



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
REDE NORDESTE DA SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL

PALOMA STEPHÂNIA GUILHERMINA PRADO DE SÁ

ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO ÂMBITO DA SAÚDE BUCAL

FORTALEZA

2014

PALOMA STEPHÂNIA GUILHERMINA PRADO DE SÁ

ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO ÂMBITO DA SAÚDE BUCAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Profa. Dra. Andréa Silvia Walter de Aguiar.

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- S114a Sá, Paloma Stéphânia Guilhermina Prado de.
Análise da atenção primária em saúde no âmbito da saúde bucal / Paloma Stéphânia Guilhermina Prado de Sá. – 2014.
102 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.
Área de Concentração: Saúde Pública.
Orientação: Profa. Dra. Andréa Silvia Walter de Aguiar.
1. Saúde da Família. 2. Avaliação em Saúde. 3. Saúde Bucal. I. Título.

CDD 617.601

PALOMA STEPHÂNIA GUILHERMINA PRADO DE SÁ

ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO ÂMBITO DA SAÚDE BUCAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Andréa Silvia Walter de Aguiar (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Pós-Dra. Maria Vieira de Lima Saintrain
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Profa. Dra. Renata Sousa Alves
Universidade Federal do Ceará

A Deus.

Aos meus familiares, Socorro, Tânia e Aíla.

Ao meu marido Afrânio Junior.

AGRADECIMENTO

À Deus, pelo dom da vida.

À família, pela paciência e cumplicidade.

Aos colegas de trabalho pela parceria.

À Profa. Dra. Andréa Silvia Walter de Aguiar, pela excelente orientação.

Aos professores participantes da banca examinadora pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

À todos os professores que já tive o prazer de prestigiar.

Aos cirurgiões-dentistas entrevistados pela confiança demonstrada nas entrevistas.

Aos pacientes pela motivação diária.

Aos colegas da turma de mestrado, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas.

“Toda imperfeição é fácil de tolerar desde que seja servida em pequenas doses.” (Wisława Szymborska)

RESUMO

A saúde bucal tem importância reconhecida como componente da qualidade de vida das pessoas. Porém, uma parcela importante da população ainda não tem acesso às ações e serviços odontológicos. Além disso, a fragilidade das avaliações em saúde bucal compromete a dinâmica dos processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família. O objetivo do estudo foi investigar a atenção em saúde bucal no âmbito da atenção primária em saúde, a partir do critério de efetividade das decisões tomadas pelos coordenadores municipais de saúde bucal, além de descrever e compreender os modelos da organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal, na 6ª Coordenadoria Regional de Saúde do Ceará. Refere-se a uma pesquisa qualitativa em que população foi composta por coordenadores municipais de saúde bucal de Amontada, Itapipoca, Miráima, Trairi, Tururu e Uruburetama, por meio de entrevista semiestruturada. Os resultados da pesquisa apontam distintas maneiras de organização do processo de trabalho, apesar de voltadas para a demanda agendada, além de relatos imprecisos a respeito da fluoretação das águas de abastecimento público. Dentre os principais resultados destacam-se a interrupção do atendimento por dois dias ou mais por restrições de recursos humanos ou infraestrutura; a inexistência de atenção odontológica no âmbito da puericultura e da adolescência ou ainda na detecção precoce de câncer de boca através de matriciamento. A atenção domiciliar é esporádica e não há disponibilidade de horário alternativo para o atendimento. O presente estudo poderá nortear os municípios sobre efetividade na tomada de decisões, com impacto em saúde bucal para população; ao mesmo tempo sensibilizar gestores, para que possam voltar o olhar para a saúde bucal, dando suporte para a realização das ações, bem como a busca por uma melhoria constante da atenção prestada, tendo por base o gestor da saúde bucal, por meio de capacitações, além do empenho, dedicação e interesse em atingir esse sucesso.

Palavras-chave: Saúde da Família. Avaliação em Saúde. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Oral health has recognized the importance of the quality of life component. However, a significant portion of the population does not have access to programs and dental services. Moreover, the fragility of ratings of oral health compromises the dynamics of work processes in the Family Health Strategy. The aim of the study was to investigate the oral health care in primary health care, based on the criteria of effectiveness of decisions taken by municipal oral health coordinators, and describe and understand the models of the organization of the work process of Oral Health Teams, in 6th Regional Health of Ceará. Refers to a qualitative research in which the population was composed of municipal oral health coordinators Amontada, Itapipoca, Miraíma, Trairi, Tururu and Uruburetama. The survey results suggest different ways of organizing the work process, although aimed at the scheduled patients, and inaccurate regarding the fluoridation of public water supply reports. Among the main results we highlight the interruption of service for two days or more for human resource constraints or infrastructure, the lack of dental care within the childcare and adolescence or in early detection of oral cancer through matricial. Home care is sporadic and there is no availability of alternate time to meet. The present study can guide the municipalities of effectiveness in decision making, with an impact on oral health for the population; while sensitize managers so that they can look back to oral health, providing support for the realization of actions as well as the search for constant improvement of care provided based on the manager's oral health through training, beyond the commitment, dedication and interest in achieving that success.

Keywords: Family Health. Health Evaluation. Oral Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1: Evolução do número de equipes da ESF, de municípios e percentuais de 24 cobertura populacional pela estratégia no período de 2003 a 2012.....
- Quadro 2: Evolução do número de municípios com equipes de saúde bucal (ESB) e 30 número de ESB implantadas nas modalidades I e II no período de 2003 a 2012.....
- Quadro 3: Características dos municípios da 6ª CRES de acordo com população, 43 distância da capital, área e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), 2012.....
- Figura 1: Meta e evolução do número de Equipes de Saúde da Família implantadas o 25 Brasil de 1994 a agosto de 2011.....
- Figura 2: Evolução do número de municípios com Equipes de Saúde da Família 25 implantadas no Brasil de 1994 a agosto de 2011.....
- Figura 3: Evolução da população coberta por Equipes de Saúde da Família 26 implantadas no Brasil de 1994 a agosto de 2011.....
- Figura 4: Evolução da implantação das Equipes Saúde da Família no Brasil de 1998 a 26 2010.....
- Figura 5: Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde Bucal implantadas no 31 Brasil de 2001 a agosto de 2011.....
- Figura 6: Mapa da distribuição geográfica das Macrorregiões e Regiões de Saúde do 41 Ceará, 2013.....
- Figura 7: Mapa da composição da 6ª Microrregião de Saúde do estado de Ceará – 42 Itapipoca.....

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AMQ-ESF	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária a Saúde
CAGECE	Companhia de Água e Esgoto do Ceará
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPO-D	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DAB	Departamento da Atenção Básica
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAAP	Fluoretação das Águas de Abastecimento Público
GM	Gabinete do Ministro
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCATool	“Primary Care Assessment Tool”
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNUD	Programa de Ações Unidas para o Desenvolvimento
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAAE	Serviço Autônomo de Água e Esgoto
SIMEC	Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação
SB	Saúde Bucal
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde

UPA Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	Atenção Primária à Saúde (APS)	17
2.1.1	<i>Contexto Histórico da APS no mundo</i>	17
2.1.2	<i>Contexto Histórico da APS no Brasil</i>	19
2.1.3	<i>Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família</i>	23
2.2	Saúde Bucal	27
2.2.1	<i>Da Odontologia Social à Saúde Bucal Coletiva</i>	27
2.2.2	<i>A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)</i>	29
2.3	Avaliação em Saúde	33
2.3.1	<i>Avaliação em Saúde na Estratégia Saúde da Família</i>	33
2.3.2	<i>Avaliação em Saúde Bucal</i>	36
3	METODOLOGIA	39
3.1	Abordagem e tipologia do estudo	39
3.2	Localização do estudo	39
3.3	Sujeitos do estudo	45
3.4	Instrumento utilizado	45
3.5	Coleta de dados	46
3.6	Análise da entrevista	47
3.7	Considerações éticas	48
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1	Perfil do gestor	50
4.2	Organização do processo de trabalho	53
4.3	Dimensão político-organizacional	56
4.3.1	<i>Subdimensão intersectorialidade</i>	56
4.3.2	<i>Subdimensão participação popular</i>	58
4.3.3	<i>Saúde bucal na atenção primária dos municípios</i>	62
4.3.4	<i>Subdimensão recursos humanos</i>	64
4.3.5	<i>Subdimensão infra-estrutura</i>	66
4.4	Dimensão técnica	68
4.4.1	<i>Subdimensão promoção da saúde, prevenção e diagnóstico e tratamento</i>	68
4.4.2	<i>Subdimensão recuperação e reabilitação em saúde bucal nos ciclos vitais</i>	70

4.5	Expectativas.....	77
4.6	Aspectos Gerais.....	78
5	CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	82
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICES.....	96
	ANEXO.....	99

1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal tem importância reconhecida como componente da qualidade de vida das pessoas. No entanto, uma parcela importante da população brasileira ainda não tem acesso às ações e serviços odontológicos (CAVALCANTI, GASPAR e GOES, 2012). São muitos os avanços gerados por políticas públicas implementadas nos últimos anos no Brasil, tais como a inclusão da equipe de saúde bucal (ESB) na estratégia saúde da família (ESF), a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e a inserção do cirurgião-dentista nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais (ROCHA e GOES, 2008).

A fragilidade das avaliações em saúde bucal compromete a dinâmica dos processos de trabalho nas equipes de saúde da família. São diversas portarias, recomendações, orientações e interpretações. Novos indicadores são criados, enquanto outros são excluídos, não há série histórica para alguns deles, e dessa maneira não se têm parâmetros para comparar as ações desenvolvidas. A existência de um sistema de informação descentralizado permite a implementação de políticas de planejamento e avaliação no nível local. O envolvimento do nível municipal com o processamento e análise dos dados tornam as informações mais confiáveis e úteis para a utilização nos estudos avaliativos e também contribui para a melhora da qualidade da atenção em saúde (NICKEL, 2008).

Avaliação é conceituada como a emissão de juízo de valor sobre um objeto por meio de critérios e referenciais previamente definidos (CONTADRIPOULOS, CHAMPAGNE, DENIS et al, 1997), portanto, quando se refere a saúde, tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade (BRASIL, 2012a). Neste contexto, deve ser um elemento cotidiano do trabalho em saúde, com finalidade de orientar o planejamento e a execução das ações (TANAKA e MELO, 2001; CALVO e HENRIQUE, 2006).

A atividade de gestão em saúde pode ser definida como a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde – municipal, estadual ou nacional - por meio do desenvolvimento das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Além disso, a avaliação em saúde institucionalizada propicia o conhecimento do desempenho do setor e oferece a possibilidade de aperfeiçoar os resultados de acordo com o contexto em que a instituição se insere, corrigindo os problemas e almejando a conquista de novas metas (NICKEL, 2008).

Apesar dos benefícios supracitados e por ser essencial nos processos de gestão, a

utilização dos processos avaliativos em instituições públicas é esparsa, fenômeno descrito devido às concepções ultrapassadas da atividade de avaliar (CALVO e HENRIQUE, 2006). A avaliação em saúde muitas vezes é vista como um processo punitivo, associado a práticas autoritárias e de controle, realizada por especialistas externos à instituição (FURTADO, 2006).

Outras formulações a respeito da atividade avaliativa são: utilização aleatória das informações no planejamento, consequências negativas do resultado da avaliação, como redução de recursos financeiros e demissões, prática com pouco custo-benefício para a instituição, do ponto de vista financeiro e temporal (CALVO e HENRIQUE, 2006). Essas visões são sedimentadas quando a avaliação é usada com finalidades desviantes do processo, como protelar decisões, intimidar grupos, ou dar cientificidade às decisões exclusivamente políticas (FURTADO, 2006).

Desde 2005, o Brasil, por intermédio do Ministério da Saúde (MS) tem estimulado a prática avaliativa nas equipes da ESF, especialmente, por meio das auto-avaliações, entre elas a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ – ESF) e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Nesta perspectiva, a AMQ - ESF consiste em uma metodologia de gestão interna ou autogestão dos processos de melhoria contínua da qualidade desenvolvida especificamente para a ESF. Os eixos centrais da proposta são o estabelecimento dos parâmetros de qualidade para a estratégia, a avaliação como instrumento de gestão e tomada de decisão e o compromisso com a qualidade na atenção à saúde. Neste sentido, foram elaborados cinco instrumentos de auto-avaliação, baseados em padrões de qualidade e dirigidos a atores específicos (gestor municipal da saúde, coordenação da saúde da família, unidade de saúde da família, equipe saúde da família, profissionais de nível superior da saúde da família) (BRASIL, 2005a).

Estes instrumentos possibilitam a identificação dos estágios de implantação, desenvolvimento e qualidade da estratégia em seus diferentes pontos, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população. A partir desse conhecimento, os gestores, coordenadores e profissionais poderão elaborar planos de intervenção e propor ações para melhoria da qualidade (BRASIL, 2012b). Gerando, como proposto pelo MS (BRASIL, 2005b), um diagnóstico com identificação de estágios de desenvolvimento, potencialidades e aspectos críticos, possibilitando a elaboração de planos de ação para intervenção e resolução de problemas apontados (BRASIL, 2005b).

Outro instrumento, ainda nas primeiras etapas do seu desenvolvimento de

efetivação como mecanismo de avaliação na Atenção Primária é o PMAQ. Atualmente, todo o país vivencia a supervisão externa nas equipes da ESF, já no segundo ciclo, tendo sido o primeiro em 2012. É um programa que tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. O PMAQ considerará a implantação de processos auto-avaliativos, a utilização de uma ferramenta composta por um conjunto de padrões de qualidade, ou seja, por um conjunto de declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da Atenção Básica, configurando-se assim como uma ferramenta de potencial pedagógico de caráter reflexivo e problematizador que abre possibilidades de construção de soluções a partir da identificação de problemas. Para atingir o objetivo descrito acima, o Ministério da Saúde (MS) / Departamento da Atenção Básica (DAB) disponibilizou a AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), além da AMQ - ESF que continua disponível. Vale ressaltar que os municípios tem autonomia para implementar outros instrumentos que garantam os elementos centrais do processo auto-avaliativo (BRASIL, 2012c).

Entretanto, estas ferramentas são tímidas no que diz respeito à saúde bucal. São poucos os indicadores de avaliação das ações de saúde bucal, por vezes, possibilitando interpretações variadas, que findam por comprometer o processo avaliativo.

No cotidiano de trabalho, a qual a pesquisadora se insere, tanto como cirurgiã-dentista da família, como coordenadora municipal de saúde bucal, é frequente o questionamento dos usuários e profissionais relacionados à disponibilidade de fichas, horário de atendimento, pré-consulta, cronograma, atividades extra-muro, limitação de procedimentos, entre outros.

Paralelamente a esta constatação, tem-se a depreciação, a não valorização da saúde bucal, provavelmente pela inserção tardia do cirurgião-dentista na ESF. Tal fato pode ser verificado pela fragilidade dos sistemas de informações, desvalorização profissional e não priorização da saúde bucal por parte da população, profissionais e gestores.

Considerando a importância da avaliação das ações em saúde desenvolvidas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), com o propósito de qualificar a atenção à saúde e a importância que tem a atenção básica para reorientar o modelo assistencial vigente e incluindo no campo de prática da atenção básica a saúde bucal, se mostra produtora a aplicação de outros instrumentos com o intuito de legitimar as avaliações em saúde bucal, como o que será explicitado nesse projeto de pesquisa.

Daí a necessidade de analisar a atenção em saúde bucal para fornecer subsídios para a tomada de decisões. Com a divulgação dos resultados desse estudo, bem como pela devolutiva aos coordenadores de saúde bucal e secretários municipais de saúde espera-se uma reflexão de modo a promover a redução das queixas e a consequente melhoria da saúde bucal da população.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Identificar critérios de efetividade nas decisões tomadas pelos coordenadores municipais de saúde bucal.

Objetivos específicos:

- Descrever e compreender os modelos da organização do processo de trabalho das ESB, na estratégia de saúde da família, na 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), no Ceará, em 2013, na visão dos coordenadores;
- Conhecer a dimensão político-organizacional nas subdimensões de intersetorialidade, participação popular, recursos humanos e infraestrutura, do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal dos municípios da 6ª CRES, no Ceará, em 2013, na visão dos coordenadores;
- Conhecer a dimensão técnica nas subdimensões de promoção da saúde, prevenção e diagnóstico e tratamento, recuperação e reabilitação em saúde bucal nos ciclos vitais, do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal dos municípios da 6ª CRES, no Ceará, em 2013, na visão dos coordenadores.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Devido à complexidade do tema abordado, optou-se por uma revisão integrativa da literatura científica, didaticamente apontada em tópicos, acerca das temáticas - Atenção Primária à Saúde (APS), no seu contexto mundial e nacional e sua relação com a Estratégia Saúde da Família; Saúde Bucal no que tange a evolução histórico-política se concretizando com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), e por fim; os processos de avaliação dos serviços de saúde, em especial da saúde bucal.

2.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

2.1.1 Contexto histórico da APS no mundo

Acredita-se que a terminologia "atenção primária" tenha se originado aproximadamente em 1920, quando o relatório de Dawson foi difundido no Reino Unido. Esse relatório chamava de "Centros de Atenção Primária à Saúde", ao que se pretendia ser o centro de serviços regionalizados daquele país (DE MAESENEER, DE PRINS, GOSSET et al, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, definiu "atenção primária à saúde" como uma estratégia e um conjunto de atividades para alcançar o objetivo de "saúde para todos até o ano 2000" (DE MAESENEER, DE PRINS, GOSSET et al, 2003).

Entretanto, foi em 1978 que o termo consagrou-se. Na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde, em Alma Ata,

A "atenção primária à saúde" foi definida como: assistência essencial à saúde baseada em métodos e tecnologia práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis aos indivíduos e famílias da comunidade por meios aceitáveis para eles a um custo que a comunidade e o país possam sustentar para manter cada estágio de seu desenvolvimento com um espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma uma parte integrante tanto do sistema de saúde dos países dos quais é uma função essencial como do foco principal do desenvolvimento social e econômico geral da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a assistência à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham e constitui o primeiro elemento do processo contínuo de assistência à saúde. (WHO, 1978, p.3).

Nesse conceito havia duas visões fundamentais: a APS seria o nível fundamental

de um sistema de atenção à saúde, o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades, além de ser parte de um sistema global de desenvolvimento econômico e social (MENDES, 2011).

Um grande dilema na conceituação precisa da APS está na ambiguidade do termo primário que pode gerar variadas interpretações: simples ou básico, ponto de primeiro contato, ponto de triagem, ponto principal da atenção à saúde etc. Porém, é evidente que a expressão primária foi conotada para expressar o atributo essencialíssimo da APS, o do primeiro contato (MENDES, 2011).

No período pós-Alma Ata, os países que assinaram a Declaração adotaram estratégias distintas: em alguns a negação, em que nenhuma etapa concreta foi realizada para colocar a declaração em prática, em outros a legislação, em que a Declaração de Alma Ata foi copiada em muitas legislações nacionais refletindo o não-comprometimento político concreto. Porém, quando a ação foi realizada, surgiram algumas estratégias. Para países, como Cuba e as áreas rurais da China, a implementação da Declaração era feita em continuidade com alguns desenvolvimentos já existentes. Muitos países optaram por reformas na assistência à saúde, adaptando, tentando implementar a Declaração de Alma Ata por meio de um processo de mudança das estruturas existentes na assistência à saúde (por exemplo, a Holanda). Outros países optaram por iniciar uma estrutura de atenção primária à saúde separada do sistema existente, normalmente privado, como no caso da Espanha; enquanto outros o sistema de APS era "importado" da estrutura de cooperação bilateral, de agências multilaterais ou de organizações não-governamentais (DE MAESENEER, DE PRINS, GOSSET et al, 2003).

Quanto maior a convicção dos países para a APS, melhores os indicadores de saúde pública, como a redução das taxas de mortalidade por todas as causas, as taxas de mortalidade prematura por todas as causas e as taxas de mortalidade prematura por asma, bronquite, enfisema, pneumonia e doenças do aparelho circulatório. Ainda se mostram mais adequados, pois se baseiam nas necessidades em saúde da população; mais efetivos porque é o único modo de enfrentar as condições crônicas, considerando epidemiologia e por impactar nos níveis de saúde das pessoas; além disso, mais eficiente por apresentarem menores custos, reduzindo os procedimentos mais caros; mais equitativo, por privilegiar regiões e grupos menos favorecidos financeiramente, diminuindo os gastos das famílias; e de maior qualidade, enfatizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, além de ofertarem tecnologias mais seguras a usuários e profissionais (MENDES, 2011).

Nos países com sistemas de saúde universais, encontrados em alguns países da

Europa, no Canadá e na Nova Zelândia, a temática APS está em evidência nos governos, se opondo à fragmentação dos sistemas de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias em saúde, que determina necessidades questionáveis de consumo de serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

É por essas razões que a Organização Mundial da Saúde, no seu Relatório sobre a Saúde Mundial de 2008, propôs, no título do documento, uma nova consigna: “Atenção Primária em Saúde, agora mais do que nunca” (WHO, 2008).

2.1.2 Contexto histórico da APS no Brasil

Mendes (2011) identificou oito ciclos da expansão da APS no Brasil desde o século XX. O primeiro deles foi o do modelo da rede local permanente. O segundo foi o dos centros de saúde-escola, instituídos na Universidade de São Paulo, nos anos 20. O terceiro foi o dos Serviços Especiais de Saúde Pública, a partir dos anos 40. O quarto ciclo foi o dos centros de saúde implantados pelas Secretarias Estaduais de Saúde em todo o país, que teve seu apogeu na década de 60. O quinto foi o dos programas de extensão de cobertura, iniciados por experiências acadêmicas ou institucionais que confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, nos anos 70. O sexto foi das Ações Integradas em Saúde que articulou os cuidados primários das Secretarias Estaduais de Saúde com os da Previdência Social em núcleos urbanos na década de 80. O sétimo foi a municipalização das ações de APS, decorrente da criação do SUS, da municipalização da saúde, no final da década de 80. E por fim, o vigente, que surgiu no final de 1993, o ciclo da atenção básica, com a institucionalização pelo Ministério da Saúde do Programa Saúde da Família, hoje compreendido como Estratégia Saúde da Família.

A construção do SUS avançou de forma considerável nos últimos anos. Diariamente, se fortalecem as evidências da importância da Atenção Primária à Saúde nesse processo. Os esforços dos governos nas diferentes esferas administrativas (federal, estaduais e municipais), da academia, dos trabalhadores e das instituições de saúde vêm ao encontro do consenso de que ter a Atenção Primária à Saúde como base dos sistemas de saúde é essencial para um bom desempenho destes (BRASIL, 2011a).

A sustentabilidade dos sistemas de saúde baseados nos modelos médico-hospitalocêntricos tem demonstrado evidentes sinais de esgotamento. Ao perceber essa condição, evidencia-se a necessidade de traçar estratégias claras, empiricamente suportadas, para o avanço na melhoria dos indicadores de saúde da população (BRASIL, 2011a).

Todo sistema de serviços de saúde possui dois objetivos principais. O primeiro deles é otimizar a saúde a população empregando o estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. O segundo objetivo, e não menos importante, é diminuir as discrepâncias entre subgrupos populacionais, de modo que alguns grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível da saúde (STARFIELD, 2002).

Apesar de não haver dúvidas da contribuição dos serviços da saúde e da sua forma de organização para a qualidade de vida das pessoas, das famílias e da sociedade, essa contribuição encontra seus limites. Equidade e maior qualidade de vida exigem que se enfrente o conjunto de determinantes e condicionantes da saúde, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial e a mobilização popular (BRASIL, 2011a).

De acordo com o MS, conhecer, compreender, tratar e controlar os processos nos territórios adscritos passam a ser uma responsabilidade compartilhada, e talvez por isso a necessidade de uma equipe multiprofissional e o estímulo a autonomia do usuário. A noção de consulta passa a ser superada por outra ação de maior amplitude, que passa a ser entendida como cuidado, uma nova ação frente aos processos de saúde-doença das comunidades. Cuidar é ir além da ação de vigilância (de vigiar uma situação), é ter uma postura pró-ativa de proteção (BRASIL, 2008a).

É preciso haver muito empenho dos profissionais envolvidos para a consolidação desse novo pensar saúde nos seus processos de trabalho. Espera-se que ele possa repercutir num movimento contínuo de reflexão sobre as práticas de saúde, numa aproximação entre os diferentes profissionais da equipe e também dessa equipe com a comunidade. A aproximação com o utente traz a oportunidade de construir com ele, a autonomia possível para o enfrentamento dos seus problemas. Assim, fica determinado um novo processo pedagógico, com potencial para que todos possam, ao mesmo tempo, ensinar e aprender (BRASIL, 2008a).

A atenção primária deve ser entendida como principal porta de entrada da rede de serviços assistenciais em saúde, apesar de não ser a única. O Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, menciona mais três portas de entrada nas redes de atenção a saúde: a atenção de urgência e emergência, a atenção psicossocial e as especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011b).

A responsabilidade de organização e operacionalização da Atenção Primária em Saúde é dos gestores municipais. Porém, cabe a esfera estadual as macrofunções de

formulação de políticas, de planejamento, de cofinanciamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação nos territórios, considerando as regiões de saúde, inclusive. A APS deve ser orientada para o cidadão, estimulando sua autonomia, para a família e a comunidade, pois precisa considerar o contexto em que o mesmo está inserido e ser qualificada no sentido de também promover cuidados contínuos para pacientes portadores de patologias crônicas e portadores de necessidades especiais, principalmente ao se reconhecer o ascendente envelhecimento da população, o que a torna mais suscetível a determinadas patologias. Neste contexto, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde considera a Estratégia Saúde da Família a principal estratégia organizativa da Atenção Primária em Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a).

A APS, como já dito anteriormente, apesar de não ser a única, porém é a preferencial via de entrada no sistema para todas as novas necessidades e condições. Ela detém atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) longitudinalmente, fornece atenção para a maior parte das condições, exceto as muito incomuns ou raras, que requerem atenção em centros de referência especializados e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. É a gerente do cuidado. Como se não fosse bastante, a atenção primária compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde, entre eles: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe multidisciplinar. É uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, e ao considerar a configuração em rede dos serviços de saúde, está no centro desse sistema. (STARFIELD, 2002)

A APS distingue-se da secundária, da terciária e da quaternária por diversos aspectos entre eles: por dedicar-se aos problemas que acometem mais frequentemente a população (simples ou complexos), principalmente em fases iniciais, e que são, portanto, menos definidos. A rotina dos serviços pode se dar nas unidades de saúde, consultórios comunitários, escolas, igrejas, associações ou asilos e demais espaços comunitários. Geralmente observam-se grande variedade de necessidades em saúde, forte componente dedicado à prevenção de doenças, alta proporção de pacientes já conhecidos pela equipe de saúde, especialmente por considerar população adscrita e da maior familiaridade dos profissionais, tanto com as pessoas quanto com os seus problemas (BRASIL, 2011a).

A atenção primária pode ser visualizada de quatro formas: um conjunto de atividades, um nível da atenção, uma estratégia para organizar a atenção à saúde e uma

filosofia que permeia a atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

Nos anos noventa, no Brasil, houve a renovação da concepção de APS. Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde baseada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social, para diferenciar-se da concepção seletiva de APS, passou-se a usar o termo atenção básica em saúde, definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (GIOVANELLA et al 2009).

O Ministério da Saúde é órgão na esfera federal responsável pelo SUS e conseqüentemente pela Atenção Primária. Daí são propostas normativas, direcionamentos, protocolos, entre outros a fim de padronizar os serviços de saúde.

A Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, caracteriza a Atenção Primária por

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

Esta Portaria diz que as práticas de cuidado e gestão são formas de desenvolvimento da Atenção básica, sendo que o trabalho em equipe é a mola propulsora da Atenção. E mais, a utilização de tecnologias de cuidados complexas, em observância dos critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e ética são fundamentais para o pleno desempenho. A Atenção Básica orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Os principais fundamentos da Atenção Primária são relacionados a seguir: território adstrito, que se refere a definição de área geográfica de responsabilidade sanitária, pois dessa forma é oportunizado o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento das ações setoriais e intersetoriais; possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, acolher os usuários e promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; cadastrar e conhecer usuários, buscando desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população objetivando garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do

cuidado; coordenar a integralidade em seus vários aspectos, compreendendo ações programáticas e de demanda espontânea, além realizar ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, bem como o manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias, sempre com foco na ampliação da autonomia dos usuários; Estimular a participação dos usuários de modo a ampliar sua autonomia no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas centradas no usuário e no exercício do controle social.

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes (BRASIL, 2011c). Assim como nessa dissertação, os termos APS e Atenção Básica são considerados sinônimos.

2.1.3 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. A intenção é romper com o modelo centrado na doença, na figura do profissional médico, hospitalocêntrico. É operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais. Estas são compostas minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, porém pode ser acrescidos a essa composição o cirurgião-dentista e o técnico ou auxiliar em saúde bucal, que desenvolvem suas atividades em unidades básicas de saúde, que podem conter mais de uma equipe. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, que de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.488/11 (BRASIL, 2011c) é de no máximo 4000 pessoas. Entretanto, a média recomendada é de 3000 pessoas, localizadas em uma área geográfica delimitada, sobre a qual tem responsabilidade sanitária. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2012d).

O Departamento da Atenção Básica (DAB) tem estabelecido as bases para o funcionamento da ESF desde sua criação em 1994. A organização nos municípios orienta-se segundo as diretrizes operacionais pré-definidas que irão, por sua vez, guiar a forma de funcionamento das unidades e a prática das equipes, incluindo as normatizações, considerando áreas de intervenção e linhas de ação estratégicas. É preciso destacar que os

municípios têm buscado explorar todas as potencialidades no sentido de alcançar equidade e integralidade na assistência a saúde, para além do cumprimento das diretrizes operacionais (BRASIL, 2005a).

A ESF trata-se de um projeto dinamizador e ousado do SUS. Chegou a este patamar condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade com que a Estratégia Saúde da Família tem se expandido em todo o país revela a adesão de gestores estaduais e municipais e da população aos seus princípios e diretrizes. Com início em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos, como pode ser observado através do Quadro 1, que mostra a evolução no número de equipes implantadas de janeiro 2003 até dezembro 2012 (BRASIL,2013);

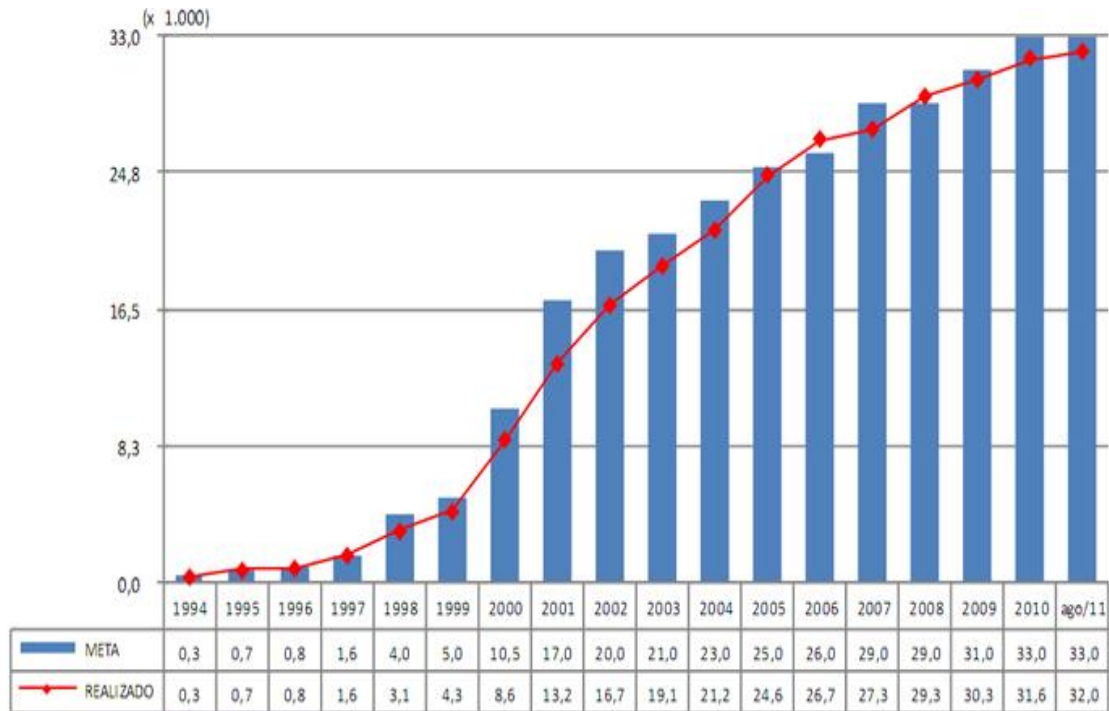
Quadro1 - Evolução do número de equipes da ESF, de municípios e percentuais de cobertura populacional pela estratégia no período de 2003 a 2012.

Ano	No. De Municípios	No. De Equipes	Cobertura Populacional %
2003	4.488	19.068	35,69
2004	4.664	21.232	38,99
2005	4.986	24.564	44,35
2006	5.106	26.729	46,19
2007	5.125	27.324	46,62
2008	5.235	29.300	49,51
2009	5.251	30.328	50,69
2010	5.294	31.660	52,23
2011	5.285	32.295	53,41
2012	5.297	33.404	54,84

Fonte: Departamento de Atenção Básica, 2013

Nos gráficos a seguir, estão representadas a meta e a evolução do número de equipes da ESF implantadas desde 1994 a 2011 (Figura 1); o número de municípios com equipes implantadas no mesmo período (Figura 2) e população coberta no mesmo período (Figura 3), de acordo com dados do DAB (BRASIL, 2012d). Esses dados ascendentes representam um avanço, uma evolução. A partir deles fica demonstrado o interesse geral, orientado e proposto pela esfera federal e operacionalizado pelos municípios em legitimar a Estratégia Saúde da Família.

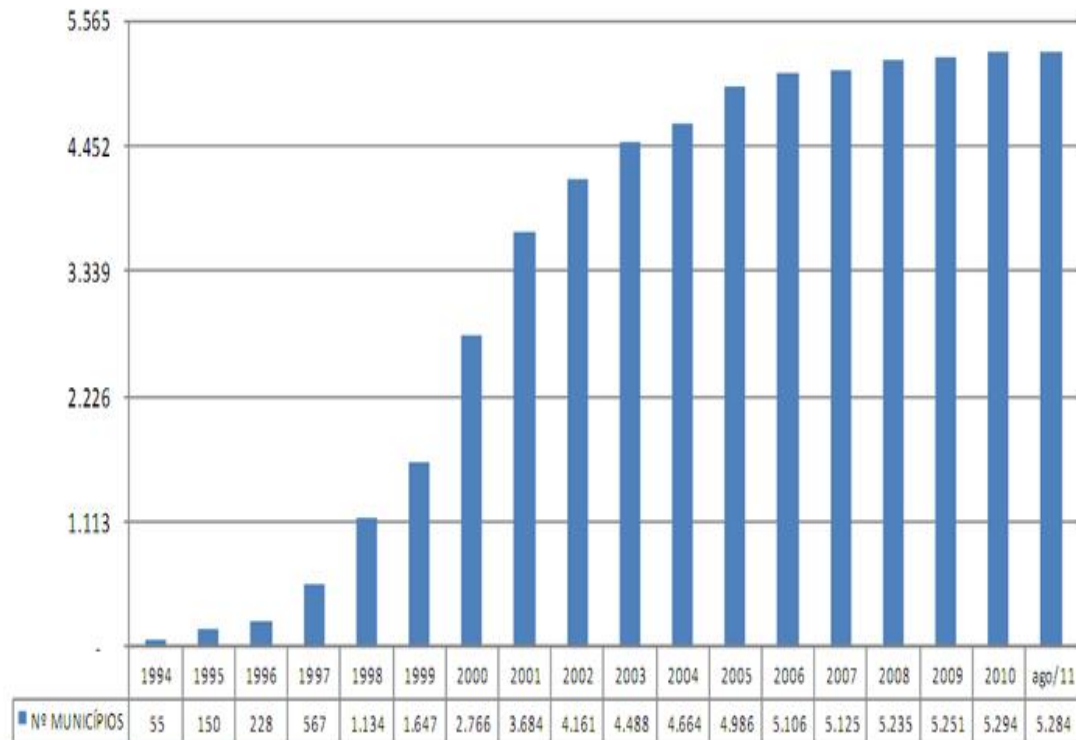
Figura 1 - Meta e evolução do número de Equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil de 1994 a agosto 2011.



FORNTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Fonte: Departamento da Atenção Básica, 2014

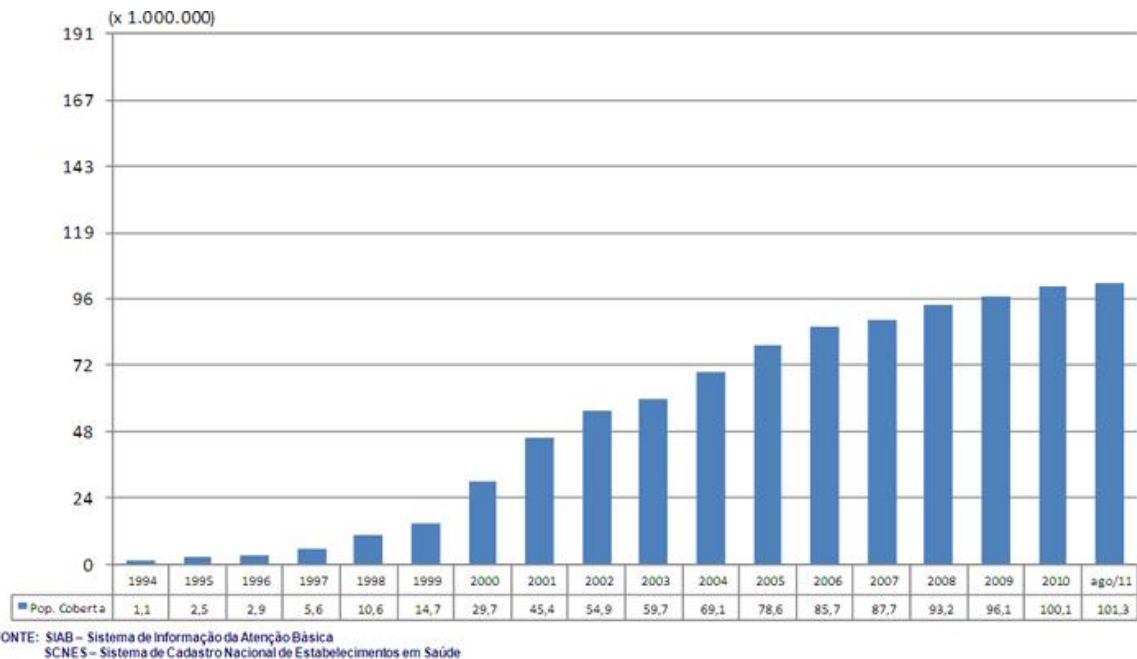
Figura 2 - Evolução do número de municípios com Equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil de 1994 a agosto 2011.



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Fonte: Departamento de Atenção Básica, 2014

Figura 3 - Evolução da população coberta por Equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil de 1994 a agosto 2011.



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

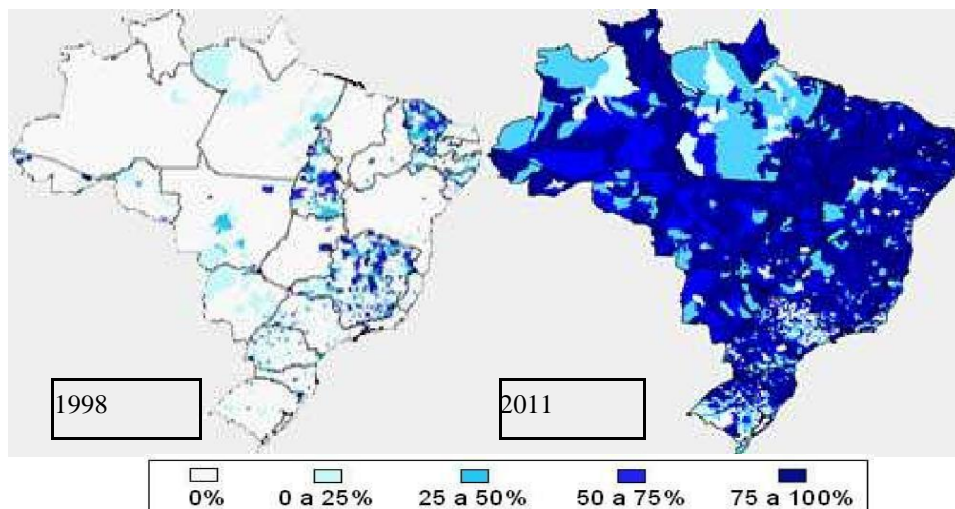
Fonte: Departamento de Atenção Básica, 2014

Porém, para a consolidação desta Estratégia é preciso, que seja sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de

vida da população (BRASIL, 2012d).

A evolução das equipes da Estratégia Saúde da Família pode ser demonstrada através de mapas que representam a distribuição destas no Brasil, como pode ser visualizado a seguir.

Figura 4 - Evolução da implantação das Equipes Saúde da Família no Brasil, de 1998 a 2011.



Fonte: Departamento de Atenção Básica, 2014

Fica evidente o crescente avanço quantitativo, no tocante a implantação das ESF, em todas as regiões do Brasil no período de treze anos, com discreta diferenciação na região Norte que apresenta valores baixos, se comparados ao restante do país.

A Saúde da Família, como estratégia norteadora dos sistemas municipais de saúde, tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Tal estratégia busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas (BRASIL, 2012d).

Alguns desafios podem ser apontados para a ESF tais como a valorização política e social do espaço da Atenção Primária à Saúde, recursos humanos, duplicação das redes de atenção, prática das equipes, financiamento e avaliação e instrumentos de gestão (BRASIL, 2011a). Além disso, ao considerar os pressupostos para o seu desenvolvimento os princípios do SUS apontam como desafios a cobertura universal e a equidade (BRASIL, 2005a).

2.2 Saúde Bucal

2.2.1 Da Odontologia Social à Saúde Bucal Coletiva

Antes de iniciar a abordagem considerando os processos históricos em saúde

bucal no Brasil, é preciso ter em mente as evoluções dos processos de conhecimento que provavelmente nortearam os modelos assistenciais na saúde bucal brasileira.

Inicialmente, o Sistema Incremental, modelo assistencial em saúde bucal vigente no país na década de 50, priorizou a atenção aos escolares de primeiro grau, do sistema público. O atendimento era prestado pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação SESP). Esse modelo surgiu como proposta alternativa de prestação de serviços odontológicos de forma diferencial, programada e sistemática, se diferenciando do sistema de livre demanda utilizado pela Odontologia anteriormente. Tinha o enfoque curativo-reparador em áreas estratégicas, considerando o aspecto econômico (BRASIL, 2008a).

As ações preventivas do sistema supracitado restringiam-se à fluoretação da água de abastecimento ou aplicações tópicas de fluoreto de sódio a 2% nas crianças com idades de 7, 10 e 13 anos. Assim, mesmo sendo caracterizado como misto (preventivo-curativo), evidencia a ação restauradora e coloca em segundo plano as ações educativas e preventivas, simploriamente abordadas através de aplicações tópicas de flúor (NICKEL, 2008).

Neste momento, teve início a lógica organizativa e programada da assistência odontológica, porém restringindo o acesso aos escolares de 6 a 14 anos. Acrescentam-se algumas medidas preventivas e trabalho a quatro mãos (BRASIL, 2008a). Por isso, o modelo Incremental teve sua importância na Odontologia porque foi um marco da programação do serviço público odontológico e possibilitou o rompimento da hegemonia da livre demanda dos consultórios (NICKEL, 2008).

A Odontologia Integral surgiu em um contexto em que novos conhecimentos sobre a prevenção e o controle da cárie estavam em evidência, das discussões acerca do atendimento odontológico prestado pelo Estado e dos produtos insatisfatórios, considerando critérios epidemiológicos em todo o Brasil.

A Odontologia Integral, também denominada de Incremental Modificado ou ainda Odontologia Simplificada, enfatizou a mudança dos espaços de trabalho. Promoção e prevenção da saúde bucal teve ênfase coletiva e educacional, bem como abordagem e participação comunitária, além da idéia de equipe odontológica, formada pelo cirurgião-dentista, pelo técnico de higienização dentária e pelo auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 2008a).

Ao considerar as críticas ao Sistema Incremental, surgiu no fim da década de 80, o Programa Inversão da Atenção, também denominado como Sistema Universal, Sistema de Ações de Natureza Coletiva e Sistema de Controle Epidemiológico da Cárie. Esse modelo

contrariou as ações curativas do Sistema Incremental e da Odontologia Integral, pois se baseava na intervenção antes e controle depois. Ele buscou adaptação da sua estrutura organizativa à doutrina do SUS, porém desconsidera a participação comunitária. Este modelo era centrado em três fases, a saber: estabilização, reabilitação e declínio (BRASIL, 2008a). Orientado pela prioridade de controlar a doença com conceitos modernos de prevenção e educação em saúde, tornou-se um modelo oposto ao tratamento cirúrgico-restaurador. Porém, há críticas quanto à abrangência do Programa Inversão da Atenção, uma vez que os princípios de universalidade, integralidade e equidade preconizados teoricamente por este sistema não foram seguidos, pois apenas um grupo populacional é atingido (NICKEL, 2008).

Porém, para garantir princípios e diretrizes constitucionais do SUS como universalização do acesso, integralidade da atenção, equidade, descentralização da gestão, hierarquização dos serviços e controle social, foi necessária a reordenação das práticas sanitárias e, por conseguinte, a transformação do modelo de atenção prevalente (BRASIL, 2001a).

A inclusão da saúde bucal na ESF partiu da necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas, considerando promoção, proteção e recuperação (NICKEL, 2008).

Os objetivos almejados quando da inclusão da saúde bucal na ESF foram a melhoria das condições de saúde bucal da população; orientação das práticas de atenção à saúde bucal, em consonância ao preconizado pela ESF; 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; capacitação, formação e educação permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários à ESF, através da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS; avaliação dos padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios da ESF (BRASIL, 2001a).

2.2.2 A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)

As políticas públicas nada mais são do que ações do governo, organizadas para modificar uma situação tida como problemática. Diante disso, a Política Nacional de Saúde Bucal, foi instituída para responder os problemas de saúde bucal dos brasileiros (COSTA et al, 2012).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000a), passou a incentivar financeiramente os municípios, para que fossem acrescidas aos serviços prestados pelas equipes da ESF, as ações de saúde bucal. Isso se tornou possível por meio da inserção do cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal na composição das equipes. De acordo com a Portaria GM/MS Nº 2.488/2011, cada equipe de saúde bucal (ESB) pode estar vinculada a duas equipes da ESF (BRASIL, 2011c).

A Política Nacional de Saúde Bucal, denominada Programa Brasil Sorridente, foi elaborada em 2004 pelo Ministério da Saúde e inserida no Sistema Único de Saúde (SUS). As principais estratégias do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família, a ampliação e a qualificação da Atenção Especializada, principalmente, através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e a fluoretação das águas de abastecimento público. O programa é responsável pela implementação de assistência odontológica, prevenção e educação em saúde bucal, além de articulações para atendimento de demandas locais, realização de adequações e compatibilizações das diretrizes da política nacional à realidade e ao contexto regional. A política nacional também prevê o cuidado individual e a inserção do cuidado na comunidade, buscando articulação do Programa Saúde da Família (CARAÇA e SARTI, 2013).

Um estudo publicado em 2010 apontou que as ações propostas pela PNSB devem estar articuladas com a atenção básica. Além disso, a implementação da PNSB somente poderá produzir efeitos, de modo a garantir a integralidade, com a oferta adequada dos procedimentos e a redução de obstáculos dos serviços de saúde bucal, com boa taxa de utilização pelos usuários. Apenas 8,9% dos usuários relataram ter realizado higiene bucal supervisionada, uma prática fundamental da APS, evidenciando a grande deficiência nesse nível de atenção. Tal evidência pode repercutir negativamente no alcance da integralidade pretendida pela PNSB (CHAVES et al, 2010).

Desde então se observa um crescente aumento na implantação de ESB, modalidade I ou II, conforme a inclusão do técnico em saúde bucal, como se pode observar no Quadro a seguir.

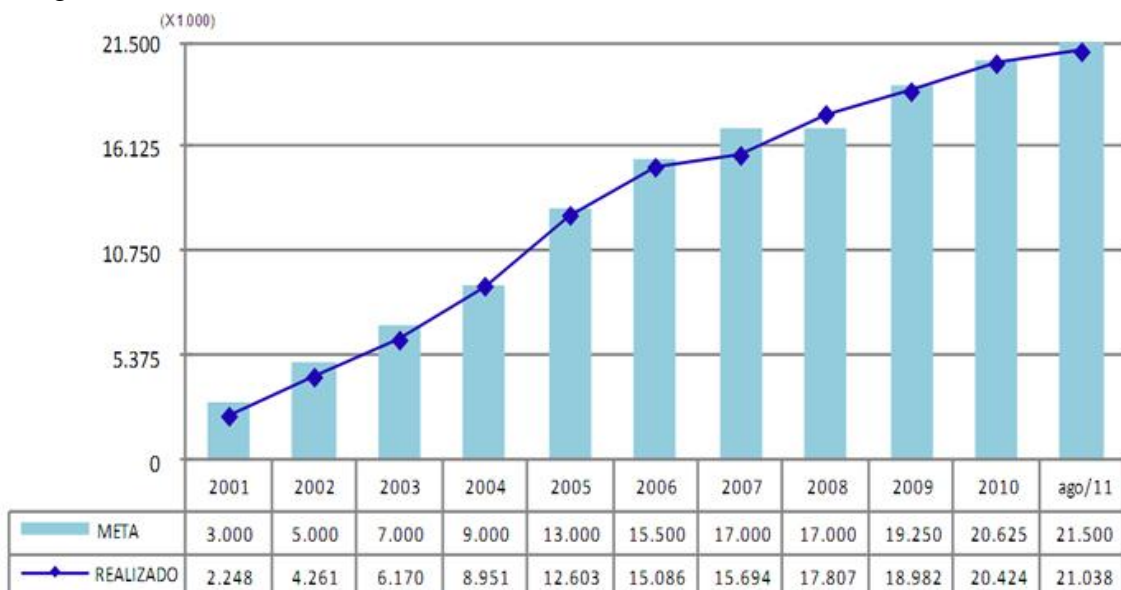
Quadro 2 - Evolução do número de municípios com equipes de saúde bucal (ESB) e número de ESB implantadas nas modalidades I e II no período de 2003 a 2012.

Ano	No. De Municípios	No. De Equipes de Saúde Bucal	
		Modalidade I	Modalidade II
2003	2.787	5.631	539
2004	3.184	8.234	717
2005	3.897	11.717	886
2006	4.285	14.019	1.067
2007	4.294	14.563	1.131
2008	4.597	16.423	1.384
2009	4.717	17.465	1.517
2010	4.830	18.731	1.693
2011	4.883	19.492	1.933
2012	4.901	20.155	2.048

Fonte: Departamento de Atenção Básica, 2014

Observa-se na figura a seguir, que a implantação das ESB se deu prontamente, de acordo com a meta estabelecida pelo MS; entretanto, ela se deu de forma tardia, quando comparada a implantação das equipes de saúde da família, o que implicou na organização dos serviços em saúde bucal.

Figura 5 - Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil de 2001 a agosto de 2011.



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Fonte: Departamento de Atenção Básica, 2014

A organização da demanda é um dos principais problemas enfrentados na rotina dos serviços de saúde bucal, especialmente quando se consideram as atividades assistenciais, isso talvez pode ser justificado, principalmente, pela inserção tardia da saúde bucal na ESF. Tal dificuldade deve ser amplamente discutida com os envolvidos, ou seja, usuários e profissionais de saúde. A demanda a ser “organizada” compreende toda a população da área de abrangência, famílias, grupos e que deverá ser envolvida no espaço da Unidade Básica de Saúde e também nos diferentes espaços sociais existentes (BRASIL, 2008a).

A organização do serviço de saúde é um grande desafio para as Equipes de Saúde da Família, pois necessita de um planejamento bem realizado, o que requer tempo e comprometimento de gestores e demais profissionais envolvidos nas diversas áreas (MOURA, 2011).

Os serviços de saúde bucal devem ser organizados de forma a acolher a demanda espontânea e os casos de urgência, uma vez que compõem a porta de entrada preferencial na rede de serviços de saúde, e dar respostas às necessidades sentidas pela população. É um importante caminho para resolutividade da atenção, o que contribui para a legitimidade da equipe na comunidade em que está inserida. A equipe de saúde deve desenvolver estratégias adequadas para receber os distintos modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um (BRASIL, 2008a).

Apesar das dificuldades para o cumprimento das práticas orientadas pela Política Nacional de Saúde Bucal, percebe-se uma mudança do modelo de atenção em saúde bucal, sendo necessários ajustes e correções nas atividades das equipes, além de uma maior participação dos demais níveis de gestão para o exercício pleno da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (PIMENTEL et al, 2010).

Outro desafio é o desenvolvimento de ações programadas de promoção da saúde, prevenção de doenças e de assistência, voltadas ao controle de doenças crônicas e/ou às populações mais vulneráveis no território. A atenção programada é caracterizada por pessoas cadastradas na área adscrita que compõem o grupo priorizado para a atenção na unidade de saúde e que necessitam de atendimento continuado. Inclui ações individuais e/ou coletivas de promoção da saúde, prevenção de agravos e intervenções cirúrgico-restauradoras ofertadas de forma organizada. Cabe às equipes, em conjunto com a comunidade, a partir da realidade social, definir estratégia e os grupos prioritários para atenção em saúde bucal programada (BRASIL, 2008a).

As ações programadas de assistência devem considerar o risco de adoecer, seja ele

individual ou familiar. A avaliação de risco permite que o serviço de saúde estabeleça critérios para definição de prioridade no atendimento ao agravo à saúde e/ou grau de sofrimento – individual, familiar, social e não mais a ordem de chegada. Deve ser realizado por profissional da saúde que identifica os usuários que necessitam de atenção prioritizada. Para definição das atividades educativo-preventivas e curativas é importante também considerar a gravidade da doença. A adoção desse critério, embora priorize essa situação, não significa a exclusão dos indivíduos sem atividade de doença dos grupos de controle ou manutenção coletiva. Os protocolos técnicos podem contribuir para a definição de prioridades. Cada município deve, em conjunto com os trabalhadores, definir protocolos mais adequados sob a ótica da intervenção multiprofissional, legitimando a inserção de todos os profissionais (BRASIL, 2008a).

A construção da agenda, de um cronograma considerando os itens supracitados, deve ser estabelecida nas necessidades da população a partir de critérios epidemiológicos das áreas de abrangência e/ou de influência das unidades de saúde de forma equânime e universal, devendo ser amplamente discutida com a comunidade, nos conselhos de saúde em nível local e municipal (BRASIL, 2008a).

Além disso, é preciso ter em mente a necessidade das consultas de manutenção ou retorno programado, caracterizadas por um conjunto de procedimentos que visam manter a saúde bucal e o controle de patologias identificadas. Os usuários que concluíram seus tratamentos clínicos, ou que vêm se mantendo saudáveis, devem ser agendados para acompanhamento periódico e reforço do autocuidado.

2.3 Avaliação em Saúde

2.3.1 Avaliação em Saúde na Estratégia Saúde da Família

Avaliar é uma prática tão antiga quanto a própria Humanidade. Infelizmente, com frequência tem uma conotação negativa por parte dos avaliados. Trata-se de uma percepção de que o resultado da avaliação são ações punitivas e constrangimento dos que não alcançaram os resultados esperados. Outros acreditam que se trata de um conjunto de saberes extremamente complexos que apenas especialistas ou professores de faculdades podem entendê-los e aplicá-los (BRASIL, 2012e). E talvez por isso, o campo da avaliação da qualidade dos cuidados primários em saúde ainda possa ser considerado incipiente no Brasil (BRASIL, 2005a).

Avaliar é tão necessário quanto complexo. Requer investimentos. Trata-se além da necessidade de compatibilização de instrumentos, a necessidade de pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, entendendo que essa atividade é negociada entre diferentes atores do sistema de saúde. Ao desconsiderar essa premissa, torna-se inviável deflagrar qualquer ação comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança no sentido de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2005b). A avaliação de uma estratégia, como a ESF, requer a participação de diversas instituições e profissionais, por ter grande amplitude (BRASIL, 2010).

O reconhecimento do processo avaliativo como componente da gestão em saúde é demonstrado pela existência de múltiplas iniciativas voltadas para a sua implementação nas diversas dimensões do SUS. O propósito fundamental é dar suporte aos processos decisórios, subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos além de avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005b).

Há diferentes modos para avaliar a qualidade das ações, serviços e práticas de saúde objetivando desenvolver processos de melhoria de qualidade. Podem variar de acordo com os propósitos de promoção da qualidade a que se destinam, o objeto da melhoria da qualidade ou os mecanismos utilizados (BRASIL, 2005a).

A avaliação pode ser de duas naturezas, a saber: externa e interna. O que determina a natureza da avaliação é quem solicita, conduz ou valida. Entre as formas de avaliação de natureza externa tem-se a Acreditação, a Certificação e o Licenciamento. A Acreditação refere-se a medição da qualidade formal do trabalho desenvolvido, utilizando padrões definidos por uma comissão. Trata-se de um processo voluntário, periódico e sistemático e tem aplicabilidade no panorama nacional, regional ou local. A Certificação é um processo através do qual uma instância organizacional avalia e reconhece uma pessoa ou organização que atende a critérios previamente estabelecidos. Já o Licenciamento é o processo em que uma autoridade governamental outorga permissão para que possam ser prestados serviços de saúde, tanto em relação ao profissional, como em relação a uma organização de saúde. Apóia-se no cumprimento mínimo para a oferta de serviços. Tem um período de vigência determinado e, por isso, requer renovação contínua. Nesse tipo de avaliação, agentes externos propõem um resultado final, que pode ser expresso em pontuação, certificado ou licença. A avaliação interna busca a melhoria contínua da qualidade. São processos orientados à promoção da qualidade na atenção à saúde de forma sistemática e

contínua, com o propósito de atingir níveis de qualidade orientados pelo modelo de atenção, paralelamente as demandas sociais e avanços científicos (BRASIL, 2005a).

É importante avaliar as ações que estão sendo executadas e como estão sendo desenvolvidas pela equipe. Por exemplo, através da visão e grau de satisfação dos usuários, pois a medida de satisfação do usuário é uma avaliação pessoal dos cuidados e serviços de saúde que são dispensados. Isso implica um julgamento sobre a qualidade dos serviços ofertados como medida de otimização das ações (EMMI e BARROSO, 2008).

Ações na área da qualidade dos cuidados primários à saúde têm sido expandidas, especialmente considerando países da Europa e a Austrália. No Brasil, destacam-se iniciativas isoladas de algumas Secretarias Estaduais de Saúde objetivando a busca por critérios para a avaliação da qualidade para fins de criação de política de fins de incentivos financeiros, apoio e fortalecimento da ESF nos municípios (BRASIL, 2005a). Algumas iniciativas avaliativas na área da saúde serão comentadas a seguir.

O PMAQ procura contribuir para a superação dos entendimentos negativos distorcidos, a respeito dos processos avaliativos. Nele, a avaliação é situada como uma estratégia permanente para a tomada de decisão e ação central para a melhoria da qualidade das ações de saúde, considerada como principal atributo a ser alcançado pelo SUS (BRASIL, 2012e).

O *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) foi criado com base no modelo da qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian, em 1966. Nesse modelo são mensurados aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços. Para ser adaptada a realidade brasileira, cada versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores, processo de tradução, tradução reversa e validação, além da análise de confiabilidade. Tal instrumento permite, fazendo uso de entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde, a identificação de aspectos de estruturas e processos na busca da qualidade para o planejamento e para a execução das ações (BRASIL, 2010).

A Avaliação para Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família, por sua vez, utiliza a perspectiva interna de avaliação. Articula elementos da avaliação normativa e da melhoria contínua da qualidade, mostrando-se como uma metodologia de gestão interna dos serviços. Parte de critérios e padrões estabelecidos previamente e busca impulsionar processos de melhoria da qualidade oferecendo ao gestor um instrumento facilitador para alcançar os objetivos da ESF. No seu processo avaliativo inclui gestores, profissionais e demais atores envolvidos com a intervenção. (BRASIL, 2005a).

Há o interesse em acompanhar e avaliar as equipes. Entretanto, esse esforço acaba esbarrando no descompromisso de muitos cirurgiões-dentistas e/ou no atraso do envio desses dados, devido à grande quantidade de fichas que esses profissionais têm que preencher. A depender da disponibilidade e interesse dos profissionais das ESB no envio dos dados, torna-se, dessa forma, difícil e desgastante a tarefa de acompanhar e avaliar a saúde bucal. Em muitos municípios brasileiros, a ausência da rotina de monitoramento e avaliação das ações de saúde ainda é um problema sério a ser enfrentado pelos gestores (PIMENTEL et al, 2010).

2.3.2 Avaliação em Saúde Bucal

Autores trazem a avaliação em saúde bucal considerando a condição de saúde bucal do paciente, seja por meio da auto-avaliação (MARTINS, BARRETO e PORDEUS, 2009; MATOS e COSTA, 2006), pelo próprio paciente ou por processos em que a figura do dentista está inserida, considerando distintos grupos populacionais sejam eles idosos (SILVA e VALSECKI, 2000; REIS e MARCELO, 2006), professores (SANTOS, RODRIGUES e GARCIA, 2002), entre outros.

Colussi e Calvo, em 2011 desenvolveram um trabalho com o objetivo de apresentar o modelo desenvolvido para avaliar a qualidade da atenção básica em saúde bucal e testar a sua aplicabilidade em municípios catarinenses de diferentes portes. O modelo de avaliação aqui apresentado baseou-se no modelo de “Avaliação da Gestão da Atenção Básica”, desenvolvido a partir da referida parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde / Santa Catarina e Universidade Federal de Santa Catarina. O que suporta a matriz teórica é a concepção de que a atenção básica deve ser avaliada com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde nº8080/90. (BRASIL, 1988; 1990a)

Nesse estudo, participaram 207 municípios, obtendo-se uma taxa de resposta de 70,6%. Os municípios de pequeno porte (menos de 10 mil habitantes) corresponderam a 61% do total dos participantes, que mantiveram a proporcionalidade por porte populacional com relação ao estado. Alguns indicadores avaliados foram: desenvolvimento de hábitos saudáveis, acesso ao flúor, informação em saúde, saúde bucal no controle social, saúde bucal no conselho municipal de saúde, acesso ao dentista, alocação de recurso para a saúde bucal, atividades coletivas em saúde bucal, atuação multiprofissional, educação em saúde bucal, prevenção individual, tratamento conservador, acesso a informação sobre o câncer bucal,

saúde do trabalhador, atendimento preferencial e concentração de procedimentos por tratamento concluído (COLUSSI e CALVO, 2011).

Uma pesquisa metodológica, em 2008, objetivou desenvolver um modelo teórico para a avaliação da Atenção em Saúde Bucal. O critério eleito para o modelo de avaliação da Atenção em Saúde Bucal foi o de efetividade, definindo como a habilidade administrativa do gestor em tomar decisões voltadas à satisfação das necessidades e expectativas individuais quanto ao recebimento da atenção à saúde. O modelo desenvolvido contemplou duas dimensões avaliativas: Gestão da Saúde Bucal, relativa à esfera política e Provimento da Saúde Bucal, relativa à esfera técnica. Em cada dimensão foram dispostas subdimensões com os respectivos indicadores. O modelo foi submetido ao teste de aplicabilidade em 22 municípios catarinenses que compuseram a amostra. Os resultados revelaram deficiências nos sistemas de informação municipais e concluiu-se que o modelo desenvolvido é aplicável independente do porte populacional e das características do sistema municipal de saúde (NICKEL, 2008).

Souza e Roncalli, em 2007, realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a incorporação da saúde bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte. A base do estudo foi a análise de fatores capazes de interferir no processo de mudança dos modelos assistenciais em saúde bucal. Três dimensões foram avaliadas: o acesso, a organização do trabalho e as estratégias de programação, onde 19 municípios foram incluídos aleatoriamente, por sorteio. Os instrumentos de coleta foram a entrevista estruturada aplicada a gestores e dentistas, a observação estruturada e a pesquisa documental. Foi possível identificar precariedade nas relações de trabalho e dificuldades no referenciamento para média e alta complexidade, na intersectorialidade, no diagnóstico epidemiológico e na avaliação das ações. A maior parte dos municípios apresentou pouco ou nenhum avanço no modelo assistencial em saúde bucal. A conclusão do estudo foi que políticas públicas que contemplam aspectos além dos pertinentes ao setor saúde são decisivas para uma real mudança nos modelos assistenciais.

Tanto AMQ - ESF quanto o PMAQ apresentam itens referentes à saúde bucal. A AMQ - ESF, por exemplo, contempla o acompanhamento da saúde bucal de crianças até 5 anos, o selamento dos quatro primeiros molares é realizado em casos com indicação clínica, houve redução do índice cárie, perda e obturação (CPO-D) na população de 12 anos nos últimos 24 meses, 80% das gestantes assistidas pelo pré-natal estão em acompanhamento pela Saúde Bucal (SB), a população de mulheres e homens adultos está em acompanhamento sistemático pela SB, entre outros (BRASIL, 2005a). Enquanto na PMAQ há sete indicadores,

em que quatro estão classificados como de desempenho - média da ação coletiva de escovação dental supervisionada; cobertura de primeira consulta odontológica programática; cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante e razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas; e outros três de monitoramento - média de instalações de próteses dentárias; Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante e taxa de incidência de alterações da mucosa oral (BRASIL 2012e).

A atual conjuntura do sistema de saúde no Brasil dá ênfase e fortalece a importância da construção das redes de assistência à saúde. Nela a atenção primária é o centro dessa teia, é a ordenadora do cuidado e tem a Estratégia Saúde da Família como ferramenta para que os objetivos possam ser alcançados. A saúde bucal, inserida posteriormente na ESF tem ganhado notoriedade nos últimos anos. Fica evidente diante da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal que, por exemplo, trata do repasse de incentivos financeiros oriundos do MS aos municípios que desenvolvam as ações, bem como a crescente compreensão da saúde bucal como um importante componente da qualidade de vida das pessoas. Os processos supracitados devem ser acompanhados por rotinas avaliativas no sentido de propor sugestões, adequações, expansões, inversões entre outros. Embora os processos avaliativos ainda sejam incipientes, é preciso reforçar e fortalecer a dinâmica das avaliações nas instituições, como um processo rotineiro de aprimoramento, melhorando continuamente os serviços de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 Abordagem e tipologia do estudo

Refere-se a uma pesquisa qualitativa, em que há a preocupação com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Considera o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes o que corresponde a um espaço mais íntimo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis quantificáveis (MINAYO, 2001).

O estudo com abordagem qualitativa aproxima fundamentalmente e intimamente sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza. Tal abordagem se detém com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO, 1993).

Portanto, a abordagem qualitativa refere-se a estudos de significados, representações psíquicas e sociais, simbolizações e simbolismos, perspectivas e experiências de vida (NOGUEIRA-MARTINS e BOGUS, 2004; TURATO, 2003).

Por considerar o nível de intensidade das relações sociais, a abordagem qualitativa deve ser empregada apenas para a compreensão de fenômenos específicos e delimitáveis, mais em relação ao grau de complexidade interna do que pela sua expressão quantitativa. Alguns exemplos de estudos que se adéquam seriam: o estudo de um grupo de indivíduos acometidos por uma patologia, o estudo do desempenho de uma instituição, o estudo da configuração de um fenômeno ou processo. Não é viável, para compor grandes perfis populacionais ou indicadores macroeconômicos e sociais. É de extrema importância para acompanhar e aprofundar algum problema levantado por estudos quantitativos ou para abrir perspectivas e variáveis a serem posteriormente utilizadas em levantamentos estatísticos. O material de base da pesquisa qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos (MINAYO, 1993).

3.2 Localização do estudo

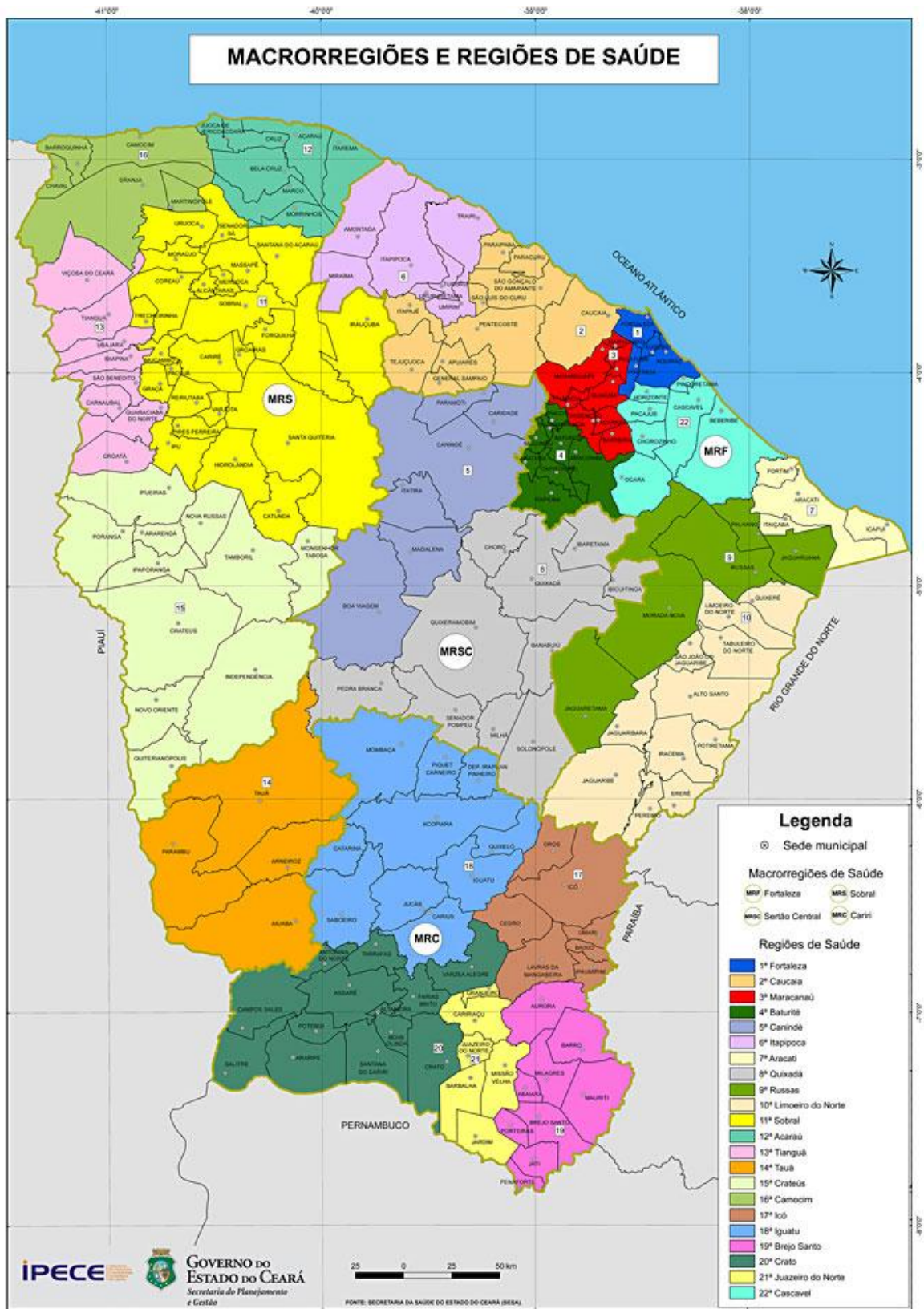
O presente estudo foi desenvolvido nos municípios da 6ª Coordenadoria Regional

de Saúde do Estado do Ceará (CRES) que é composta pelos seguintes municípios: Amontada, Itapipoca, Miraíma, Trairi, Tururu, Umirim e Uruburetama.

O estado do Ceará possui 8.547.750 milhões de habitantes, em 2010, distribuídos em 184 municípios, representando aproximadamente 15,9% da população do Nordeste e 4,5% da população do Brasil, em que cerca de 72,77% da população reside nas áreas urbanas. Há, no Estado, predominância do sexo feminino, em torno de 51,2% da população total e a faixa etária de 0 a 29 anos compreende 57% da população. A população economicamente ativa abrange 54,5% dos habitantes do estado (IPECE, 2010).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR), em 2006, dividiu o Ceará em três Macrorregiões (Fortaleza, Sobral e Cariri) e em 22 Microrregiões de Saúde, atualmente denominadas Coordenadoria Regional de Saúde. As macrorregiões são formadas por um conjunto de microrregiões que convergem para os pólos terciários de Fortaleza, Sobral e Cariri (CEARÁ, 2006). A partir de 2011, o Ceará foi dividido em quatro Macrorregiões, com redistribuição dos municípios para a composição da Macrorregião Sertão-Central, como pode ser observado na figura 6 (IPECE, 2013).

Figura 6 - Mapa da distribuição geográfica das Macrorregiões e Regiões de Saúde do Ceará, 2013.



Fonte: IPECE, 2013

As microrregionais de saúde do Ceará, por sua vez, são espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com vontade política para pactuarem na busca de soluções para problemas comuns, na área da saúde (CEARÁ, 2012).

Considerando a Coordenadoria Regional de Saúde de Itapipoca (6ª CRES), esta pertence a macrorregional de Fortaleza. É composta por sete municípios: Amontada, Itapipoca, Miraíma, Tururu, Umirim, Uruburetama e Trairi, totalizando 272.741 habitantes, em 2012, como pode ser visualizado na figura 7, em que o município de Itapipoca é o município-pólo (CEARÁ, 2012).

Figura 7 - Mapa da composição dos da 6ª Microrregião de Saúde do Estado do Ceará – Itapipoca.



Fonte: CEARÁ, 2013

Os municípios que compõem a 6^a CRES apresentam algumas características e particularidades que foram sintetizados no quadro a seguir:

Quadro 3 - Características dos municípios da 6^a CRES de acordo com população, distância da capital, área e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), 2012.

Município	População (hab) ¹	Distância da capital (km)	Área (km²)	IDH²
Amontada	39.232	117,534	1.179,031	0,616
Itapipoca	116.065	148,303	1.603,654	0,659
Miraíma	12.800	159,100	699,960	0,583
Trairi	51.422	94,146	925,711	0,632
Tururu	14.408	100,285	202,275	0,6
Umirim	18.802	89,598	316,816	0,578
Uruburetama	19.765	107,498	107,566	0,632

1. IBGE, 2010

2. Atlas de Desenvolvimento Humano / PNUD2000

Fonte: SESA, 2012

Amontada dispõe de 13 Estabelecimentos de Saúde. Entre a população residente, 20.356 habitantes são homens e 18.876 são mulheres. Em 2012, foram realizadas 10.175 matrículas no ensino fundamental e médio em escolas públicas e privadas. A maior parte da população é alfabetizada (26.334 habitantes). A religião prevalente é a católica, que possui 32.439 adeptos, seguida pela religião evangélica, com 5.260 pessoas. O rendimento nominal médio mensal dos domicílios na zona urbana é R\$ 1.035,80 (um mil, trinta e cinco reais e oitenta centavos) (IBGE, 2012).

Ao considerar Itapipoca, a sede da regional apresenta 42 estabelecimentos de saúde. Da população total, 58.243 são homens e 57.822 mulheres. Em relação às matrículas, foram realizadas 28.130 no ano de 2012, no ensino fundamental e médio nas escolas públicas e privadas. A maior parte da população é alfabetizada (81.900 habitantes). Da população total, 93.634 católicos, 16.586 evangélicos e 56 espíritas. A renda nominal média mensal de domicílios na zona urbana é R\$ 1.306,97 (um mil, trezentos e seis reais e noventa e sete centavos), a maior média de renda da região (IBGE, 2012).

O município Miraíma possui 08 estabelecimentos de saúde. A população prevalente é a masculina, com 6.607 habitantes. A feminina possui 6.193 habitantes. Houve 3.277 matrículas considerando escolas públicas e privadas, no ensino fundamental e médio em 2012. A maior parte da população é alfabetizada (8.113 pessoas). 11.445 pessoas são católicas, 1.028 são evangélicas e 6 são espíritas. A renda média nominal mensal de domicílios em zona urbana é R\$ 1.001,95 (um mil, um real e noventa e cinco centavos) (IBGE, 2012).

Trairi tem 16 estabelecimentos de saúde. Os homens totalizam 26.437 pessoas e as mulheres 24.985 pessoas. No ano de 2012 foram realizadas 12.094 matrículas na rede pública e privada no ensino fundamental e médio. A maior parte da população é alfabetizada (36.322 pessoas). A população católica possui 42.162 adeptos, a evangélica 7.773 e a espírita 47. A renda nominal média mensal por domicílio na zona urbana é R\$ 1.150,76 (um mil, cento e cinquenta reais e setenta e seis centavos) (IBGE, 2012).

Tururu possui 07 estabelecimentos de saúde. Do total da sua população, 7.473 são homens e 6.935 são mulheres. 3.804 matrículas foram realizadas em 2012 no ensino fundamental e médio, abrangendo tanto estabelecimentos de ensino público como privado. A maior parte da população é alfabetizada (9.677 habitantes). No que diz respeito a religiosidade, 12.222 são católicos, 1.871 são evangélicos e 9 são espíritas. A renda mensal nominal média de domicílio na zona urbana é R\$ 935, 50 (novecentos e trinta e cinco reais e cinquenta centavos) (IBGE, 2012).

Umirim abrange 08 estabelecimentos de saúde. Na sua população, 9.641 pessoas são homens e 9.161 são mulheres. Em relação às matrículas no ensino fundamental e médio, na rede pública e privada, foram realizadas 4.024 em 2012. A maior parte da população é alfabetizada (12.436 habitantes). No tocante a fé, 15.320 são católicos e 2.894 são evangélicos. A renda média nominal mensal em domicílios na zona urbana é R\$ 867,64 (oitocentos e sessenta e sete reais e sessenta e quatro centavos) (IBGE, 2012).

Por fim, Uruburetama agrega 17 estabelecimentos de saúde. Entre sua população, se tem 9.925 homens e 9840 mulheres. 5204 matrículas foram realizadas em 2012 no ensino fundamental e médio nas escolas públicas e privadas. A maior parte da população é alfabetizada (14.002 habitantes). 16.693 pessoas se consideram católicos, 2.749 são evangélicos e 8 são espíritas. A renda média nominal mensal em domicílios urbanos é R\$ 1.166,14 (um mil, cento e sessenta e seis reais e quatorze centavos), a segunda maior da região (IBGE, 2012).

Os sete municípios apresentam-se quase que de maneira equânime no que diz respeito às características supracitadas, com a exceção do município pólo, Itapipoca, que se destaca pelo porte populacional. É importante ressaltar que se trata de uma região que contempla sertão, praia e serra. A população se beneficia do turismo, da agricultura e dos serviços públicos, apesar da existência de algumas indústrias e comércio, inclusive o informal. Atualmente, o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca (que é composto pelos sete municípios da região) passou a disponibilizar, a partir de 2012, equipamentos de saúde para a população destes municípios: Centro de Especialidades Odontológicas e Policlínica. Estão em negociações outros equipamentos como veículo para transporte sanitário, tomógrafo, Unidade de Pronto-Atendimento e Centro de doenças renais, o que tende a melhorar a oferta de serviços, bem como maior comodidade pela proximidade.

3.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram os coordenadores municipais de saúde bucal, de seis municípios pertencentes a 6ª CRES: Amontada, Itapipoca, Miraíma, Trairi, Tururu e Uruburetama. O município de Umirim foi excluído pelo vínculo trabalhista que a pesquisadora tem com o mesmo. O cargo de coordenação de saúde bucal, em geral, é exercido por cirurgiões-dentistas, que desempenham função exclusiva na gestão ou associada a assistência. Porém, a função pode ser desenvolvida pelo coordenador da atenção básica, que pode compreender outras categorias profissionais. Nesse estudo todos os entrevistados foram cirurgiões-dentistas.

Os critérios de inclusão foram:

- a) ser coordenador municipal de saúde bucal ou coordenador municipal da Atenção Básica ou responsável pelo setor de saúde bucal;
- b) estar exercendo a função em período mínimo de três meses no ano de 2013.

3.3 Instrumento utilizado

Para esta pesquisa, a técnica utilizada foi a entrevista semiestruturada, visto que se objetiva o detalhamento de algumas questões avaliativas em saúde bucal. Para tal fim, elaborou-se um roteiro de entrevista, com o intuito de delimitar o volume de informações, com direcionamento maior para o tema de modo que os objetivos sejam alcançados (BONI e QUARESMA, 2005).

Foi utilizado um roteiro de entrevistas (Apêndice 1) adaptado do instrumento utilizado por Nickel (2008). Este instrumento teve como objetivo averiguar informações consonantes aos objetivos da pesquisa. As entrevistas se realizaram nos meses de novembro e dezembro de 2013 e a duração das mesmas variou de dez a vinte e cinco minutos.

Inicialmente informações gerais foram colhidas como: cargo, local e hora da entrevista. Na sequência, o agradecimento por participar da pesquisa. O primeiro aspecto a ser questionado foi o perfil do gestor, através de indagações a respeito de formação (curso, ano e instituição), cargos que já exerceu, tempo que está no cargo atual, tempo que está no município e tipo de vínculo.

Para responder ao primeiro objetivo específico, que trata do modelo da organização do processo de trabalho das ESB, foi questionado ao entrevistado como se dá essa organização em seu município, em que se baseia essa organização e se há experiências em outros municípios.

Em direção ao segundo objetivo específico, que trata da dimensão político-organizacional, considerando as subdimensões, as indagações foram a respeito da fluoretação das águas de abastecimento, representação da saúde bucal no Conselho Municipal de Saúde, Conferência Municipal de Saúde, bem como a existência de ouvidoria municipal, cobertura populacional da equipe de saúde bucal, regulamentação da profissão e interrupções no atendimento em decorrência da ausência de insumos, equipamentos ou profissionais.

Rumo ao último objetivo específico que se relaciona com a dimensão técnica, indagou-se ao entrevistado a respeito das atividades coletivas, tratamento conservador, diagnóstico de lesões de mucosa, saúde do trabalhador, atendimento domiciliar e pré-natal odontológico.

3.5 Coleta de dados

A entrevista permite acesso aos dados de difícil obtenção por meio de observação direta. Na entrevista, a relação que se estabelece entre pesquisador e pesquisado é de interação. A entrevista se constitui, portanto, em uma relação humana (NOGUEIRA-MARTINS e BOGUS, 2004).

Os estágios do trabalho de campo obedeceram às fases descritas por Patton (1990), a saber:

1. Entrada de campo – negociação sobre a natureza do trabalho com os entrevistados;
2. Rotinização do campo – é a fase da coleta propriamente dita, inclusive com o uso do

diário de campo, e

3. Encerramento do trabalho de campo – ao final da coleta, será fornecida uma devolutiva aos participantes.

O primeiro passo se deu por contato via telefone ou endereço eletrônico (e-mail), em que os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa. Em caso afirmativo, optaram por dia e horário (incluindo finais de semana, feriados, turno noturno e horário intermediário), dentro do intervalo proposto no cronograma, bem como o local de escolha para a realização da entrevista que deve ser de fácil acesso para o entrevistado, podendo ser no município em que trabalha ou na capital Fortaleza, no ambiente de trabalho ou no domicílio, de acordo com a conveniência do entrevistado, considerando a disponibilidade de tempo e o ambiente adequado, de modo a minimizar os transtornos ao cotidiano do entrevistado.

A seguir, realizou-se a entrevista sem interferências sonoras ou testemunhas. O emprego do gravador teve o intuito de guardar todos os relatos. Disponibilizou-se de um gravador digital, previamente testado, na realização de entrevistas para que fosse ampliado o poder de registro e captação de elementos de comunicação de extrema importância, pausas de reflexão, dúvidas ou entonação da voz, aprimorando a compreensão da narrativa (SCHRAIBER, 1995).

Autores como Patton (1990) e Rojas (1999) concordam com esta indicação, pois o gravador preserva o conteúdo original e aumenta a acurácia dos dados coletados, registra palavras, silêncios, vacilações e mudanças no tom de voz, além de permitir maior atenção ao entrevistado.

Juntamente com a gravação, foram registradas informações que não “ditas”, através de diário de campo, que é um registro da entrevista, do tempo. No diário de campo, poderiam ser escritas algumas notas de campo expandidas para auxiliar na análise dos dados (NOGUEIRA-MARTINS e BOGUS, 2004).

3.6 Análise da entrevista

A transcrição das entrevistas foi realizada pela própria pesquisadora. Inicialmente, foram ouvidas várias vezes cada gravação e transcrito tudo, inclusive pausas e mudanças de entonação de voz, além de sinalizadores de interrogação, silabação e outras variações ocorridas na entrevista (PRETTI; URBANO, 1988). Foram analisados, no material transcrito, não apenas a linguagem falada, mas os comportamentos não-verbais, como risos, choros,

diferenças na entonação da voz, gestos que foram registrados, dentre outros. As expressões e erros gramaticais foram eliminados na transcrição, para que não haja constrangimento do entrevistado, quando da devolutiva, caso necessária a apresentação do texto para apreciação (LAGE, 2001).

A seguir, deu-se a forma de tratamento dos dados através da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2008). Esta análise constitui-se de leitura detalhada de todo o material transcrito, seguida pela identificação de palavras e conjuntos de palavras que tenham sentido para a pesquisa, assim como a classificação em categorias ou temas que tenham semelhança quanto ao critério sintático ou semântico (OLIVEIRA, 2003). Para melhor sistematizar os dados das entrevistas, a pesquisadora obedeceu às seguintes fases abaixo elencadas (ALVES e DIAS da SILVA, 1992):

1. “Impregnação” dos dados, a partir de “leituras” da fala do sujeito ao longo das entrevistas, detendo-se numa análise mais imediata;
2. Anotações destas leituras, incluindo as relações percebidas, pontos críticos identificados;
3. Busca de compreensão dos dados;
4. Utilização de literatura sobre o tema para que possa extrair comentários, observações, constitui-se na “apreensão” do fenômeno, no contexto, e
5. Aprofundamento dos dados de forma gradual.

3.7 Considerações éticas

Para realização da pesquisa foram obedecidos e respeitados todos os aspectos éticos expressos na Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas com seres humanos e em conformidade com a norma do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) (BRASIL, 2012g).

Cabe esclarecer que o presente estudo é considerado uma investigação com riscos mínimos, uma vez que não realizou nenhuma intervenção que possa afetar de maneira intencional fisiológica, psicológica ou socialmente os participantes da pesquisa.

Em virtude de implicações legais, e a fim de manter os princípios éticos, as identidades dos sujeitos se configuram como sigilosas. Para garantir a autonomia dos sujeitos da pesquisa, estes, após terem sido esclarecidos da espontaneidade de sua adesão têm o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento, se assim for de sua vontade e julgamento. Os indivíduos foram informados dos objetivos e receberam o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (Apêndice 2). A utilização de seus depoimentos, conforme acordado, só está contemplada para trabalhos de caráter exclusivamente científico (livros, artigos para publicação em periódicos e relatórios de pesquisa) elaborados somente pela pesquisadora e orientador.

O projeto de investigação foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará após ter sido submetido para avaliação e teve parecer nº 454.624 (Anexo 1). Os princípios éticos fundamentais permaneceram priorizados em todas as etapas da investigação: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. À luz dos princípios éticos, a pesquisa integrará o ensino e serviços de saúde, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com intuito de reorientação do modelo de atenção e assistência em saúde bucal, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2008a). As mudanças ocorridas, proporcionadas por esta política, fizeram surgir a necessidade de gestores qualificados para atuar no ordenamento das ações nos municípios, aptos a intervir no sentido de planejar, desenvolver e avaliar as ações, buscando responder às necessidades da população (PAEGLE; SOUZA; OLIVEIRA, 2012).

Além disso, são crescentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e no que diz respeito aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações (COLUSSI e CALVO, 2011).

É mister apontar que deve-se levar em consideração as características municipais no tocante à análise do modelo de atenção em saúde bucal implantado (LESSA; VETTORE, 2010).

4.1 Perfil do gestor

Os Coordenadores de Saúde Bucal tem um papel importante e estratégico na reorganização do modelo de assistência em saúde bucal, visto que as realidades social, cultural e econômica devem ser compreendidas para o direcionamento das ações com vistas à melhoria da qualidade de vida da população (MARTELLI et al. 2008). Em 2000, com o incentivo à inserção do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família (ESF), novas demandas foram geradas nas secretarias de saúde, como a necessidade de equipes de técnicos direcionados à gestão dessas ações (BRASIL, 2000a).

Apoiado na importância da Coordenação de Saúde Bucal, foi verificado que não havia em todos os municípios o coordenador de saúde bucal, quer no organograma da instituição, formalizado através de Portaria, quer como apoio matricial aos demais profissionais da saúde bucal. Em alguns municípios havia representações, diante da necessidade, por conta de uma especificidade da área, como em processos licitatórios e solicitação de material odontológico. Lessa e Vetore (2010), em sua pesquisa apontaram que a maior parte dos entrevistados disse não haver responsável formal e que o assessor técnico em

saúde bucal estava subordinado à coordenação de Atenção Básica. Mesmo assim, é de fundamental importância para a compreensão do que será abordado adiante, expor aspectos referentes ao gestor da saúde bucal, como sexo, formação, tempo e experiências profissionais. Em estudo recente, no Estado de Pernambuco, a existência de cargo de coordenador de saúde bucal era presente em 77,6% dos municípios e quanto à gratificação para este cargo, este percentual reduzia para 46,3% (PAEGLE; SOUZA; OLIVEIRA, 2012).

Entre os seis entrevistados, quatro eram do sexo masculino, apenas um apresentava uma segunda graduação, além da Odontologia – bacharel em Direito. No que diz respeito à instituição e ano de formação, houve a predominância da instituição privada, e um dos coordenadores foi formado em instituição fora do Ceará. Três dos entrevistados relatou formação há menos de cinco anos, um com formação entre cinco e dez anos e dois acima de dez anos. Paegle, Souza e Oliveira (2012) em sua pesquisa apontou um predomínio de 61,2% para o sexo feminino, no que diz respeito à formação acadêmica, 34,3% concluíram a graduação em Odontologia e 47,8% concluíram este curso entre um e dez anos.

Três profissionais concluíram curso de pós-graduação e um está em fase de conclusão. Dentre as áreas de especialização apontadas incluem àquelas voltadas para Clínica Odontológica como Periodontia, Ortodontia, Endodontia, Radiologia, e áreas voltadas para a Saúde Pública como Saúde da Família, Gestão dos Serviços Públicos de Saúde e Auditoria em Saúde. Em estudo de Lessa e Vetore (2010), todos os coordenadores apresentaram especialização em saúde pública ou áreas correlatas. Em estudo de 2012, foi constatado que 79,1% dos coordenadores não possuíam curso de gestão em saúde (PAEGLE; SOUZA; OLIVEIRA, 2012). Em estudo de Martelli et al (2008), apenas um município apresentou coordenador com qualificação estruturada, que se refere à pós-graduação na área de Saúde Pública. A ausência de qualificação baseada nas premissas do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstra a falta de preparo do profissional para uma atuação coerente com a ESF. Para marcar o início de um redirecionamento nas práticas em saúde bucal, é necessário que a motivação dos profissionais tenha uma prioridade: o investimento e estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas (MARTELLI et al, 2008).

Em relação ao tempo em que desempenham suas funções e tipo de vínculo no município observou-se extremos. Há profissional que está no município há nove anos em contraponto ao que está há seis meses. Esta mesma observação permanece quando se trata da

função de gestor da saúde bucal, pois há coordenador que desempenha a função há oito anos e quem a exerça há cinco meses.

A forma de vínculo empregatício citada pelos profissionais entrevistados é através de concurso público ou de contrato temporário por prazo determinado.

A aprovação em concurso público é a regra de ingresso na administração pública. Isso porque oportuniza tanto ao profissional como a instituição o vínculo, o que é fundamental quando se trata da ESF. Isso de certa maneira, motiva os gestores a realizarem concursos públicos para os mais diversos cargos (BRASIL, 1988).

Entretanto, a contratação temporária é uma excepcionalidade de vínculo com a administração pública, e sua gênese está consubstanciada no Art. 37 da Constituição Federal, que estabelece os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público. O contratado temporário nada mais é do que um servidor público em sentido amplo, aplicando-se, em determinadas situações, os regramentos do servidor público efetivo. Diante da autonomia administrativa do município compete ao mesmo a edição de lei local estabelecendo as condições, critérios e regramentos para a contratação temporária (COSEMSMG, 2006).

Apesar do entendimento acerca do que foi explicitado anteriormente, no que diz respeito ao vínculo de trabalho, lamentavelmente metade dos entrevistados relatou não ser concursado.

Especialmente ao considerar que a coleta das informações foi feita após as eleições municipais, no qual muitas alterações ocorrem e são mais notáveis nos vínculos mais frágeis de trabalho, ficou evidente a variação temporal percebida nos relatos dos entrevistados. Isso também reflete na legalidade do cargo, incluindo portaria de nomeação, gratificação e diárias, por exemplo. Essa constatação é subsidiada pela existência de uma legislação que restringe a contratação de profissionais no período eleitoral. Trata-se da Lei nº 9.504/1997, que proíbe os agentes públicos de nomear, contratar ou, de qualquer forma, admitir pessoas dos três meses que antecedem a eleição até a posse dos eleitos, sob pena de nulidade (BRASIL, 1997). Além disso, um estudo apresentou que entre os fatores dificultadores mais apontados, um deles foi o fator político, compreendido como influência partidária em decisões relativas à ESF, em diversas situações relacionadas ao trabalho tais como admissões e demissões de pessoal (BARBOSA e AGUIAR, 2008). A falta de remuneração para o cargo desta gestão em alguns municípios confirma-se na precarização do vínculo na contratação destes profissionais (PAEGLE; SOUZA; OLIVEIRA, 2012).

“Até ano passado havia portaria de nomeação, recebia gratificação. Mas na atual gestão ainda não há portaria, nem gratificação.” (Entr. 1).

“Tem portaria, mas só para os concursados.” (Entr. 3).

“(…) com a coordenação é cargo de confiança né?” (Entr. 6).

Espera-se que o coordenador de saúde bucal domine a técnica, relativa à Odontologia em si, contemple a saúde pública, respeite os princípios do SUS e considere questões referentes à gestão pública, daí ser um cargo técnico. Porém, em alguns municípios trata-se de um cargo comissionado, como observado em Senhor do Bonfim, na Bahia, por meio da Lei Municipal nº 1.206/2011.

Nenhum coordenador entrevistado relatou experiência gerencial prévia, além de apenas um dos entrevistados ter relatado pós-graduação em saúde pública. Porém, todos relataram exercer atividade anterior e, algumas simultâneas, como cirurgião-dentista assistencialista quer no serviço público e privado, quer na atenção primária e especializada e quer no âmbito militar. Para que o profissional atinja a posição de gestor dos serviços de saúde, seria ideal a existência de um sistema de avaliação por competências e deveria ser implantada a certificação de formação profissional meritória, considerando cursos específicos (ANDRÉ e CIAMPONE, 2007).

De acordo com estudo de Paegle, Souza e Oliveira (2012), as ações realizadas pelos coordenadores dos serviços de saúde bucal, atuantes na ESF, necessitam ser constantemente avaliadas, uma vez que estes gestores são condutores do processo de melhoria das atividades ofertadas à população. É evidente a importância de se investir continuamente no fortalecimento da Atenção Básica, através de capacitações e atividades de educação permanente, a partir da gestão das equipes, visto a compreensão de exercerem uma interação multiprofissional, que permite atuarem juntos e de maneira eficaz.

4.2 Organização do processo de trabalho

É fundamental conhecer os processos de trabalho das equipes de saúde bucal, a fim de oportunizar a reflexão acerca deste tema e qualificar os mesmos. Os processos de trabalho sofreram adequações ao longo da inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, de modo que atualmente algumas prerrogativas são esperadas, como a conversão do modelo tradicional, centrado na doença, com enfoque curativo, para um modelo mais

abrangente, centrado na família, voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos (PAVONI e MEDEIROS, 2009).

Esse aspecto pode ser observado quando os entrevistados foram questionados a respeito do processo de trabalho, considerando principalmente a rotina, a organização da demanda. Esta se trata de um dos principais problemas dos serviços de saúde bucal, que deve ser enfrentado e discutido entre usuários e trabalhadores de saúde (BRASIL, 2008a).

Em estudo realizado em municípios de Pernambuco, os autores observaram que as equipes reservaram um ou mais turnos da semana para atendimento aos grupos prioritários (82,3%). A marcação por demanda espontânea, método tradicional de marcação das unidades básicas de saúde, mostrou-se mais frequente nos municípios de pequeno porte, quando comparados aos de grande porte (PIMENTEL et al, 2012).

Corroborando com os achados de Krug et al (2010) em seu estudo, dos seis entrevistados, quatro relataram apresentar as duas formas de atendimento à demanda: a demanda programada ou agendada e demanda espontânea.

“Lá tanto tem demanda programada, como demanda espontânea. Tem as duas formas.” (Entr. 1).

Os demais entrevistados relataram deixar os cirurgiões-dentistas à vontade para organizar a sua demanda, apesar de orientar a respeito do atendimento aos grupos prioritários, porém o que se exige, de fato, é a produção.

“Cada dentista organiza o seu atendimento, eu só cobro a produção, mas a gente sempre orienta pra fazer o grupo prioritário.” (Entr. 4).

“Eu cobro a produção, a forma como eles atendem depende deles.” (Entr. 5).

Porém, é importante ressaltar a importância do acompanhamento das equipes pelo coordenador de saúde bucal, que dentre muitas responsabilidades uma delas é a de organizar o modelo de atenção à saúde bucal do município e orientar as equipes quanto às suas responsabilidades e ao cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS na ESF (PIMENTEL et al, 2012).

Entre os que apresentam demanda programa/agendada, os relatos foram distintos. Um deles apontou a demanda programada objetivando conclusão do tratamento, de modo ilimitado, porém condicionado a assiduidade do paciente. Outro, realizando triagem prévia, também sem apresentar limite para retornos. Um entrevistado relatou fazer uso do agente

comunitário de saúde como intermediário no processo de agendamento. A baixa cobertura foi referida por um dos entrevistados como fator restritivo a organização da demanda.

Os relatos apresentados mostram a atual tendência de reorganização do modelo assistencial, porém são requeridas habilidades de adaptação dos serviços decorrentes das especificidades locais. Não há um modelo a seguir. Diante da realidade vivenciada e do diálogo com usuários, que são o foco das ações, é fundamental definir a estratégia que possa atender às expectativas de todos.

Outro questionamento realizado aos entrevistados foi a respeito da experiência em outros municípios, como fundamentação para a organização do processo de trabalho explicitado anteriormente.

Um dos entrevistados, em reuniões com outros profissionais da saúde, observou que a maior parte dos colegas tenta seguir a lógica que prioriza o agendamento em detrimento à demanda espontânea. Porém o agendamento se dá de formas distintas: ora realizado por micro-áreas, considerando o Agente Comunitário de Saúde como intermediário, ora a necessidade apontada pelo usuário na recepção da unidade.

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o agendamento é um item importante na reordenação da atenção odontológica. O agendamento objetiva substituir práticas centradas em procedimentos cirúrgicos, restauradores e mutiladores por rotinas que considerem o indivíduo como um ser integral, desenhando uma evolução no atendimento quando comparado àquele por livre demanda (BRASIL, 2004).

Em relação ao levantamento epidemiológico de necessidades, houve uma tentativa de realizá-lo, porém frustrada, em decorrência da demora do andamento da fila de espera. Outro relato descreveu algumas experiências prévias de tentativa de organização da demanda: fila por ordem de chegada com limite de atendimentos, o que ocasionou situações desagradáveis como usuários dormindo na porta da unidade e venda de local na fila; abertura de agenda, que proporcionava também, a referida fila, embora virtual.

Dois entrevistados disseram já ter encontrado tal organização dos processos de trabalho. Porém um destes relatou a realização de adaptações na organização que encontrou no município: diferenciou datas por localidades e implantou o cartão de retorno.

“Era desse jeito, o que eu fiz foi colocar por localidade, porque eu acho mais organizado e coloquei o cartãozinho, fiz o cartão do município.” (Ent.2).

Entre as dificuldades foi relatada a inserção tardia do dentista na Estratégia Saúde da Família e uma demanda reprimida extensa. Atualmente, o tempo médio de espera pelo atendimento agendado é de dois meses.

Outra dificuldade apontada na organização do processo de trabalho foi a baixa cobertura das equipes de saúde bucal, como será discutido posteriormente.

“E a dificuldade lá é grande por conta de nunca ter cobertura de todas as equipes.”
(Entr. 1).

A organização do atendimento pode ser vista de distintas maneiras na literatura. Pode ser organizada por faixa etária (criança, adolescente, adulto, idoso), por grupos prioritários (gestantes, hipertensos, diabéticos) e por risco (mães analfabetas, baixo nível socioeconômico). Além dessas formas de organização, também foram incluídas a demanda programada, que é determinada por meio do cadastramento familiar ou pelo levantamento epidemiológico; marcação por micro-área, realizada pelos ACS; agenda aberta, em que todos os usuários que comparecem à unidade, a qualquer horário do dia, são agendados para atendimento, quando houver vaga; e demanda espontânea, quando os usuários comparecem ao serviço à procura de atendimento, diariamente ou semanalmente, e competem por um número de fichas ou vagas para atendimento no período. A demanda espontânea ocasiona a formação de filas, por vezes, em horários inoportunos (madrugada), de usuários em busca da consulta odontológica (PIMENTEL et al, 2012).

Em 2004, o Ministério da Saúde instigou o desenvolvimento de ações que contemplassem as linhas do cuidado, como: da criança, do adolescente, do adulto, do idoso e o desenvolvimento de ações complementares voltadas para as condições especiais de vida como saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras. Porém, para que a organização do serviço alcance o sucesso almejado é preciso que haja o envolvimento da equipe com a comunidade, informando-a e orientando-a a respeito do acesso no sistema (BRASIL, 2004).

4.3 Dimensão político-organizacional

4.3.1 Subdimensão intersetorialidade

De acordo com o glossário da Rede HumanizaSUS, intersetorialidade é a integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular

políticas e programas de interesse para a saúde. De tal modo que os recursos, sejam eles, financeiros, tecnológicos, materiais e humanos possam ser potencializados (BRASIL, 2014).

No tocante a saúde bucal, uma importante ação intersetorial que merece destaque é a fluoretação das águas de abastecimento público (FAAP). A FAAP – método que consiste na adição controlada de um composto de flúor nas águas de abastecimento, se respeitados os padrões, é reconhecida como um importante fator para o declínio da prevalência da cárie dentária (SANTOS e SANTOS, 2011).

Devido à importância da temática, foi inquirida a existência de FAAP nos municípios. A realidade da maior parte dos municípios do interior do estado é o abastecimento de água pela Companhia de Água e Esgoto do Ceará (CAGECE) e Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE). Nos municípios em questão, apenas o Município de Amontada recebe abastecimento de água pelo SAAE, os demais são abastecidos pela CAGECE (ANA, 2013). Da mesma forma, o acesso ao flúor por meio das águas de abastecimento público é heterogêneo, de modo que a sede dos municípios, em sua maioria é contemplada em detrimento dos distritos. Considerando a fluoretação, as informações são imprecisas, neste questionamento as respostas foram variadas. Apenas dois entrevistados afirmaram a existência de FAAP nos municípios em que desempenham as suas funções. Dentre os que afirmaram haver FAAP, um não tinha dados a respeito e o outro relatou que a água era proveniente de poço. Desse modo, a informação dada pode não ser fidedigna, e assim, compromete as ações dependentes da FAAP.

“Eu não sei, essa informação eu não sei.” (Entr. 3).

“Eu sei que tem, mas eu não sei te informar como foi feito o processo, foi feito em gestões passadas, mas tem fluoretação de águas.” (Entr. 4).

“Lá é CAGECE. Mas eu não sei lhe informar se tem ou se não.” (Ent. 5).

Em um destes municípios há expectativa de início da FAAP em contraponto a outro que sofre com a estiagem.

“Nós não temos é água. O nosso abastecimento no momento é feito através de pipa. Então a pipa vem e deixa água numas cisternas de anéis que foram feitas agora recente e a população pega ali...” (Entr. 6).

A estiagem é um fenômeno recorrente do clima semi-árido que acomete o Nordeste Brasileiro. Trata-se de um período em que os índices pluviométricos ficam abaixo do esperado, o que compromete inicialmente a disponibilidade de água e, por conseguinte, a agricultura, a pecuária e demais atividades que dependem destes. É diretamente dependente

de diversos fatores como as precipitações baixas, irregulares tanto no tempo como no espaço e concentradas em poucos meses do ano. A consequência principal é um desequilíbrio entre a oferta e a demanda por recursos hídricos durante um período de tempo (MAIA; RODRIGUES; SOUZA, 2013).

No Brasil, a fluoretação das águas de abastecimento iniciou-se em 1953 no município de Baixo Guandu, no estado do Espírito Santo. A fluoretação das águas de abastecimento público é obrigatória no Brasil desde 1974, conforme a Lei Federal 6.050. Os padrões para a operacionalização da FAAP, contemplando os limites recomendados para a concentração do fluoreto, em relação a média das temperaturas máximas diárias, foram definidos em 1975, através da Portaria nº 635 e posteriormente em 1990, pela Portaria nº 36. Essa variação da concentração do fluoreto se relaciona diretamente com o consumo humano da água e as taxas de evaporação. A cobertura da fluoretação das águas vem aumentando e atinge cerca de metade da população do País na primeira década do século XXI. (FRAZÃO; PERES; CURY, 2011).

4.3.2 Subdimensão participação popular

A participação popular é uma importante ferramenta para a consolidação do Sistema Único de Saúde. Dentre as ferramentas que representam a participação popular ou o controle social, uma delas são os Conselhos de Saúde. Diante da insuficiência dos mecanismos de representação social, na garantia do exercício da democracia e os interesses dos cidadãos, estes foram criados. Na Constituição Federativa de 1988 foram previstas instâncias deliberativas na organização e funcionamento das políticas públicas, conhecidas por Conselhos e Conferências de Saúde. Os mesmos devem ser constituídos por usuários, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde, grupos populacionais que antes não tinham acesso às decisões governamentais (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

O SUS teve início com a reforma sanitária, representada por movimentos populares. Assim, a participação popular é uma condição *sine qua non* para a efetivação das políticas públicas em saúde. Uma maneira de aproximar a população dos serviços de saúde é através do Conselho Municipal de Saúde, que obrigatoriamente precisa ter representação da população, e através das ouvidorias, que são canais democráticos de comunicação, para receber manifestações dos cidadãos, sejam elas reclamações, denúncias, sugestões, elogios e

solicitações. As ouvidorias fortalecem o SUS e a defesa do direito à saúde da população, pois incentivam a participação popular e a inclusão do cidadão no controle social (BRASIL, 2009).

O Brasil, mesmo com as marcas evidentes das grandes desigualdades sociais, tem passado por importantes avanços em sua história, principalmente quando se trata do setor saúde. Na década de 1980, por força de ampla e diversificada mobilização social, atravessou um longo período de ditadura militar para a constituição de uma democracia. Esse percurso findou com a Constituição Federal de 1988 que consagrou e assegurou a democracia com a participação da sociedade civil no controle e na gestão de políticas públicas, denominado controle social. Por meio da participação popular nos espaços dos Conselhos, das Conferências e das audiências públicas, que além de oportunizar que o povo desempenhe seu poder indiretamente, mediante representantes eleitos, permite que este exerça seu poder diretamente, através de plebiscitos, referendos e projetos/ações de iniciativa popular (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Para contemplar essa subdimensão, os entrevistados foram arguidos a respeito da representatividade da saúde bucal nos Conselhos Municipais de Saúde, deliberações específicas na última Conferência Municipal de Saúde e a implantação da ouvidoria no município.

A respeito dos Conselhos Municipais de Saúde, um dos entrevistados tem representação no Conselho Municipal. Trata-se dele próprio, está no segundo mandato, sendo titular nos dois pleitos, além disso, desempenha a função de secretária geral do fórum de conselheiros da 6ª CRES. Outro entrevistado afirmou haver representação, apesar de não saber especificar o profissional atuante e outro entrevistado disse não haver representatividade da saúde bucal. Para dois entrevistados a informação não é clara ou precisa, pensam que há, que é um cirurgião-dentista, mas não tem certeza. E houve um entrevistado que relatou não saber essa informação.

“Sei não.” (Entr.2).

“Acho que é dentista, eu não sei bem porque eu entrei agora, mas acho que é dentista.”(Entr. 4).

“É o seguinte, eu não sei se continua, ela fazia parte mas não sei se ela continua.” (Entr. 6).

A Lei 8.142, de 1990, traz as competências dos Conselhos de Saúde: O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de

estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990b).

Além disso, de acordo com a legislação vigente, na composição dos conselhos, o princípio da paridade deve ser respeitado. Dessa forma, 50% das vagas ocupadas por representantes dos usuários e os outros 50% de vagas divididas da seguinte forma: 25% para entidades dos trabalhadores de saúde e, 25% para representantes de governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2003). Os membros podem ingressar no conselho por meio de eleição entre os seus pares, convocação por serem os presidentes das entidades que representam e indicação, seja ela pela diretoria da instituição, pelo titular, pelo prefeito e pela Secretaria Municipal de Saúde (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010).

Diante do exposto, fica evidente que os conselhos de saúde nada mais são do que uma estratégia para garantir a democracia no SUS. Porém, é preciso desenvolver estratégias nesses espaços para que a participação da sociedade civil seja efetiva na tomada de decisão em saúde (MARTINS, 2007).

Ainda há o regimento interno de cada conselho de saúde que determina entre outras coisas: o Secretário Municipal de Saúde ser membro nato, além de responsável pela presidência do órgão ou a elegibilidade desse cargo, bem como o período de mandato, além da possibilidade de reeleição (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010).

Segundo Fleury e Lobato (2009), os conselhos municipais e conferências foram adotados por diversas áreas sociais e estão, hoje, consolidados como mecanismos de democracia participativa.

Outra importante ferramenta são as Conferências de Saúde. Estas se tornaram grandiosos processos na consolidação da participação social no ciclo de políticas públicas no Brasil. A convocação das conferências pode ser através de lei, decreto, portaria ministerial ou interministerial ou ainda por resolução do respectivo conselho. Ao regulamentá-la, os órgãos responsáveis pela convocação e realização das conferências optam e detalham os temas, os objetivos, estabelecem as comissões organizadoras, definem os cronogramas e os regulamentos para implantação das reuniões e para as eleições de delegados. Dessa forma, as conferências constituem espaços de participação, representação e de deliberação que requerem esforços distintos, de mobilização social, de representação política e de diálogo em torno da definição de uma determinada agenda de política pública (FARIA et al, 2012).

A pesquisadora inquiriu os entrevistados a respeito de deliberação na última Conferência Municipal de Saúde, referente à saúde bucal. Apenas um entrevistado mencionou o que foi abordado na última Conferência Municipal de Saúde a respeito da saúde bucal, que apontou questões relacionadas a estrutura e contratação de profissionais. E outro justificou pouco tempo de exercício no cargo para poder dar tal informação.

“... uma das deliberações foi exatamente a questão da estruturação de unidades de saúde que foi muito batido isso e a contratação de dentistas também.” (Entr. 1).

A legitimidade das Conferências depende da capacidade de transformar a dinâmica participativa, representativa e deliberativa ora analisada em leis ou políticas públicas efetivas (FARIA et al, 2012).

O ouvidor é um profissional que se coloca como mediador entre a população e as administrações públicas. Em 1986 surgiu a primeira ouvidoria pública: a Ouvidoria Municipal de Curitiba. No âmbito estadual, o Paraná foi a primeira UF a instituir a sua, em 1991. A Lei Federal nº 8.490, de 19 de novembro de 1992, instituiu a Ouvidoria Geral da República. Com relativa rapidez, as ouvidorias começaram, então, a se propagar pelo país. No Estado de São Paulo, a Lei nº 10.294, de 1999 (a Lei de Defesa do Usuário de Serviços Públicos do Estado de São Paulo) (SÃO PAULO, 1999a), que tornou obrigatória a presença da ouvidoria nas Secretarias de Estado, e o Decreto nº 44.074, de 1º de julho de 1999, que estabeleceu a competência dos ouvidores. Um importante aspecto deste decreto é o artigo 1º que destaca que o ouvidor deve “facilitar ao máximo o acesso do usuário do serviço à ouvidoria, simplificando seus procedimentos” e “atuar na prevenção e solução de conflitos (PEIXOTO; MARSIGLIA; MORRONE, 2013).

As ouvidorias nada mais são do que canais democráticos de comunicação designados a receber manifestações dos cidadãos. Essas manifestações podem ser reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitação de informações. É função da ouvidoria realizar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda e a devolutiva ao cidadão, objetivando a resolução adequada, de acordo com o que determina o SUS (BRASIL, 2009).

Quando arguidos a respeito da implantação das ouvidorias do SUS no município, apenas um dos entrevistados relatou a existência da mesma, e outro compreendendo que se tratava das caixas de sugestão, relatou estar em processo de implantação. Para o entrevistado que apresentou resposta afirmativa para a implantação da ouvidoria, questionou-se a relação com a saúde bucal. O entrevistado afirmou que a saúde bucal apresenta os recordes de

manifestações, do tipo solicitações de atendimento, de agendamento. Uma preocupação apontada pelo mesmo é que os usuários estão vendo a ouvidoria como um meio de marcação.

“Infelizmente acho que a saúde bucal é um dos recordes de manifestações e a maioria é do tipo solicitação. É sempre uma solicitação de atendimento, uma solicitação de um agendamento (...). Os pacientes estão vendo a ouvidoria como um meio de marcação.” (Entr. 1).

De acordo com o estudo de Peixoto, Marsiglia e Morrone (2013) a visão do usuário, no que concerne à ouvidoria, é incorreta. Isso porque o usuário acredita que o setor tem poder deliberativo ou uma influência maior sobre as decisões dos serviços prestados do que na realidade possui. O que se observou foi que quando possível a ouvidoria resolve a manifestação do usuário informalmente, anotando a procura da ouvidoria, mas evitando a instauração de processos, assim desburocratizando e acelerando a resolução do problema por fim satisfazendo o usuário, porém quando o inverso ocorre costuma levar à insatisfação e à desconfiança da efetividade do setor e dos que dele fazem parte.

A décima terceira Conferência Nacional de Saúde e do Pacto pela Saúde (2006) recomendam que as Ouvidorias Públicas de Saúde se constituam em um espaço que tenha como objetivo central de todo o processo o cidadão. Porém, caso o objetivo não seja esse em alguma instituição, estará esta fadada a ser apenas uma central de chamadas do executivo, sem exercer seu papel de transformação dos serviços a partir do olhar de quem os usa (FORTES, 2008).

A Ouvidoria Geral do SUS pertence à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, vinculada ao Ministério da Saúde, e foi criada pelo Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. É importante ressaltar que a ouvidoria não possui poderes deliberativos. O Ouvidor pode opinar, sugerir, mediar, instruir, mas não tem capacidade decisória. As ouvidorias auxiliam o processo de construção da cidadania. Seu objetivo primordial é “ouvir” a manifestação acerca dos serviços prestados, intervindo na relação entre a administração pública e o usuário. O conhecimento da opinião dos usuários no que diz respeito aos serviços prestados é importante instrumento para subsidiar o planejamento e a tomada de decisões (PEIXOTO; MARSIGLIA; MORRONE, 2013).

4.3.3 Saúde bucal na atenção primária dos municípios

Os entrevistados também foram questionados a respeito dos serviços de saúde bucal na atenção primária implantados no município: cobertura populacional de equipes de

saúde bucal, tipo de modalidade (Modalidade 1, composta por cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal e Modalidade 2, que apresenta cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal) e se estavam completas no momento da entrevista (BRASIL, 2011c).

As diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal, como proposição do Ministério da Saúde e sua efetivação por meio do Brasil Sorridente, tem, na Atenção Básica, um de seus mais imprescindíveis apoios. Organizar as ações da Atenção Básica é o principal desafio a que se lança o Brasil Sorridente. A sua consecução representará a possibilidade de mudança do modelo assistencial no campo da saúde bucal (BRASIL, 2008a).

A institucionalização da ESF foi aferida pelo indicador de cobertura da ESF. Esta cobertura é importante para caracterizar a institucionalização do programa, uma vez que altas taxas podem interferir de forma mais profunda na organização do sistema municipal e aumentar o apoio social ao programa, reduzindo as possibilidades de sua reversão. A mesma lógica é válida para as ESB. (MACHADO et al, 2008).

O indicador é dado por meio de uma razão entre o número de equipes e a população, multiplicado por cem. O ideal é o valor de 100%, que representa que toda a população de determina área adscrita está sob cobertura da ESF.

É recomendação do Ministério da Saúde que os profissionais de Saúde Bucal estejam vinculados a uma ESF. Que conjuntamente compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe, assumindo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes (BRASIL, 2011c).

Em relação à cobertura de equipes de saúde bucal, os relatos dos entrevistados apresentaram dados percentuais de 17, 33, 35, 60, 100 e um não soube informar o valor de cobertura ou número de habitantes no município, apenas o quantitativo de equipes de saúde bucal, no caso, três.

Em relação a modalidade das equipes apenas um dos entrevistados afirmou ter duas equipes modalidade 2, os demais possuem equipes modalidade 1.

Tal fato é lamentável, pois por meio da Portaria nº 978, de 2012, do Ministério da Saúde, as ESB Modalidade 1 recebem por transferência fundo a fundo, no Bloco da Atenção Básica R\$ 2.230,00 (dois mil duzentos e trinta reais) a cada mês, por equipe cadastrada e as ESB Modalidade 2 recebem da mesma maneira citada anteriormente R\$ 2.980,00 (dois mil novecentos e oitenta reais) a cada mês, por equipe cadastrada. Além disso, os municípios que implantam equipes Modalidade 2, recebem do Ministério da Saúde um consultório

odontológico completo, visando apoiar atividades desenvolvidas pelos técnicos em saúde bucal (BRASIL, 2007a). Isso sem levar em conta a dinâmica do processo de trabalho implementada nas ESB modalidade II que pode otimizar os recursos.

Quando questionados se as equipes estavam completas, três entrevistados responderam sim, e os outros três responderam não. É válido salientar que essas respostas se basearam na presença do profissional de nível superior, no caso o cirurgião-dentista, independentemente do cumprimento da sua jornada de trabalho.

4.3.4 Subdimensão recursos humanos

Outra subdimensão abordada foi a de recursos humanos. Como citado anteriormente, as equipes de saúde bucal são compostas por cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e podem ter ainda, o técnico de saúde bucal. Geralmente o que se observa são profissionais de nível médio oriundos do próprio município (isso sem considerar a formação específica e regularidade do exercício profissional a ser abordado posteriormente) e de nível superior provenientes da capital, salvo algumas exceções. Além disso, o vínculo trabalhista é um aspecto que compromete a fixação do profissional no município.

Há ainda hoje um processo crescente de expansão do mercado odontológico no setor público com a inclusão da saúde bucal na ESF, acompanhando o dinamismo positivo do mercado de trabalho em saúde (SANTOS-NETO et al, 2012).

Em relação ao cirurgião-dentista, o Brasil possui aproximadamente 253 mil cirurgiões-dentistas (CD) registrados, o que resulta numa proporção aproximada de 1 CD:1.020 habitantes (CFO, 2013). Diante dessa perspectiva, o conjunto de cirurgiões-dentistas apresenta um considerável excedente numérico no território nacional, com preocupantes estimativas em decorrência do número crescente de novos cursos de odontologia e do controle incipiente na qualidade da formação desses profissionais (KOVALESKI ET AL, 2005).

No que diz respeito aos Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), estes apresentam acentuado déficit numérico. De acordo com dados do Conselho Federal de odontologia há 97.674 auxiliares de saúde Bucal e 17.466 técnicos de saúde bucal. O que gera uma proporção de 1ASB/2,6CD e 1TSB/14,5CD (CFO, 2013).

Nessa subdimensão foram questionados a respeito da interrupção do atendimento por mais de dois dias, em decorrência de ausência de profissional. Apenas dois dos

entrevistados relataram não ter tido nenhuma interrupção relacionada a recursos humanos. Infelizmente os outros quatro sofrem com as ausências profissionais, que tem várias causas: especializações, férias, licença médica, licença maternidade, permuta de profissional e greve. Lamentavelmente, não há profissional reserva para fazer a reposição, a substituição quando necessário, de modo que a população fica desassistida.

“A gente está com uma dentista de licença médica, foram seis meses de licença médica, que acaba no próximo mês e até agora nada de reposição dessa profissional.” (Entr. 1)

Outro questionamento foi relacionado à existência do exercício ilegal da profissão. Todos os municípios relataram haver exercício ilegal da profissão desenvolvido por um prático, que geralmente conta com o apoio da população por se mostrar mais acessível, em relação à disponibilidade de tempo (atendimento em horário alternativo como noite e final de semana) e econômico (concorrência desleal com consultórios particulares de profissionais formados). Relatos de Cirurgiões Dentistas caracterizam o charlatão ou a prática do charlatanismo como uma “chaga social” que precisaria ser combatida e controlada. Além disso, desqualifica as práticas, classificando-os como despreparados, porém também demonstra apreensão e os consideram competidores (WARMLING, 2002).

“mas eu acredito que só não melhorou mais ainda por causa da falta de dentista no serviço público mesmo. E eles acabam tendo que recorrer, porque o que eles gastam de passagem, porque tem distrito que pra você chegar a sede você gasta R\$20,00 de ida e volta. Então R\$20,00 que ele gasta de ida e volta ele paga a extração.” (Entr. 1).

“só que eu falo, mas é o mesmo que nada, o pessoal lá sabe. Ele se candidatou até a vereador, o Zé dentista.” (Entr. 2).

Ao serem questionados sobre a iniciativa da secretaria de saúde em orientar a população e denunciar junto ao Conselho Regional de Odontologia, obtivemos dois relatos, porém apenas um com a repercussão esperada.

“... coincidiu do CRO ir na época que eu tinha acabado de chegar e fizeram realmente toda a apreensão dele e ele não atende mais, o consultório dele é até... o autoclave que era uma panela de pressão está até exposto lá no CRO, bem na entrada.” (Entr. 1).

“Uma vez eu tive a iniciativa, chamei o conselho, chamei o CRO, veio a delegada e veio uma advogada e a gente foi fazer o flagrante (...). Ai foi apreendido todo o material, foi levado pra delegacia. A gente ficou no município e eles levaram aqui pra Itapipoca e ai fizeram o TCO, fizeram tudo e ele por amizade com políticos lá no município, inclusive na época um vereador que é advogado fez a defesa dele e retirou ele, e hoje ele continua atendendo.” (Entr. 1).

Além disso, relatos relacionados a não credibilidade na fiscalização por parte do órgão.

“Fiscalizam a gente, mas os práticos não fiscalizam.” (Entr. 4).

“A dentista lá da sede ele já fez o contato com o CRO, mas o CRO veio ao município, mas a título de fiscalizar o serviço e não atrás desse do ilícito.” (Entr. 6).

E um dos entrevistados que disse preferir não se envolver.

Quando se disponibilizam ao atendimento odontológico por um profissional não habilitado podem ocorrer situações desagradáveis e até mesmo algum dano que possa comprometer o organismo do paciente. Entre os acometimentos podemos citar desgaste desnecessário de estrutura dental, quando da realização de preparo cavitário, uso de substância contra-indicada, como anestésico, manejo inadequado em caso de urgência, fratura dental quando da tentativa de exodontia, técnica de esterilização inadequada, entre outros.

Ao serem questionados sobre atendimento de intercorrências, dois entrevistados relataram já ter prestado algum tipo de assistência à pacientes oriundos de iatrogenias realizadas por práticos.

“Chegam muitos casos de hemorragia, de infecção, então sempre a gente tá batendo em cima disso e acaba que o boca a boca vai diminuindo um pouquinho.” (Entr. 1).

É importante considerar que o exercício ilegal é válido não só para o nível superior, apesar de o ato incidir diretamente sobre o paciente, mas também para o nível médio. E o que se observa na maior parte dos municípios entrevistados é que as auxiliares em saúde bucal não possuem registro no CRO. Dessa forma, configura-se em exercício ilegal da profissão também, de acordo com a Lei que regulamenta a profissão de ASB e TSB 1.889/08, apesar de não ser considerado dessa maneira pela maior parte dos entrevistados e requer intervenções para evitar penalidades.

Corroborando com o que está descrito acima, um estudo de Traerbert (1996), realizado em Santa Catarina, já trazia esse aspecto em relação ao pessoal auxiliar. A situação é mais delicada, pois há poucas escolas formadoras no Estado e pouca evidência de que o setor público e privado desejem estimular a formação de auxiliares em odontologia.

4.3.5 Subdimensão infra-estrutura

Para finalizar a dimensão político-organizacional, a subdimensão de infraestrutura foi considerada. De acordo com estudo de GIUDICE; PEZZATO e BOTAZZO (2013) foi possível verificar nas falas de alguns profissionais, com relação aos aspectos organizativos, o baixo investimento da Secretaria de Saúde local na infraestrutura básica, como obstáculo para que as equipes tivessem condições de transformar o modo de atuação.

Isso se dá porque a assistência a saúde bucal, e consequente a organização do seu processo de trabalho relaciona-se diretamente com a infraestrutura disponibilizada. A compreensão dessa necessidade coloca o profissional da equipe de saúde bucal em situação comprometedora diante dos outros profissionais da equipe.

Para que as ações clínicas possam ser realizadas, entre muitas coisas são necessários, abastecimento regular e suficiente de água e energia, e ocasionalmente pode haver supressão desse fornecimento por razões que fogem a governabilidade da secretaria de saúde, como relatado por um dos entrevistados. Além disso, os equipamentos em pleno funcionamento minimamente são: equipo, compressor, autoclave/estufa, fotopolimerizador e amalgamador, além da cadeira odontológica, unidade auxiliar, refletor, etc. Por exemplo, para realizar restauração de resina são necessários, além dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), agulha, anestésico, algodão, ácido, adesivo, *microbrush*, resina fotopolimerizável, tiras de lixa e pontas de acabamento. Assim, diante da indisponibilidade de qualquer um dos itens supracitados, fica impossibilitada a realização do procedimento (BRASIL, 2013).

Diante disso espera-se que o processo de planejamento de compras de insumos seja participativo, envolvendo os profissionais que farão uso dos mesmos e em quantidade suficiente e em tempo oportuno de modo que evite supressões do atendimento e comprometimento do planejamento das ações das equipes de saúde bucal (BRASIL, 2013).

Para abordar esse aspecto, os entrevistados foram questionados sobre a interrupção do atendimento por mais de dois dias, por ausência de algum insumo, material ou manutenção de equipamento. Infelizmente, todos responderam afirmativamente.

Uma alternativa sugerida por um dos entrevistados para minimizar a possibilidade de interrupções por problemas técnicos, relacionados a equipamentos seria manutenção preventiva. Porém não obteve êxito na sua solicitação.

“Já foi feito o ofício com essa solicitação, de manutenção preventiva, com *check list* do que deveria ser visualizado pelo técnico, mas infelizmente só corretiva mesmo.” (Entr. 1).

A precariedade das instalações das unidades de saúde da família aparece como um conteúdo recorrente em diferentes relatos do estudo de Trad e Rocha (2011). Trata-se de depoimentos que evidenciam problemas de inadequação e manutenção das unidades de saúde da família ou da infraestrutura das mesmas. O entendimento de que as fragilidades de infraestrutura e limitações associadas com a organização da unidade relacionam-se diretamente com a desumanização do trabalho e da atenção prestada ao usuário. A própria unidade de saúde muitas vezes, configura-se como espaço produtor de doença.

É importante e motivador para a equipe de saúde bucal ter condições adequadas para poder desenvolver as suas atividades. É frustrante fazer um planejamento e não poder realizá-lo. Por isso, atenção em relação à infraestrutura é uma condição imprescindível, de responsabilidade da gestão, para a obtenção da qualidade dos serviços de saúde.

4.4 Dimensão técnica

4.4.1 Subdimensão promoção da saúde, prevenção e diagnóstico e tratamento

A educação em saúde bucal deve buscar fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos. Seu propósito é divulgar elementos, respeitando a cultura local, que possam empoderar os sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos de saúde-doença, sua vida, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida. As ações educativas podem abordar temas como: as doenças bucais (manifestação e prevenção); a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado e o uso do fio/fita dental; os cuidados para evitar a fluorose; as orientações gerais sobre dieta e consumo abusivo de açúcar; o auto-exame da boca; os cuidados após traumatismo dentário; a prevenção à exposição ao sol sem proteção e ao uso de álcool e fumo, entre muitas outras (BRASIL, 2008a).

Uma nova ferramenta para fortalecer e instigar as equipes de saúde da família, como foco na promoção da saúde e prevenção de agravos é o Programa Saúde na Escola (PSE). O PSE, uma política intersetorial que visa à melhoria da qualidade de vida da população brasileira, entre o Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286 (BRASIL, 2007b). Trata-se de um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos e de doenças, fortalece o desenvolvimento integral e oportuniza aos escolares o enfrentamento das

vulnerabilidades. Sua estratégia de trabalho é baseada em ações compartilhadas e corresponsáveis (pactuadas em termo de compromisso), desenvolvidas por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI). Aqui o planejamento e a execução das ações são realizados coletivamente de forma a atender às necessidades e demandas locais (BRASIL, 2013).

Apesar dos benefícios evidentes e artifícios e incentivos disponibilizados, ainda é visível as dificuldades dos sujeitos, considerando diferentes aspectos do agir educativo em suas práticas e a fortaleza e solidez dos resquícios de uma prática medicalizada. Daí o potencial para o desenvolvimento de práticas educativas transformadoras e a necessidade de uma educação permanente, de modo que possa ampliar suas habilidades dialógicas (OLIVEIRA e WENDHAUSEN, 2014).

Para analisar a subdimensão de promoção da saúde, prevenção e diagnóstico e tratamento os entrevistados foram questionados a respeito de quais atividades coletivas as equipes de saúde bucal desenvolvem, se o município aderiu ao Programa Saúde na Escola (PSE), por fim, se houve licitação e aquisição de escovas dentais, dentifrício fluoretado e fio ou fita dental.

No que diz respeito ao primeiro questionamento, lamentavelmente um dos entrevistados relatou que no momento o seu município não realiza nenhum tipo de atividade coletiva em saúde bucal. Os demais entrevistados apresentaram relatos diversificados de suas práticas.

Um relatou que realiza escovação supervisionada com flúor antes de todo atendimento clínico, mediante disponibilização da escova, solicitada nas consultas de retorno. Além disso, a escovação supervisionada é realizada nos projetos da ação social e em algumas escolas, nas quais também é feito o bochecho fluoretado.

Outro entrevistado disse realizar atividade coletiva, apesar de não fazer sala de espera, por não haver espaço disponível na unidade de saúde. Assim, faz escovação nas escolas, tanto as de sua responsabilidade sanitária como as escolas das outras equipes, além disso, aborda temas da saúde bucal em palestras.

Outro arguido associou que realiza apenas a escovação supervisionada nas escolas. Porém, há duas equipes que apresentam profissionais recém-formados, que realizam atividades educativas em grupos de gestante, de pacientes hipertensos.

Os demais entrevistados tiveram relatos semelhantes, relacionados a bochecho fluoretado, com periodicidade semanal, a aplicação tópica de flúor trimestralmente e palestras, além da escovação dental supervisionada.

As atividades coletivas ou procedimentos coletivos (PC) objetivavam inverter o modelo assistencial cirúrgico-restaurador. De modo que o tratamento completado (TC) deixasse de ser o instrumento para remuneração da saúde bucal, visando possibilitar a remuneração de estados e municípios por ações preventivas. Nos anos 1990, os PC tiveram destaque nas ações de saúde bucal no SUS, impulsionando, especialmente, pelo apoio financeiro, as ações de promoção e prevenção. Mas a sua vinculação com os recursos financeiros, inicialmente vista como um avanço, mostrou-se impotente para mudar o modelo de atenção. Apesar das dificuldades e limitações, sua criação e amplo emprego representaram um esforço para reverter consideravelmente o modelo de prática odontológica predominante no setor público, redirecionando-o para ações preventivas e de promoção da saúde, o que se tornou seu principal legado (CARVALHO et al, 2009).

O segundo quesito abordava a adesão ao PSE. Dos seis entrevistados, quatro responderam afirmativamente. Um negou e o outro relatou acreditar que a adesão havia sido realizada, porém não havia sido informado formalmente.

O último questionamento para essa subdimensão trata-se da realização de licitação e aquisição de escovas dentais, dentifrício fluoretado e fio ou fita dental. Aqui as informações foram divergentes.

Dos seis entrevistados, três negaram a existência de processo licitatório para aquisição dos materiais supracitados. Um desses, afirmou que solicita dos alunos das escolas que levem do domicílio para que possam realizar as atividades.

Entre os demais, apenas uma firmou a licitação para os três itens, outro a resposta foi positiva para escova e dentifrício e o último apenas para a aquisição de escova. Um dos entrevistados que afirmou a existência de licitação, ainda está aguardando a entrega do material.

Rodrigues e Ribeiro, em 2012, evidenciaram em seu estudo que na prática, o planejamento das ações foi modificado. Alguns fatores que podem estar relacionados são: a desorganização por parte da equipe; as dificuldades de comunicação entre seus membros e limitações de ordem institucional, como a burocracia e a falta de recursos. É preciso salientar também, que a dinâmica de trabalho na atenção primária é intensa, por isso, nem sempre é possível concretizar o que foi planejado.

4.4.2 Subdimensão - Recuperação e reabilitação em saúde bucal nos ciclos vitais

O Ministério da Saúde (2008a) traz orientações a respeito da organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida do indivíduo, em que considera especificamente bebê, criança, adolescente, adulto, idoso, gestante e pessoa com deficiência. Isso se deve principalmente ao fato de que cada ciclo exige uma atenção peculiar, exigindo planejamento e organização por parte da equipe.

Diante disso, nessa subdimensão foram abordadas questões relacionadas ao atendimento de crianças pelas equipes de saúde bucal, principais procedimentos realizados nesse grupo etário, realização de puericultura por parte do dentista da família, diagnóstico de lesão de mucosa, oportunidade de atendimento odontológico em horário alternativo, realização de atenção domiciliar em saúde bucal, como se dá a reabilitação protética e, por fim a realização do pré-natal odontológico. Com esses aspectos buscou-se de modo objetivo e abrangente analisar como se dá a recuperação e a reabilitação nos diferentes ciclos vitais. De que modo as equipes de saúde bucal estão organizando as suas rotinas de trabalho na tentativa de oferecer o cuidado em saúde bucal de forma equânime e universal.

No primeiro questionamento a respeito do atendimento realizado em menores de 12 anos pelas equipes de saúde bucal, as respostas foram positivas nos seis entrevistados. Porém no questionamento a respeito da realização de puericultura por parte dos cirurgiões-dentistas, apenas um dos entrevistados apresentou resposta positiva, mas salientou que são apenas dois profissionais, recém-formados que realizam a prática de puericultura.

Em estudo realizado com médicos pediatras, 59% dos entrevistados afirmaram não ter sido abordado o tema sobre saúde bucal durante a residência em pediatria; 92% realizam exame da cavidade bucal do bebê como procedimento de rotina; 64% recomendam o uso de dentifrício fluoretado; 66,7% encaminham os pacientes à consulta odontológica no primeiro ano de vida. Em relação à amamentação noturna, 55,6% não associam o aleitamento materno e a instalação de cárie precoce na infância e 93% contra-indicam uso de chupetas. Esses dados revelam apesar do pró-ativismo médico em alguns pontos, as lacunas em outros, que certamente merecem a intervenção dos cirurgiões-dentistas, principalmente, quando trabalham sob a lógica de equipe multidisciplinar, como é o caso da ESF (SOARES et al, 2013).

Ainda é elevada a ocorrência de problemas de saúde bucal nas crianças. Felizmente, a maioria destes são preveníveis e controláveis, tais como a cárie dentária, as alterações gengivais e as maloclusões, porém quando não diagnosticados precocemente e não tratados, podem interferir negativamente no desenvolvimento físico e emocional mesmos.

Para conter tais problemas e minimizá-los são necessárias ações preventivas, educativas e curativas mais efetivas, a serem desenvolvidas pelos serviços de saúde, especialmente na atenção primária, que possam contribuir com a melhoria da condição de saúde bucal nesse grupo (ALMEIDA et al, 2009).

Ainda, considerando saúde bucal da criança, os entrevistados foram arguidos a respeito dos procedimentos realizados com mais frequência nessa faixa etária. Como resposta apresentou exodontia de dente decíduo, restaurações e profilaxia acompanhada de aplicação tópica de flúor como as mais comuns. E um dos entrevistados ainda citou a realização do capeamento com o intuito de preservar a unidade dental por mais tempo possível, enquanto outro entrevistado relatou a exodontia de dente permanente.

As exodontias mutiladoras são aquelas oferecidas e executadas como o único meio de tratamento disponível, mesmo quando existam formas de intervenção e procedimentos mais conservadores e eficazes à promoção da saúde (AMORIM et al, 2009).

O outro público considerado foi o adolescente. Trata-se de uma população que requer atenção, que requer toda a disponibilidade e atenção dos serviços de saúde para que possam se tornar adultos com hábitos saudáveis e com o mínimo de sequelas, no caso da saúde bucal, especialmente a mutilação. E em relação a saúde bucal, pelo componente estético que a saúde bucal detém que relaciona-se diretamente com a auto-estima e relacionamento interpessoal, especialmente nessa fase da vida.

Em uma pesquisa realizada com adolescentes de escolas públicas, observou-se que a maioria destes recebeu informação sobre as doenças bucais, sendo o cirurgião-dentista a fonte mais citada. Apenas, aproximadamente metade escovavam os dentes de 3 a 4 vezes por dia. Um percentual de 77% recebeu informação sobre como escovar os dentes e 46% sobre qual o tipo de escova que se deve usar; 51% utilizam o fio dental e 49% recebeu informações de como usá-lo. A maioria visitou o cirurgião-dentista no último ano (57%) e a prevenção foi o motivo mais frequente (50%) (GRANVILLE-GARCIA et al, 2010).

De acordo com Carvalho et al (2011) a maior parte dos adolescentes (85%) se considera saudável, porém 9% têm vergonha das condições bucais. 71 % dos escolares refere dor, apesar desta não ser principal motivo para procura dos serviços odontológicos.

Quando questionados sobre estratégias realizadas para captação do adolescente, infelizmente a maior parte das respostas foi negativa. Os adolescentes buscam o serviço de saúde bucal espontaneamente, sem dia específico para esse grupo, sem nenhuma diferenciação do restante da população. O que de certa forma, pode familiarizá-los com os

profissionais da saúde seriam as atividades realizadas nas escolas, como o PSE, porém o atendimento se dá por interesse do próprio paciente. Um dos entrevistados relatou disponibilizar atendimento semanal aos escolares, e assim os adolescentes são contemplados, porém não é realizado levantamento prévio ou classificação de risco, o agendamento ocorre mediante procura do próprio jovem.

É importante salientar que uma das ações essenciais do PSE é o exame de cavidade oral dos escolares. Assim, as equipes que aderiram ao PSE têm um prazo para informar no sistema do Programa (SIMEC) os alunos que foram diagnosticados com necessidade de atendimento em saúde bucal e a data de atendimento clínico. Ou seja, é responsabilidade das equipes de saúde bucal realizar o exame/levantamento e dar seguimento ao atendimento desses escolares. A estratégia utilizada para absorver a demanda varia de acordo com cada equipe, podendo disponibilizar turnos específicos, ou distribuir vagas nos turnos em geral, porém é preciso acompanhar o adolescente, objetivando retirá-lo da zona de paciente com necessidade de atendimento odontológico.

Mais um aspecto considerado foi o diagnóstico de alteração de mucosa. O que se busca nesse diagnóstico é fazê-lo o mais precoce possível, de modo a ter mais tempo para intervenções, quando necessárias e com isso minimizar danos provenientes de possíveis lesões malignas. O câncer de boca é um dos mais agressivos, quando diagnosticado tardiamente, as intervenções são mais invasivas e mutiladoras, retirando do indivíduo a possibilidade de falar e se alimentar, por exemplo, isso sem considerar o fator estético. Diante disso é de responsabilidade das equipes de saúde bucal, o diagnóstico de lesões em cavidade oral, já que são os profissionais que estão mais próximos da população, que os procura por outras demandas (BRASIL, 2008a).

Além da abordagem individual, realizada no momento da consulta é necessário que as equipes de saúde bucal desenvolvam abordagens coletivas, objetivando informar, sensibilizar a população. Algumas ações a respeito do diagnóstico precoce de lesões pré-malignas de câncer de boca são propostas pelo Ministério da Saúde, destinadas para todas as faixas etárias, direcionadas ao controle dos fatores e condições de risco, estimulando o exame sistemático da cavidade bucal pelos profissionais de saúde para detecção precoce. Entre elas a realização de exames periódicos em usuários com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento do câncer de boca, possuindo mais de um dos fatores de risco (ser do sexo masculino, ter mais de 40 anos, ser tabagista e etilista, sofrer exposição ocupacional a radiação solar sem proteção, ser portador de deficiência imunológica); integração da Equipe

de Saúde Bucal aos programas de controle do tabagismo, etilismo e outras ações de proteção e prevenção do câncer; e divulgação sistemática para a população sobre locais de referência para exame de diagnóstico precoce do câncer de boca (BRASIL, 2008a).

Quando os entrevistados foram questionados por estratégias de detecção precoce de alterações de mucosa, a resposta de apenas um entrevistado foi positiva. Segundo o mesmo, há o programa de rastreamento de câncer de boca no município. Há um formulário exclusivo, preenchido para todos os pacientes acima de 40 anos. São feitas algumas perguntas sobre o assunto e posteriormente o exame das mucosas. Quando tem algum achado clínico é referenciado pra atenção secundária. É válido evidenciar que esse referenciamento só está sendo possível devido a implantação do CEO - Regional que se deu aproximadamente no segundo semestre de 2012. Antes disso era necessário buscar outros meios, pois não havia na Central de Regulação pactuação para atenção especializada em saúde bucal, como Cirurgia Buco-maxilo-facial ou Estomatologia.

“... nada via regulação, tudo por contato, por amizade” (Entr. 1)

Em geral, pelo relato dos entrevistados, a busca se dá pelo próprio paciente quando incomodado por alguma alteração, ou durante o atendimento odontológico, por outra demanda. A partir daí, quando necessário, o paciente é encaminhado ao CEO - Regional, independentemente de cotas. Desta forma pode comprometer o paciente, e ser diagnosticado em estágio mais avançado da doença.

Dois entrevistados relataram estratégias para detecção precoce de lesões de mucosa, porém sem previsão de implantação. Uma delas é participação de cirurgiões-dentistas em campanhas de vacinação ou de rastreamento de hipertensão arterial, como ocorre em outros municípios. Outra estratégia seria anualmente, em outubro, com o advento do dia do cirurgião-dentista, fazer alguma abordagem com esse objetivo.

Ao considerar a saúde do trabalhador, saúde do homem ou simplesmente, o acesso, os entrevistados foram indagados sobre a disponibilização do atendimento odontológico em turno alternativo. Faz-se necessário esclarecer que, aqui, compreende qualquer horário além do horário habitual, considerando o atendimento realizado a noite, final de semana ou ainda no horário intermediário, na hora do almoço.

A oferta do atendimento em horário alternativo, além do atendimento às urgências é quesito abordado na auto-avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Atenção Básica (PMAQ - AB), uma vez que reflete a organização do serviço de modo a ser equânime no atendimento aos usuários (BRASIL, 2013).

Entre os seis entrevistados, dois afirmaram não oferecer essa disponibilidade à população. Um dos entrevistados relatou que algumas equipes fazem “horário corrido”, ou seja, fazem as atividades no período de seis horas ininterruptas. Outro associou estar organizando o atendimento noturno para ser implantado posteriormente, de modo que certas equipes da sede do município vão disponibilizar esse atendimento. Outro disse que disponibiliza o atendimento noturno realizado no CEO - Municipal, por dentistas da família. Por fim, um entrevistado, relatou realizar esporadicamente, por conta própria, sem sistematização.

É de extrema importância oportunizar à população horários alternativos de atendimento odontológico, por exemplo: horário noturno, horário de almoço e final de semana. Com isso, o acesso facilitado, reduz uma barreira à comunidade em cuidar da sua condição de saúde bucal. Porém é preciso considerar no planejamento dessas ações o tempo despendido com preparo de sala, instrumentais, equipamentos.

Atenção domiciliar nada mais é do que um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário-família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações. A Equipe Saúde da Família deve articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a preservação da autonomia dos sujeitos. Esse diagnóstico inicial realizado pela visita do Agente Comunitário de Saúde evidencia a necessidade de intervenção profissional para oportunizar melhoria da qualidade de vida ao paciente (BRASIL, 2008a).

Diante disso, outro quesito abordou a existência de atendimento domiciliar por parte das equipes de saúde bucal. A atenção domiciliar é uma prática das equipes da estratégia saúde da família, pois dentro da área de responsabilidade sanitária das equipes, há usuários que apresentam limitações para se deslocarem até a unidade de saúde. Assim, frequentemente, agentes comunitários de saúde e demais profissionais precisam contemplar essa prática no seu cronograma de atividades.

Em relação a esse questionamento, dois entrevistados negaram a existência desse atendimento. Os demais entrevistados relataram que as equipes realizam quando são realizadas solicitações. Essa solicitação geralmente é proveniente de outro membro da equipe que já tenha feito atendimento domiciliar e identificado necessidade de intervenção da equipe

de saúde bucal. Em relação aos procedimentos realizados a exodontia foi contemplada, embora esse acontecimento seja raro, o que é mais comum é a orientação.

“O que faz mesmo é só orientação, prevenção, limpeza, do paciente acamado, fazer uma instrução de higiene.” (Entr. 1)

É importante salientar que a atenção domiciliar em saúde bucal difere da realizada pelos demais profissionais da equipe, principalmente, pelo que requer, minimamente, como iluminação adequada. Dessa forma, em algumas situações, pode parecer imprudente tentar realizar alguma intervenção no domicílio, sem o aparato necessário, e o profissional incorrer em equívocos éticos. É papel do gestor, instrumentalizar o profissional para garantir a oferta do serviço com qualidade.

De acordo com estudo publicado em 2013, a atenção domiciliar em saúde bucal, especialmente ao considerar a atenção ao idoso, é um campo promissor. O direito ao atendimento domiciliar é garantido pela Constituição Federal, além da Política Nacional de Saúde do Idoso que considera a atenção domiciliar como uma importante estratégia para que seja assegurada a integralidade da atenção (ROCHA e MIRANDA, 2013).

Sabe-se que a Odontologia mutiladora deixou sequelas em boa parte da população brasileira, de modo que há uma dívida histórica e uma necessidade urgente em devolver a essas vítimas a funcionalidade dos dentes, bem como o sorriso.

Partindo dessa prioridade, as equipes de saúde bucal são orientadas a desenvolver atividades de reabilitação protética nas unidades básicas de saúde da família, conforme observado no manual da auto-avaliação do PMAQ-AB (BRASIL, 2013).

Quando questionados sobre a reabilitação, no que diz respeito à prótese, todos os entrevistados relataram encaminhar os pacientes para a atenção secundária, CEO - Regional. Nenhuma etapa de confecção da prótese é realizada na atenção primária.

É importante ressaltar que o CEO - Regional, é um equipamento do Consórcio Público em Saúde da Microrregião de Itapipoca. Financiado pelos sete municípios com contrapartida do Estado, foi inaugurado em Maio de 2012, e desde então, mediante cotas baseadas em quantitativo populacional por municípios, oferece à população da região atendimento especializado em odontologia, incluído prótese (total e parcial removível) (CEARÁ, 2013).

Outro público que requer intervenção específica e planejada são as gestantes. O pré-natal é um período peculiar e importante para a gestante e para o bebê. Atenção redobrada relacionada à saúde em geral, não pode desconsiderar a saúde bucal. Enjôos, desejos,

dificuldade para higienizar os dentes, alterações fisiológicas que podem favorecer o aparecimento de alterações nas estruturas bucais, além de crenças e mitos relacionados ao binômio mãe-filho, que por vezes afastam-nas do cirurgião-dentista (CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008).

Por essa razão, os entrevistados foram questionados a respeito do pré-natal odontológico, bem como estratégias para atrair as gestantes. Dois dos entrevistados relataram não ter nenhuma ação voltada para as gestantes, enquanto que outros relataram coincidir o dia do atendimento, juntamente com o médico e o enfermeiro da equipe, como uma tentativa de facilitar o acesso da gestante, apesar de em um dos relatos não haver nenhuma atividade educativa, e em outro, duas equipes com profissionais recém graduados realizaram sala de espera. A sala de espera diz respeito a realização de uma atividade educativa no espaço físico do local no qual os pacientes aguardam o atendimento e no período que antecede o atendimento. Um entrevistado incluiu, ainda, as puérperas na sua rotina de atenção às gestantes. Além disso, alguns relataram que elas detêm prioridade no agendamento. A marcação pode ser mediada inclusive pela enfermeira ou médico da equipe que acompanha a gestante durante o pré-natal. Um dos entrevistados relatou ter encontrado resistência com um dos dentistas em relação ao atendimento às gestantes. Foi realizada uma capacitação sobre o assunto, com o intuito de orientar e pactuar entre todos os procedimentos por trimestre. Também foi relato de um entrevistado o fato de, apesar do acesso facilitado, a busca se dá apenas quando há alguma queixa.

“... fica sempre tendo prioridade no agendamento.” (Entr. 1)

“Elas não querem, só se tiver acontecendo alguma coisa, alguma alteração.” (Entr. 3)

4.5 Expectativas

Quando questionados sobre expectativas, enquanto gestores de saúde bucal municipais, naquilo que ainda não haviam logrado êxito e julgavam importante para a melhoria da saúde bucal no município, apresentaram discursos variados.

Um dos entrevistados mencionou interesse em trabalhar dentro do que é proposto, considerando, por exemplo, definição de população adscrita. A baixa cobertura populacional, denota dificuldade de acesso aos procedimentos odontológicos, como apontado no estudo de

Silva et al, em 2013. E isso se relaciona diretamente com a cobertura das equipes de saúde bucal, que foi mencionado também por mais dois entrevistados.

“Você consegue ver os seus pacientes todos, você consegue ver o início e o fim dos casos, principalmente agora com a atenção secundária funcionando. Então hoje a nossa principal necessidade lá é cobertura.” (Entr. 1)

“... a ampliação realmente da rede de cobertura.” (Entr. 4)

Na perspectiva de outro, o desejo de melhoria é na triagem, de modo que não seja necessário o paciente chegar às três da manhã na unidade para pegar ficha, corroborando com o que foi exposto em estudo de Souza et al, em 2008. Na sua concepção a triagem adequada seria a cada três meses. Porém, essa periodicidade se torna inviável em função do número excedente de pacientes, principalmente quando considerado as interrupções de atendimento, como já mencionadas na dimensão anterior.

Outro entrevistado relata o desejo de melhorar cada vez mais o atendimento, além da cobertura das equipes de saúde bucal, incluindo a implementação do CEO-Municipal.

“Reorganizar o PSF, aumentar a cobertura e futuramente implementar o CEO pra aumentar cada vez mais o atendimento. (Entr. 3)

Houve outro entrevistado que mencionou na sua fala a atenção especializada municipal. No Brasil, a expansão da oferta de serviços odontológicos especializados é recente (CHAVES et al, 2011).

“... Uma reformulação do CEO. Como a gente tá tendo essa preocupação de abrir novos postos em áreas descobertas aí vai fazer uma reforma no CEO e realmente devolver a população um centro de especialidades.” (Entr. 4)

Reformas nas unidades de saúde, que já estão em andamento e posteriormente implantar o Laboratório Regional de Prótese Dental, foram propostas citadas por outro arguido. E outro mencionou a aquisição de escovas dentais.

4.6 Aspectos Gerais

Em relação às considerações sobre o momento atual, por se tratar de ano pós-eleitoral, os relatos foram coerentes com um período acompanhado por entraves burocráticos, referente a administração pública municipal, no seu primeiro ano, mesmo naquelas em que houve reeleição.

A Lei Complementar nº101/2000, comumente conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal, fixa um conjunto de normas de finanças públicas voltadas para a

ação fiscal responsável, dedica especial atenção aos atos dos administradores no final de mandato. Objetiva evitar a pressão pela ocorrência de gastos orçamentários excessivos e o comprometimento das metas fiscais estabelecidas (BRASIL, 2000b). Além desta, a Lei Eleitoral, nº 9.504/97 aborda algumas questões de caráter orçamentário e financeiro que devem ser observadas nos períodos eleitorais e de final de mandato, tendo como objetivo central criar condições de equilíbrio de oportunidades entre candidatos (BRASIL, 1997).

“É sempre um momento muito difícil de trabalhar, porque embora seja uma sucessão, é um período muito conturbado.” (Entr. 1)

No geral as dificuldades ditas foram a respeito dos processos licitatórios, área que vem assumindo um papel estratégico nas organizações e, por conseguinte disponibilidade de material, equipamento e serviços de manutenção de equipamentos (BATISTA E MALDONADO, 2008).

Um dos entrevistados se mostrou confiante em relação ao período.

“A fase crítica já passou, agora a tendência é melhorar, realmente a gente já tá recebendo os equipamentos das novas equipes, já tá recebendo os equipamentos pra repor os que estão sucateados, a gente ganhou um recurso de 140 mil reais para a reforma do CEO, uma emenda parlamentar.” (Entr. 4)

Alguns aspectos peculiares foram abordados no decorrer das entrevistas e requerem destaque.

Um desses aspectos refere-se a relações interpessoais no trabalho. Os diversos entraves e dificuldades apresentadas nas relações interpessoais entre as equipes foram objeto de estudo de uma pesquisa realizada em Recife (SOUZA, 2011). Um dos entrevistados mencionou dificuldades e entraves no relacionamento com o profissional enfermeiro. O que de fato é preocupante, porque, certamente compromete o desempenho do trabalho em equipe a ser desenvolvido por esses profissionais.

“Pra mim hoje, meu maior problema é as enfermeiras que atrapalham a vida da gente... (Entr. 5)

Outra questão discutida por um dos entrevistados foi o aspecto salarial e com isso a incompatibilidade para exigir o cumprimento da Portaria. Para 40% dos cirurgiões-dentistas, a remuneração é considerada regular, 40% boa e para 20% dos entrevistados, o salário é ótimo, de acordo com estudo realizado em um município do sul do Brasil, no qual a remuneração mensal é de oito a dez salários mínimos (LENZI et al, 2010). Segundo o mesmo, pelo que se remunera o profissional, fica inviável para ele, enquanto coordenador cobrar.

“Não adianta também a gente querer que ela faça isso aí que você tá me perguntando que é pra eu me estressar e ninguém vai fazer. Você sabe disso. É difícil um que faça. Eu também não fazia, pagar dois mil e duzentos reais pra mim? Não tem condições. Então assim eu não vou exigir.” (Entr. 4)

Outra discussão girou em torno do Consórcio Público Intermunicipal, que requer nas suas assembléias a presença dos prefeitos e secretários de saúde (abordados especificamente posteriormente), que administram o CEO – Regional. De volta ao município, tem-se de um lado o prefeito, vinculado ao montante financeiro que é repassado mensalmente e do outro lado o entrevistado dividido entre a fila de espera, as poucas cotas mensais disponibilizadas e o deslocamento dos pacientes.

“A pior coisa que aconteceu foi esse negocio de CEO, porque regionalizou mas complicou demais, era muito melhor ficar setorizado mesmo.” (Entr. 5)

Ainda houve um entrevistado que destacou a incompetência dos secretários municipais de saúde.

“Os gestores de interior não tem muito conhecimento, é indicação política, então eles estão ali, não sabem o que fazer, (...) teve uma época que queria que a gente passasse álcool pra fazer desinfecção.” (Entr. 2)

É importante ressaltar que a transferência progressiva de responsabilidades e funções para o nível municipal do SUS nos últimos anos encontrou, na grande maioria das vezes, o gestor municipal completamente despreparado para essa tarefa, incluindo-se nesta situação até as grandes capitais (BRASIL, 2001b). Daí a necessidade constante de capacitações, treinamentos e atualizações destinadas a gestores municipais da saúde.

Por fim, lamentavelmente, ainda foi relato de dois entrevistados a desvalorização da saúde bucal diante de outras necessidades da saúde pública, da gestão. Um estudo no Piauí também apresentou a desvalorização das categorias profissionais ligadas a este núcleo específico da saúde (odontologia) quer nos seus valores simbólicos e nos concretos (salários desestimulantes, ausência de efetivas propostas de educação permanente, exclusão do CD e dos profissionais da saúde bucal de nível médio, das capacitações existentes para os outros profissionais nos serviços de saúde, e a própria tendência ao (auto) isolamento da odontologia dentro da equipe multiprofissional) são aspectos que não passam despercebidos e agravam os achados discutidos nessa dissertação (MOURA et al, 2013).

“Infelizmente a nossa profissão ainda é um pouco esquecida, tem na cabeça de alguns gestores que a população passa sem dentista, que isso aí é luxo.” (Entr. 4)

“E o que me deixa mais triste é a questão da saúde bucal sendo colocada em segundo plano, sempre priorizando o médico, tanto na questão salarial, como na questão de contratação, e a saúde bucal vai ficando e a gente pensa que muda um pouquinho, mas quando vê ficou tudo na mesma coisa. Infelizmente e isso acaba desmotivando?” (Entr. 1)

5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Diante do que foi realizado através desse estudo foi possível identificar critérios de efetividade nas decisões tomadas pelos coordenadores municipais de saúde bucal, a partir da descrição e compreensão dos modelos da organização do processo de trabalho das ESB, do conhecimento a dimensão político-organizacional nas subdimensões de intersectorialidade, participação popular, recursos humanos e infraestrutura, do conhecimento da dimensão técnica nas subdimensões de promoção da saúde, prevenção e diagnóstico e tratamento, recuperação e reabilitação em saúde bucal nos ciclos vitais, na 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), no Ceará, em 2013, na visão dos coordenadores.

Merece destaque a rotatividade dos gestores de saúde bucal, o que ocasiona prejuízo ao sistema de saúde, pois a cada permuta requer adaptação e adequação, além da motivação e interesse pessoal em conduzir o setor saúde bucal de modo a oferecer melhores condições de trabalho aos profissionais e população.

Ainda é marcante a preferência pessoal do profissional em relação ao cumprimento de protocolos e diretrizes, mais forte do que tendências definidas regionalmente ou ainda nacionalmente. Isso torna evidente a necessidade de ser reforçar desde a graduação até a pós-graduação esses protocolos com vistas a sua realização.

Espera-se que esse estudo possa agir de modo a promover uma reflexão em gestores municipais de saúde nos municípios, bem como os gestores da saúde bucal a fim de realizarem melhorias impactantes na condição de saúde bucal da população, considerando o processo de trabalho das equipes de saúde bucal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É relevante considerar alguns aspectos em relação ao que foi exposto nessa dissertação. Inicialmente em relação ao perfil do gestor, é extremamente importante que os coordenadores da saúde bucal e gestores em geral sejam estimulados e impulsionados a se capacitarem nas áreas relacionadas às atividades que desempenham a fim de poder exercer as suas atribuições com coerência. Bem como o vínculo e o tempo em exercício, que sem dúvida interferem diretamente na credibilidade e realização das ações.

Outro ponto que requer atenção é em relação aos processos de trabalho, especialmente no tocante à organização da demanda. É preciso a compreensão de que devemos aprimorar o modelo assistencial vigente. Buscar constantemente mecanismos que possam garantir o acesso dos serviços e ações da saúde bucal à população e isso também se relaciona com infra-estrutura disponibilizada e recursos humanos. Não há um sem o outro quando se trata de saúde bucal, mesmo nas ações educativas, como a disponibilização de escovas dentais e dentifrícios.

Um importante aspecto que merece destaque é a responsabilização e compromisso dos gestores, o conhecimento do que ocorreu até chegar aquele ponto, dada situação. De modo que se apropriem das suas responsabilidades, bem como dos acontecimentos relacionados à saúde pública, como fluoretação das águas de abastecimento público, conselho municipal de saúde, conferências de saúde e ouvidorias. Só a partir desse conhecimento, independentemente do tempo em exercício, será possível propor e reivindicar melhorias para a saúde bucal. Porém é preciso conhecer, se apropriar da situação.

É eminente e urgente a ampliação da cobertura populacional de equipes de saúde bucal. Com uma cobertura relativamente satisfatória, dentro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, será possível (e só assim) desempenhar plenamente as suas atribuições, respeitando os princípios do SUS, bem como da Atenção Primária à Saúde. É a base, o sustentáculo, o início do percurso para percorrer essa estrada, que é a saúde bucal.

São necessários investimentos, atenção para a saúde bucal. Isso diz respeito ao fornecimento de insumos e equipamentos de modo regular e de qualidade. Incluir manutenção preventiva, solicitar e disponibilizar à população o que há de mais eficaz e eficiente na Odontologia. Além, é claro, de valorizar o profissional, tanto o de nível superior quanto o de

nível médio, valorizando-o através de estratégias de bonificação por desempenho, por exemplo, a garantia dos direitos trabalhistas, capacitações e atenção à saúde do trabalhador.

Ainda é preciso mencionar a necessidade de padronização e o cumprimento do que é previsto na normatização da saúde bucal pelo Ministério da Saúde, em relação à assistência, como os protocolos que consideram os diversos ciclos vitais e condições de vida, a assistência à gestante, criança, idoso, trabalhador, paciente impossibilitado de ir à unidade de saúde, por exemplo. Atividades relacionadas à prevenção do câncer de boca e reabilitação protética com o intuito de reduzir a dívida histórica de uma odontologia mutiladora praticada até pouco tempo, além de atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos a saúde precisam ser urgentemente instituídas. É preciso desconsiderar preferências pessoais, e considerar a coletividade, a comunidade em nome de algo instituído nacionalmente, a PNSB, que almeja simplesmente a melhoria da qualidade de vida por meio da manutenção da saúde bucal dos brasileiros.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T. F. de; CANGUSSU, M. C. T.; CHAVES, S. C. L.; SILVA, D. I. C. e; SANTOS, S. C. dos. Condições de saúde bucal de crianças residentes em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. **Ver. Bras. Saúde Matern. Infant.** v.9, n. 3, p. 247-252, Recife. Jul./Set. 2009.
- ALVES, Z. M. M. B.; SILVA, M. H. G. F. D. da. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, n. 2, July 1992.
- AMORIM, K. P. C.; GERMANO, R. M.; AVELINO, A. N. de O.; COSTA, I do C. C. Mutilações dentárias: os dilemas da prática visão de docentes universitários. **Revista Bioética.** v.17, n.1, p. 109 – 121. 2009
- ANA. Agência Nacional de Águas. Atlas Brasil. Abastecimento Urbano de Água. Disponível em < <http://atlas.ana.gov.br/Atlas/forms/analise/Geral.aspx?est=18>> Acesso em 13 dez. 2013
- ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Rev Esc Enf, USP.** São Paulo.; v. 41(Esp) p. 835-40, 2007.
- BARBOSA, S. de P.; AGUIAR. A. C. de ; Factors influencing the drop-out rate of nurses in the family health strategy in Ipatinga, Minas Gerais, Brazil. **Rev. APS,** v. 11, n. 4, p. 380-388, out./dez. 2008.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2008.
- BATISTA, M.A.C.; MALDONADO, J. M. S. de V. O papel do comprador no processo de compras em instituições públicas de ciência e tecnologia em saúde (C&T/S). **Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro v.42, n.4. p.681-99, Jul/ago. 2008. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n4/a03v42n4.pdf> > Acesso em 14 fev 2014.
- BONI, V; QUARESMA S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC.** v.2, p. 68-80, 2005.
- BRASIL. **Decreto nº 76.872.** Regulamenta a **Lei nº 6.050** de 21 de maio de 1971. Dispõe sobre a fluoretação de sistemas públicos de abastecimento. Brasília, DF. Diário Oficial da União; 22 dez. 1975a.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 635.** Aprova normas e padrões sobre a fluoretação da água, tendo em vista a lei nº 6.050/74. Diário Oficial da União; 26 dez. 1975b.
- _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. Presidência da República. **Lei nº 8.080,** de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, DF: Senado, 1990a.
- _____. Presidência da República. **Lei nº 8.142,** de 28 de dezembro de 1990. Lei

Orgânica da Saúde. Brasília, DF: Senado, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 36**, de 19 de janeiro de 1990. Aprova as normas e o padrão de potabilidade da água destinada ao consumo humano. Brasília, DF. Ministério da Saúde; 1990c.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.490**, de 19 de novembro de 1992. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências. Brasília, DF: Senado, 1992.

_____. Presidência da República. **Lei nº 9504** – Lei Eleitoral 1997. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19504.htm > Acesso em 26 dez. 2013

_____. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444** de 28 de dezembro de 2000. Brasília. 2000a. Disponível em: < http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/portaria1444_28_12_00.pdf > Acesso em: 26 dez. 2013

_____. Presidência da República. **Lei Complementar nº 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal 2000b. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm > Acesso em 14 fev 2014.

_____. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. **Portaria nº 267** de 06 de março de 2001. Brasília. 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro : Brasil. Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: < http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/gestao_municipal_de_saude.pdf > Acesso em 14 fev 2014.

_____. **Resolução nº 333**, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Diário Oficial da União 2003; 4 nov.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. 2004. Disponível em < http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf > Acesso em: 12 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Documento técnico. Brasília. 6v. 110p. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de acompanhamento e avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília. 35p. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Informe da Atenção Básica n.39, ano VIII, jan-mar, 2007a. Disponível em < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/psfinfo39.pdf>.> Acesso em 26 jan 2014.

_____. **Decreto nº 6.286.** Institui o Programa Saúde na Escola. Brasília, DF. Diário Oficial da União; 05 dez. 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. **Normas e Manuais Técnicos. Saúde Bucal.** Cadernos de Atenção Básica, n.17. Brasília. 92 p. 2008a.

_____. Presidência da República. **Lei nº 1889**, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Brasília, DF: Senado, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde aos municípios.** 3. Ed. Brasília. DF. 480p. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool*** – Brasil. Brasília. 80p. 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção para entender a gestão do SUS. Vol. 3: **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** Brasília. CONASS. 197p. 2011a.

_____. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508** de 28 de junho de 2011. Brasília. 2011b.

_____. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488** de 21 de outubro de 2011. Brasília. 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS.** Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. 2012a. Disponível em: < <http://pnass.datasus.gov.br/>> Acesso em: 13 nov. 2012

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família.** 2012b. Disponível em: < <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/paginas/amqoquee.asp>>, Acesso em 13 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Estratégia Saúde da Família.** 2012c. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/faq.php>>, Acesso em 12 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Estratégia Saúde da Família.** 2012 d. Disponível em: <

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq2013/pdf> >, Acesso em 12 nov. 2012

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília. 134p. 2012e.

_____. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. **Portaria nº 978**, Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. 16 de maio de 2012. Brasília, 2012f.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 466/2012** - Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012g.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família**. 2013. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php > Acesso em 21 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rede HumanizaSUS. Glossário. Disponível em < <http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/121> > Acesso em 23 de jan. 2014.

CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, J. T. de; TRAEBERT, J. L. A Odontologia e a estratégia saúde da família. **Tubarão: Unisul**, p. 115-139. 2006.

CARAÇA, B. G.; SARTI, F. M. Avaliação da política nacional de saúde bucal: uma análise de indicadores relativos ao eixo “promoção e proteção” da saúde oral no Brasil. VI Congresso CONSAD de Gestão Pública, Abr. 2013.

CARVALHO, L. A. C.; SCABAR, L. F.; SOUZA, D. S.; NARVAI, P. C. Procedimentos Coletivos em Saúde Bucal: gênese, apogeu e ocaso. **Saúde e Sociedade**. v.18, n. 3, p. 490-499, São Paulo. SP. 2009.

CARVALHO, R. W. F. de; SANTOS, C. N.A.; OLIVEIRA, C. C. da C.; GONÇALVES, S. R. J.; NOVAIS, S. M. A.; PEREIRA, M. A. da S. Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16 (Supl. 1), p.1621-1628, 2011.

CAVALCANTI, R. P.; GASPAR, G. da S.; GOES, P. S. A. de. Utilização e Acesso aos Serviços de Saúde Bucal do SUS - Populações Rurais e Urbanas. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 12, n.1, p.121-26, jan./mar., 2012.

CEARÁ. **Plano Diretor de Regionalização**. Fortaleza: Estado do Ceará, 2006. 83p. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_2006_ce.pdf > Acesso em 12 nov 2012.

_____. Secretaria da Saúde do Ceará. **Coordenadorias Regionais**. Disponível em < <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao> > Acesso em 14 nov 2012.

CFO. **Conselho Federal de odontologia**. Disponível em < <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/> > Acesso em 26 jan 2014.

CHAVES, S. C. L.; BARROSI, S. G. de; CRUZI, D. N.; FIGUEIREDO, A. C. L.; MOURA, B. L. A.; CANGUSSU, M. C. T., Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev Saúde Pública**. v.44, n. 6, 2010. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n6/1646.pdf> > Acesso em 09 fev 2014.

CHAVES, S. C. L.; CRUZ, D. N.; BARROS, S. G. de; FIGUEIREDO, A. L. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.1. p.143-154, jan, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n1/15.pdf> > Acesso em 14 fev 2014.

CODATO, L. A. B.; NAKAAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciênc.Saúde Coletiva**. v. 13, n. 3. p. 1075-1080. Rio de Janeiro, Mai./Jun. 2008.

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

CONTANDRIOPOULOS, A. P; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. de A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 29-48. 1997.

COSEMSMG. **Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais**. Do Parecer no tocante à Contratação Temporária no Programa Saúde da Família, n. 716388, de 22 de novembro de 2006. Relator: Antônio Carlos Andrada. Minas Gerais. 2006. Disponível em < <http://www.cosemsmg.org.br/index.php/pareceres/99-parecer-psf-forma-de-contratacao-temporaria> > Acesso em 26 dez. 2013.

COSTA, S. de M.; NICKEL, D. A.; BORGES, C. M.; CAMPOS, A. C. V.; VERDI, M. I. M. Política Nacional de Proteção na Assistência Integral. **Rev. Bioética**. v.20, n. 2, p.342-348. 2012.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. de M. MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n.5, p.2437-2445. 2010.

DE MAESENEER, J. M., DE PRINS, L. GOSSET, C; HEYERICK, J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? **Ann. Fam. Med.**, v.1, p. 144-148, 2003.

EMMI, D. T.; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.35-41. 2008.

FARIA, C. F.; LINS, I. L.; LOBÃO, E. R.; CARDOSO, J. A. P.; PETINELLI, V. **Conferências locais, distritais e municipais de saúde: mudança de escala e formação de um sistema participativo, representativo e Deliberativo de políticas públicas.** 1727, Texto para discussão, Rio de Janeiro. RJ. Abril. 2012.

FLEURY, S.; LOBATO, L. de V. C. **Participação, Democracia e Saúde.** Rio de Janeiro. Cebes, 288p. 2009.

FORTES, N. de M. **O papel das ouvidorias públicas de saúde como ferramenta do controle social e da gestão do SUS.** [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais; 2008.

FRAZÃO, P.; PERES, M. A.; CURY, J. A., Qualidade da água para consumo humano e concentração de fluoreto. **Rev Saúde Pública;** v.45, n.5, p.964-73. 2011.

FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M. et al. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 715-740. 2006.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de; ALMEIDA, P. F. de; ESCOREL, S.; SENNA, M. de C. M.; FAUSTO, M. C. R.; DELGADO, M. M.; ANDRADE, C. L. T. de; CUNHA, M. S. da; MARTINS, M. I. C.; TEIXEIRA, C. P. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GIUDICE, A. C. M. P.; PEZZATO, L. M.; BOTAZZO, C. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 32-42, jan./mar. 2013.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; FERREIRA, J. M. S.; BARBOSA, A. M. F.; VIEIRA, I.; SIQUEIRA, M. J.; MENEZES, V. A. de. Cárie, gengivite e higiene bucal em pré-escolares. **Rev. Gaucha Odontologia.** v. 58, n. 4, p. 469-473, Porto Alegre. Out./dez. 2010.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Cidades. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/> Acesso em 12 nov. 2012.

IPECE. **Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará.** Ceará em Mapas. 2010. Disponível em: < <http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo2/21.htm> > Acesso: 13 nov 2012.

_____. **Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará.** Ceará em Mapas. 2013. Disponível em: < <http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/121x.htm> > Acesso: 20 fev 2013.

KOVALESKI, D. F.; BOING, A. F.; FREITAS, S. F. T. de. Recursos humanos auxiliares em saúde bucal: retomando a temática. **Revista de Odontologia da UNESP.** V.34, n. 4, p. 161-65. 2005.

KRUG, S. B. F.; LENZ, F. L.; WEIGELT, L. D.; ASSUNÇÃO, A. N. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Textos e Contextos**. Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 77 - 88, jan./jun. 2010.

LAGE, N. **A reportagem: teoria e técnica de entrevista e pesquisa jornalística**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

LENZI, T. L.; ROCHA, R. de O.; DOTTO, P.P.; RAGGIO, D. P. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em um município do Sul do Brasil. **J Health Sci Inst**. v.28, n.2, p.121-124. 2010. Disponível em: < http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/02_abr-jun/V28_n2_2010_p121-124.pdf > Acesso em 14 fev 2014.

LESSA, C. F. M.; VETTORE, M. V. Gestão da atenção básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, set. 2010 . Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300007&lng=pt&nrm=iso > Acesso: 19 dez 2013

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; VIANA, L. da S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24 Sup 1, p. S42-S57, 2008.

MAIA, P. H. P.; RODRIGUES, R. de S.; SOUZA, N. Estratégias para ampliar a oferta de água no semiárido baiano. **Cadernos de Geociências**, v. 10, n. 2, p.116-132, nov. 2013.

MARTELLI, P. J. de L.; CABRAL, A. P. de S., PIMENTEL, F. C.; MACEDO, C. L. S. V.; MONTEIRO, I. da S.; SILVA, S. F. da. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na Internet]. v.13, n. 5, Out. 2008; p. 1669-1674. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500030&lng=pt > Acesso: 19 dez 2013

MARTINS, P. C. M. **Controle social no Sistema Único de Saúde: análise da participação social e empoderamento da população usuária do sistema sanitário** [dissertação]. Viçosa (MG): Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa; 2007.

MARTINS, A. M. E. de B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, Fev. 2009.

MATOS, D. L.; COSTA, M. F. L. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1699-1707, ago, 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549 p. 2011.

MINAYO, M. C. de S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. e SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 239-262, jul/sep, 1993.

MOURA, A. L. **Protocolo para organização da demanda do Serviço de Saúde Bucal de acordo com o risco socioeconômico da população de Bonito de Minas Gerais**. Minas Gerais. 2011.

MOURA, M. S. de; FERRO, F. E.F. D.; CUNHA, N. L. de; NÉTTO, O. B. de S.; LIMA, M. de D. M. de; MOURA, L. de F. A. de D. Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18. n. 2. p.471-480. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/18.pdf> > Acesso em 14 fev 2014.

NICKEL, D. A. **Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal**. 2008. 89f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

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

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. and BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde Soc.**, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

OLIVEIRA, E.; ENS, R. T.; ANDRADE, D. B. S. F.; MUSSIS, C. R. Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 4, n. 9, p. 11-27, 2003.

OLIVEIRA, S. R. G. de; WENDHAUSEN, A. L. P. (Re) Significando a educação em saúde: dificuldade e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**. v. 12, n.1, p. 129-147, Rio de Janeiro, Jan./Abr. 2014.

PAEGLE, A. C. R. O., SOUZA E. H. A., OLIVEIRA, P. A. Coordenação das Equipes de Saúde Bucal: Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.12, n.4, p. 497-503, out./dez., 2012.

PATTON, M. Q. **Qualitative Evaluation and Research Methods**. Newbury Park, 1990.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n.2, p. 265-71, mar./abr., 2009.

PEIXOTO, S. F.; MARSIGLIA, R. M. G.; MORRONE, L. C. Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários. **Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.3, p.785-794, 2013.

PIMENTEL, F. C.; MARTELLI, P.J. de L.; ARAUJO-JUNIOR, J.L.do A. C. de; ACIOLI, R. M. L.; MACEDO, C. L. S. V. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, n. 4. p. 2189-2196. 2010

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C. de; MARTELLI, P. J. de L.; SOUZA, W. V. de; ACIOLI, R. M. L. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, p. S146-S157, 2012.

PRETTI, D.; URBANO, H. **A linguagem falada culta na cidade de São Paulo**. São Paulo: Queroz, 1988.

REIS, S. C. G. B.; MARCELO, V. C. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n.1 p.191-199, 2006.

ROCHA, R. de A. C. P.; GOES, P. S. A. de. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, Dec. 2008.

RODRIGUES, C. C; RIBEIRO, K. S. Q. S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família. **Tra. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 235-255, jul./out. 2012.

ROCHA, D. A.; MIRANDA, A. F. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.16, n.1, p. 181-189. Rio de Janeiro. Jan./Mar. 2013.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. de S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. de J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

ROJAS, J. E. A. O indivisível e o divisível na história oral. In: MARTINELLI, M. L. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, p. 87-94. 1999.

SANTOS, M. G. C. dos; SANTOS, R. C.; Fluoretação das Águas de Abastecimento Público no Combate à Cárie Dentária. **Rev. Bras. de Ciência da Saúde**. v.15, n.1, p.75-80, 2011.

SANTOS, P. A. dos; RODRIGUES, J. de A.; GARCIA, P. P. N. S. Avaliação do conhecimento dos Professores do ensino fundamental de Escolas particulares sobre saúde bucal. **Rev. Odontol.** UNESP, São Paulo, v. 31, n.2, p. 205-214, 2002.

SANTOS-NETO, E. T. dos; ESPOSTI, C. D. D.; OLIVEIRA, A. E.; CAVACA, A. G.; GALVÊAS, E. A.; ZANDONADE, E. Perfil dos cirurgiões-dentistas e a formação de técnicos em saúde bucal na Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20 n.1, p. 72-81, 2012.

SÃO PAULO (Estado). **Lei Estadual nº 10.294**, de 20 de abril de 1999. Dispõe sobre proteção e defesa do usuário do serviço público do Estado de São Paulo e dá outras providências. São Paulo, SP. 1999a.

_____. **Decreto nº 44.074** de 01 de Julho de 1999. Regulamenta a composição e estabelece competência das Ouvidorias de Serviços Públicos, instituídas pela Lei nº 10.294, de 20 de abril de 1999, que dispõe sobre a proteção e defesa do usuário do serviço público do Estado de São Paulo. São Paulo, SP. 1999b.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 63-74, 1995.

SENHOR DO BONFIM (Município). **Lei Municipal nº. 1.206**, de 11 de abril de 2011. Dispõe sobre a criação de cargo de provimento comissionado, alterando a estrutura organizacional do Município, na forma que indica. Disponível em < <http://senhordobonfim.ba.gov.br/wp-content/uploads/2011/07/LEI-MUNICIPAL-N%C2%BA-1.206-2011-COORDENADOR-DE-SA%C3%A9-ADE-BUCAL.pdf> > Acesso em 26 dez 2013

SILVA, S. R. C. da; VALSECKI, A. J. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 8, n. 4, p. 268-271. 2000.

SILVA, L. S. da; SANTANA, K. R.; PINHEIRO, H. H. C.; NASCIMENTO, L. S. do. Indicadores de atenção básica e especializada em saúde bucal nos municípios do Estado do Pará, Brasil: estudo ecológico, 2001-2010*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.22. n.2, p.325-334. abr-jun. 2013. Disponível em < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n2/v22n2a14.pdf> > Acesso em 14 fev 2014.

SOARES, I. M. V.; SILVA, A. M. R. B. da; MOURA, L. F. A. D.; LIMA, M. D. M. de; SOUSA, N. O. B. de; MOURA, M. S. de. Conduct of pediatricians in relation to the oral health of children. **Rev. Odontol. UNESP**. Araraquara, v. 42, n. 4, p. 266-272. Ago.2013

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

SOUZA, E. C. F. de; VILAR, R. L. A. de; ROCHA, N. de S. P. D.; UCHOA, A. da C.; ROCHA, P de M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24 Sup 1. p.S100-S110, 2008. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf> > Acesso em 14 fev 2014.

SOUZA, R. A. de. **As relações interpessoais entre os profissionais de uma unidade de saúde da família, no distrito sanitário IV, município do Recife**. 2011. Monografia (Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães). Fundação Oswaldo Cruz, Recife – PE. 2011. Disponível em < <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011souza-ra.pdf> > Acesso em 14 fev 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e**

tecnologia. Brasília. UNESCO, Ministério da Saúde, 726p. 2002.

TANAKA, O.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente, um modo de fazer.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 88p. 2001.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. de M. e. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n. 3, p. 1969-1980, 2011.

TRAEBERT J. L. Implicações de custo financeiro e recursos humanos em assistência odontológica no Brasil segundo o modelo escandinavo. **Rev. Saúde Pública**, v. 30 n. 6, p.519-26, 1996.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínica qualitativa.** Petrópolis: Ed. Vozes,2003.

WARMLING, C. M. Dos práticos à institucionalização da odontologia (Um estudo histórico da Saúde Bucal em Blumenau). Dissertação. Florianópolis, SC. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care**, Alma-Ata, Geneva, WHO, 1978.


WORLD HEALTH ORGANIZATION – **The world health report 2008: primary health care now more than ever**, WHO, 2008.

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA	
Nome	
Cargo	
Local	
Hora	
Agradecimentos	
Perfil do gestor	Qual a sua formação/profissão?
	Em que ano e instituição se formou?
	Possui curso de pós-graduação? Em qual área?
	Há quanto tempo está no município/cargo em questão?
	Qual o tipo de vínculo empregatício?
	Quais cargos que ocupou anteriormente?
Objetivo específico 1	Como se dá a organização do processo de trabalho em saúde bucal?
	Em que se baseia?
	Há experiências anteriores em outros municípios?
	Que diferencial você quer implementar no município para melhorar o processo de organização do trabalho em saúde bucal?
Objetivo específico 2 – dimensão político organizacional	Quais as formas de fluoretação das águas de abastecimento público do município? Qual o percentual de domicílios beneficiados?
	Há representação da saúde bucal no Conselho Municipal de Saúde? Na última Conferência Municipal de Saúde, houve quantas deliberações referentes à saúde bucal? Há ouvidoria no município?
	Qual a cobertura das ESB no município? As ESB estão completas? Qual o percentual de unidades em que houve interrupção do atendimento por dois ou mais dias por ausência de profissional? Há exercício ilegal da profissão no município (prático/ASB/TSB)?

	Houve interrupção do atendimento por dois ou mais dias por ausência de algum insumo ou por motivo de manutenção ou conserto de equipamentos?
Objetivo específico 3 – dimensão técnica	Quais atividades coletivas são desenvolvidas no município? Com que periodicidade? O município aderiu ao PSE? Houve licitação para escovas dentais adulto/infantil, dentifrício fluoretado e fio/fita dental? Houve aquisição destes itens?
	Há atendimento de crianças (< 12 anos)? Quais os procedimentos mais realizados? O dentista da família faz puericultura?
	Quais estratégias são utilizadas para sensibilizar os adolescentes?
	Como se dá o diagnóstico de alteração de mucosa?
	É disponibilizado atendimento odontológico em horário alternativo?
	As ESB realizam visita/atendimento domiciliar?
	Como se dá a reabilitação protética em idosos?
	Há pré-natal odontológico? Que estratégias são utilizadas para estimular a adesão das gestantes?
	Agradecimentos Finais

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

<p>Apêndice 2</p> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Saúde da Família</p>	
	
<p>CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA</p>	
<p>Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma dela é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.</p>	
<p>INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:</p>	
<p>Título do Projeto: ANÁLISE DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA 6ª COORDENADORIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ</p>	
<p>Pesquisador responsável: Andréa Silvia Walter de Aguiar</p>	
<p>Pesquisador Adjunto: Paloma Stephânia Guilhermina Prado De Sá</p>	
<p>Telefone para contato: (85) 3366-8425/ 9163-3970 (Andréa Silvia Walter de Aguiar) e (85) 3364-1314/9623-7091 (Paloma Prado).</p>	
<p>O objetivo da pesquisa é avaliar a atenção em saúde bucal no âmbito da atenção primária em saúde a partir do critério de efetividade das decisões tomadas pelos coordenadores municipais em saúde bucal da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde, no Estado do Ceará, 2013.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • A pesquisa limita-se a coleta e avaliação de dados, desta forma não causando nenhum prejuízo e risco ao paciente. • A identidade participantes submetidos à pesquisa será mantida em absoluto sigilo, sendo os dados utilizados apenas para fins científicos. • A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária, e você terá liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo. • Em nenhum momento você terá ressarcimento de despesas decorrentes da participação da pesquisa, assim como qualquer forma de indenização por sua participação 	
<p>A participação neste estudo é voluntária. Você pode deixar de participar deste trabalho a qualquer tempo sem que haja perda dos benefícios a que tem direito e sem que haja qualquer tipo de penalidade ou prejuízo. Se precisar de maiores informações sobre o trabalho que está sendo realizado nesta comunidade você poderá entrar em contato com a pesquisadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa nos endereços e telefones abaixo. Caso haja necessidade, você poderá solicitar uma cópia do projeto.</p>	
<p>ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo</p>	
<p>Telefone: 3366.8338</p>	
<p>CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO ou DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:</p>	
<p>Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.</p>	
<p>Fortaleza, _____</p>	
<p>(Assinatura) d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal</p>	<p>Paloma Stephânia Guilhermina Prado de Sá (pesquisadora responsável pelo estudo)</p>

ANEXO 1 – PARECER CONEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO ÂMBITO DA SAÚDE BUCAL

Pesquisador: Paloma Stéphânia Guilhermina Prado de Sá

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14557113.0.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 454.624

Data da Relatoria: 05/11/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado da aluna Paloma Stéphânia Guilhermina Prado de Sá orientado pela Profa. Andrea Silvia Walter de Aguiar pautado na avaliação da efetividade das decisões tomadas pelos coordenadores municipais de saúde bucal e a impactação na Atenção em Saúde Bucal. Uma parcela importante da população brasileira ainda não tem acesso às ações e serviços odontológicos apesar dos avanços gerados por políticas públicas implementadas nos últimos anos no Brasil, tais como a inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família, a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas e a inserção do cirurgião-dentista nas Unidades de Pronto Atendimento e hospitais. A fragilidade das avaliações em saúde bucal compromete a dinâmica dos processos de trabalho nas equipes de saúde da família. A pesquisa será realizada na 6ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará, composta pelos municípios de Amontada, Itapipoca, Miraima, Trairi, Tururu, Umirim e Uruburetama e a população pesquisada será os coordenadores municipais de saúde bucal. O cargo de coordenação de saúde bucal, em geral, é exercido por cirurgiões-dentistas, que desempenham função exclusiva na gestão ou associada a assistência. Foi elaborado um roteiro de entrevista para direcionamento do tema abordado e será utilizado gravador digital para que seja ampliado o poder de registro e captação de elementos de comunicação de extrema importância, pausas de reflexão, dúvidas ou entonação da voz, aprimorando a compreensão da narrativa. Juntamente com a gravação, serão registradas

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2909 **E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 434/2011

informações que não forem ditas, através de diário de campo, que é um registro da entrevista, do tempo. A transcrição das entrevistas será realizada pelo próprio pesquisador sendo registradas pausas e mudanças de entonação de voz, além de sinalizadores de interrogação, silabação e outras variações ocorridas na entrevista. Os dados obtidos serão analisados através da Análise de Conteúdo proposta por Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a atenção em saúde bucal no âmbito da atenção primária em saúde, a partir do critério de efetividade das decisões tomadas pelos coordenadores municipais de saúde bucal.

Objetivo Secundário: Descrever e compreender os modelos da organização do processo de trabalho das ESB, na estratégia de saúde da família, na 6a CRES do Ceará. Conhecer a dimensão político-organizacional (subdimensões intersectorialidade, participação popular, recursos humanos e infraestrutura). Conhecer a dimensão técnica (subdimensões promoção da saúde, prevenção da saúde e diagnóstico e tratamento, recuperação e reabilitação em saúde bucal nos ciclos vitais).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta risco mínimo, relacionado, apenas à reflexão de prática profissional exercida pelo entrevistado. Ressalta-se que, ao final deste trabalho, os resultados obtidos poderão nortear aos municípios integrantes sobre efetividade na tomada de decisões, com impacto em saúde bucal para população assistida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este projeto propõe-se a inserir um novo instrumento de avaliação da prática da atenção básica em saúde bucal, esperando-se com isso redução das queixas, aproximando os usuários dos serviços de saúde, e consequente melhoria da saúde bucal da população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou ao CEP: folha de rosto, projeto, TCLE, orçamento, currículo Lattes, carta de encaminhamento ao COMPE, carta de concordância dos pesquisadores. O cronograma foi corrigido.

Recomendações:

Sem Recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127	
Bairro: Rodolfo Teófilo	CEP: 60.430-270
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344	Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ



Continuação do Parecer: 454.624

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 12 de Novembro de 2013

Assinador por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8044 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

