra. Virginia Alonso Hortale (Orientadora do Projeto)

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ou SIMILAR

1. Nome completo da proposta/programa: _____
2. Pessoa(s) e instituição(ões) responsável(is) pela execução: _____

3. Número de equipes formadas do PSF no município: _____
4. Percentual da população do município coberta pelas equipes do PSF: _____
5. Profissionais que compõe uma equipe do Programa de Saúde da Família:
() Médico () Enfermeiro () Cirurgião-Dentista () Nutricionista
() Psicólogo () Auxiliar de Enfermagem () Técnico de Higiene Dental -THD
() Auxiliar de Consultório Odontológico -ACD () Agente Comunitário de Saúde
() Outros _____
6. Jornada de trabalho semanal dos Cirurgiões-Dentistas que trabalham no programa: () 20 horas () 40 horas
() outro _____
7. Vínculo empregatício dos Cirurgiões-Dentistas que trabalham no programa: () CLT () quadro permanente
() outro _____
8. Modalidades de incorporação dos Cirurgiões-Dentistas que trabalham no programa: () contrato () concurso
() outro _____
9. Salário dos Cirurgiões-Dentistas que trabalham no programa:
() abaixo de R\$1.000,00 () entre R\$ 1.000,00 e R\$ 2.000,00
() entre R\$ 2.001,00 e R\$ 4.000,00 () acima de R\$ 4.000,00

(Perguntas de n.º 10 a n.º 17, referentes ao THD e ACD. Responder, caso estes profissionais estejam presentes na equipe)

10. Jornada de trabalho semanal dos THDs que trabalham no programa: () 20 horas () 40 horas
() outro _____

11. Vínculo empregatício dos THDs que trabalham no programa: () CLT () quadro permanente
() outro _____

12. Modalidades de incorporação dos THDs que trabalham no programa: () contrato () concurso
() outro _____

13. Salário dos THDs que trabalham no programa:
() abaixo de R\$ 300,00 () entre R\$ 300,00 e R\$ 500,00
() entre R\$ 500,00 e R\$ 700,00 () entre R\$ 700,00 e R\$ 1.000,00 () acima de R\$ 1.000,00

14. Jornada de trabalho semanal dos ACDs que trabalham no programa:
() 20 horas () 40 horas () outro _____

15. Vínculo empregatício dos ACDs que trabalham no programa:
() CLT () quadro permanente () outro _____

16. Modalidades de incorporação dos ACDs que trabalham no programa:
() contrato () concurso () outro _____

17. Salário dos ACDs que trabalham no programa:
() abaixo de R\$ 100,00 () entre R\$ 100,00 e R\$ 300,00
() entre R\$ 300,00 e R\$ 500,00 () acima de R\$ 500,00

PARTE II - DETALHAMENTO DO PROGRAMA COM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES ODONTOLÓGICAS DESENVOLVIDAS

18. Período de implantação do programa: () gestão anterior () gestão atual

19. Natureza do programa:
() apenas preventivo-promocional
() apenas curativo
() ambas
() outro _____

20. As atividades preventivo-promocionais são desenvolvidas por:
() CD () THD () ACD () ACS () outro _____

21. As atividades curativo-restauradoras são desenvolvidas por:
() CD () THD () ACD () ACS () outro _____

22. A criação do programa:
() Apenas rotinizou as ações que já vinham sendo praticadas sem maiores articulações
() Modificou as ações já rotinizadas, introduzindo algumas inovações
() Implementou inovações, instituindo rotinas não existentes.

23. Qual a população do município coberta pelo programa:
() 20% () entre 20 e 50% () entre 50 e 75% () acima de 75%

24. Recursos materiais mobilizados:

25. Capacidade instalada (instalações físicas e equipamentos) mobilizados:

26. Recursos Financeiros: origem (ns): _____

27. É realizada avaliação para saber se as metas estão sendo atingidas?

() Sim () Não

28. Existe algum instrumento de avaliação?

() Sim: Qual? _____

() Não

29. São realizados levantamentos epidemiológicos periódicos?

() Sim: () a cada 3 meses () a cada 6 meses () anualmente

() Não

30. O programa está recebendo o respaldo comunitário? Quais são as evidências disto?

31. Há participação das universidades ou outra instituição de ensino superior?

() Sim Quais? _____

() Não

32. Como se dá essa participação?

33. Há aspectos inovadores (soluções originais) que merecem destaque? Equipamentos, técnicas (promocionais, preventivas e curativas), nova organização do processo de trabalho na clínica e fora dela etc?

34. Quais são as principais dificuldades encontradas? _____

PARTE III - CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS DO MUNICÍPIO

35. Qual é o valor total anual do Orçamento Municipal ? R\$ _____

36. Qual é o percentual que o município destina do Orçamento Municipal para o Fundo Municipal de Saúde ?
R\$ _____

37. Qual é o valor total anual do Fundo Municipal de Saúde? (já contando com todos os repasses, inclusive do Orçamento Municipal) R\$ _____

38. Qual o valor absoluto dos gastos ambulatoriais do município destinados à saúde bucal? R\$ _____

39. Qual o gasto anual “per capita” municipal em saúde (ambulatorial e hospitalar)?

Ambulatorial: R\$ _____

Hospitalar: R\$ _____

40. Qual o gasto anual “per capita” municipal em saúde bucal ? R\$ _____

41. Há fluoretação das águas de abastecimento público?

()Sim ()Não

Em caso positivo:

42. Há quanto tempo? _____

43. Houve interrupção da fluoretação das águas de abastecimento público?

()Sim ()Não

44. Por quanto tempo?

()Menos de 6 meses ()De 6 meses a 1 ano ()De 1 ano a 5 anos ()Mais de 5 anos

45. Por qual motivo? _____

46. A fluoretação das águas é satisfatória quanto à qualidade e regularidade?

()Sim ()Não ()Não Sabe

Em caso positivo:

47. Quem atesta tal satisfatoriedade ? _____

48. Quanto da população é coberta pela água fluoretada na zona urbana do município? (%) _____

Comentários:
