



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CURSO DE MEDICINA - *CAMPUS* SOBRAL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**POLLYANNA MARTINS**

**ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL  
NA MICRORREGIÃO DE SOBRAL E SUA RELAÇÃO COM OS ATRIBUTOS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**SOBRAL**

**2012**

**POLLYANNA MARTINS**

**ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL  
NA MICRORREGIÃO DE SOBRAL E SUA RELAÇÃO COM OS ATRIBUTOS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, *Campus Sobral*, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Andréa Sílvia Walter de Aguiar

**SOBRAL**

**2012**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca da Faculdade de Medicina de Sobral

- 
- M345a      Martins, Pollyanna.  
              Análise do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na microrregião de Sobral e sua relação com os atributos da atenção primária à saúde / Pollyanna Martins. – 2012.  
              182 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina *Campus* Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2012.  
              Área de Concentração: Gestão em saúde.  
              Orientação: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Andréa Sílvia Walter de Aguiar.
1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. I. Título.

**POLLYANNA MARTINS**

**ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL  
NA MICRORREGIÃO DE SOBRAL E SUA RELAÇÃO COM OS ATRIBUTOS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, *Campus Sobral*, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.  
Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Andréa Sílvia Walter de Aguiar (Orientadora)**  
**Universidade Federal do Ceará (UFC)**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias**  
**Universidade Vale do Acaraú (UVA)**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva**  
**Universidade Vale do Acaraú (UVA)**

Dedico esta produção a todos os “guerreiros” que, assim com eu, militam no campo da saúde coletiva em busca de evidências e caminhos que consolidem a Estratégia Saúde da Família.

## AGRADECIMENTOS

Considero a parte mais difícil da dissertação, pois aqui é o único lugar que temos para manifestar nossa gratidão a tantas pessoas e instituições que colaboraram na execução deste trabalho científico. Em uma das primeiras orientações que tive com a Profa. Andréa, ela disse: “não se faz pesquisa sozinho”, e durante a construção desta dissertação lembrei desta frase todos os dias.

Agradeço a Deus por ter me dado força para superar todos os obstáculos que surgiram nesta caminhada. Aos meus pais, que mesmo distantes da vida acadêmica, compreenderam a importância da conclusão deste trabalho e se deslocaram 550 km nos momentos mais difíceis, para cuidar do Yan. Ao meu filho, Yan Victor, que, na inocência dos seus cinco aninhos, parava de reclamar minha ausência quando alguém lhe dizia que a mamãe estava estudando no “mestrado”.

Aos articuladores dos municípios da 11ª CRES, que ajudaram na coleta dos questionários: Ana Raquel, Diego, Osvaldo, Emanuel, Francisca Artelância, Heber, John, Benedita Tatiane, Marcos Vinicius, Aurivan, Shirley, Maria da Conceição, Gessilene, Fco. Ronaldo, Olimpio, José Osmar, Georgiana, Breno, Elzimar, Luciane, Anita Amorim e Ronald.

À Secretaria de Saúde de Massapê-CE, por a liberação para cursar o mestrado. À Dra. Lucila Magalhães, coordenadora da 11ª CRES que autorizou a realização desta pesquisa. À CAPES, pelo apoio financeiro, através da concessão da bolsa de auxílio à pesquisa.

Aos professores e colegas do mestrado pelo aprendizado. Aos Professores Edson Holanda Teixeira e Socorro Dias, que participaram da qualificação deste projeto. Às Professoras Socorro Dias e Adelane Monteiro, que aceitaram participar da banca de defesa.

E, por último, mas não menos importante, quero agradecer a minha Orientadora, a Profa. Andrea Silvia Walter de Aguiar, por todo o aprendizado, dedicação, empenho, compromisso que dedicou na construção desta dissertação. O processo de orientação foi muito cuidadoso e bastante prazeroso, regado com muita responsabilidade e afetividade. Pessoas como você alimentam a paixão que tenho pelo ensino e saúde coletiva.

## RESUMO

Esta dissertação analisa o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB), na Atenção Primária à Saúde (APS) da 11ª Região de Saúde (RS) de Sobral, Ceará, e sua relação com os atributos da APS. Utilizou-se questões adaptadas do Instrumento de Avaliação da APS (PCATool), versão profissionais, e questões abertas. Análises de correlação utilizando testes estatísticos verificaram associação entre as variáveis. O método de análise de conteúdo temática foi aplicado nas perguntas abertas. O questionário foi respondido por 91 Cirurgiões-Dentistas (CD) e a taxa de não resposta e recusas foi de 12,8%. Os atributos coordenação do cuidado e orientação familiar apresentaram alto escore geral ( $\geq 6,6$ ) em todos os portes populacionais. A orientação comunitária e competência cultural apresentaram escore próximo ao ideal. Os atributos da longitudinalidade e acesso apresentaram baixos escores gerais ( $\leq 6,6$ ). O acesso obteve o menor escore médio em relação a todos os atributos da APS. Todos os tipos de porte populacional apresentaram baixo escore geral para APS. Observou-se associação positiva entre o porte populacional dos municípios, a presença de cadastro dos pacientes, a realização de visitas domiciliares e a flexibilidade dos horários de atendimento das ESB. A empregabilidade, através de vínculos formais, apresentou-se positivamente associada ao tempo de permanência na mesma equipe, e negativamente associada ao porte populacional. A especialização em Saúde da Família esteve positivamente associada ao tempo de trabalho dos CD na APS. A programação da demanda foi mais presente nas ESB de municípios acima de 20.000 habitantes. Os grupos mais priorizados entre as ESB, que apresentam algum tipo de programação de demanda, foram os de gestantes, crianças, adultos e idosos. A maioria das ESB (86%) realiza procedimentos clínicos básicos, entretanto, a realização de outras atividades, como visitas domiciliares e instalação de próteses totais estão em fase inicial de implantação. A garantia de atendimento à demanda espontânea e também a realização de ações programáticas ainda se constituem como desafios para as ESB. A mudança das práticas no processo de trabalho das ESB está em processo incipiente, entretanto, verificou-se uma maior sistematização destas ações em municípios de grande porte.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde da Família. Serviços de Saúde Bucal.

## ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the process of work of the Oral Health Teams (OHT), at the Primary Health Care (PHC) in 11th Region Health of Sobral city, Ceará state, Brazil, and OHT in relation to the attributes of the PHC. For data collection, questions adapted from the Assessment Instrument PHC (PCATool), professional version and subjective questions. Statistical tests analyzed the association between the variables. The method of thematic content analysis was applied to the subjective questions. The questionnaire was answered by 91 dentists and the non-response rate and refusals was 12.8%. The coordination of care and family counseling had a high overall score ( $> 6.6$ ) in all population sizes. A community orientation and cultural competence scores were close to ideal. The access and the longitudinality attribute reached low overall score ( $< 6.6$ ). The Access had the lowest average score in all population sizes and for all the attributes of the PHC. All types of population size had low overall score for PHC. There was a positive association between population size of cities, the presence of registration of patients, carrying out home visits and flexibility in opening hours of the OHT. The Employability, through formal links, presented positive association with length of stay on the same team, and negative association with population size of cities. The graduate in Family Health was positively associated with the working time of the dentist in the PHC. The demand schedule was more present in the OHT at cities above 20,000 inhabitants. The groups prioritized between the OHT, which have some kind of demand schedule, were the pregnant women, children, adults and elderly. Most of the OHT (86%) perform basic clinical procedures, however, carrying out other activities such as home visits and installation of complete dentures are in early stages of deployment. ensure care for patients seeking health services and to prioritize groups for Oral attention are challenges for OHT. The practices changing in the work process of the OHT are in incipient process, however, it was found that a greater systematization of these actions in big cities. The use of PCATool allowed opportunity to examine the presence and extent of the attributes of the PHC in the working process of the OHT, and as a method for obtaining information on the direction and performance of oral health services in the PHC.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Program. Oral Health Services.



## LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

<b>Figura 1</b> - Distribuição das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia em Saúde da Família (ESF), nos municípios da 11ª Região de Saúde, de acordo com o porte populacional, Sobral – CE, 2011. ....	97
<b>Figura 2</b> – Distribuição dos cirurgiões-dentistas inseridos na Estratégia em Saúde da Família (ESF), nos municípios da 11ª RS, de acordo com o nível de pós-graduação, Sobral – CE, 2011 .....	102
<b>Figura 3-</b> Distribuição de especialistas em Saúde Coletiva e da Família por porte populacional .....	104
<b>Gráfico 1-</b> Evolução e metas do número de Equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil, de 1994 a 2010. ....	47
<b>Gráfico 2</b> - Evolução e metas de implantação do número de Equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil, de 2001 a 2010.....	47
<b>Gráfico 3-</b> Distribuição das ESB nas Modalidades I e II, no estado do Ceará, no período de 2001 a 2010. ....	63
<b>Gráfico 4</b> - Presença de programação da demanda nas ESB da 11ª RS, por porte populacional. ....	128
<b>Quadro 1-</b> Tipos de Abordagens de Atenção Primária à Saúde.....	35
<b>Quadro 2</b> - Relações entre processos de trabalho e atribuições das equipes da AB, ESF e Abordagens de APS. ....	49
<b>Quadro 3-</b> Atribuições comuns da equipes de Saúde da Família .....	70
<b>Quadro 4</b> - Atribuições específicas da ESB, Cirurgião-dentista, Auxiliar de Consultório Dentário e do Técnico de Higiene Dental. ....	71
<b>Quadro 5</b> - Descrição dos atributos da APS segundo critérios de análise e operacionalização utilizados nesta pesquisa. ....	83

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição das ESB segundo tipo de modalidade e cobertura nos municípios da 11ª RS, em 2011 .....	80
<b>Tabela 2</b> - Distribuição das ESB, por porte populacional, dos municípios componentes da 11ª RS.2011 .....	82
<b>Tabela 3</b> - Distribuição dos cirurgiões-dentistas (CD) das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia em Saúde da Família (ESF), nos municípios da 11ª RS, de acordo com sexo, faixa etária, status marital e presença de filhos, Sobral– CE, 2011 .....	98
<b>Tabela 4</b> - Distribuição dos cirurgiões-dentistas (CD) das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia em Saúde da Família (ESF), de acordo com o grau de formação, localização, tipo de vínculo empregatício e exercício da função nos municípios da 11ªRS .....	100
<b>Tabela 5</b> - Distribuição de especialistas por área de especialidade, de acordo com o porte populacional, nos municípios da 11ª RS .....	104
<b>Tabela 6</b> - Distribuição dos CD por tempo total de trabalho na ESF e na ESB que atualmente está vinculado.....	105
<b>Tabela 7</b> - Distribuição das características do atributo “acesso/ primeiro contato” das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia em Saúde da Família (ESF), nos municípios da 11ª Região de Saúde, de acordo com o porte populacional, Sobral – CE, 2011 .....	110
<b>Tabela 8</b> - Distribuição do escore médio do atributo “acesso/primeiro contato” das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia em Saúde da Família (ESF), nos municípios da 11ª Região de Saúde, de acordo com o porte populacional, 2011 .....	111
<b>Tabela 9</b> - Distribuição das características do atributo “longitudinalidade do cuidado” das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia em Saúde da Família (ESF), nos municípios da 11ª Região de Saúde, de acordo com o porte populacional, Sobral – ce, 2011 .....	114
<b>Tabela 10</b> - Frequência da presença de cadastro dos pacientes (prontuários) nas ESB, por porte populacional, da 11ª Região de Saúde de Sobral - CE. 2011.....	116
<b>Tabela 12</b> - Distribuição das características do atributo “coordenação do cuidado” das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia em Saúde da Família (ESF), nos municípios da 11ª Região de Saúde, de acordo com o porte populacional, Sobral – CE, 2011 .....	121
<b>Tabela 13</b> - Grau de orientação das ESB para a coordenação do cuidado, por porte populacional, da 11ª Região de Saúde de Sobral - CE. 2011 .....	123

<b>Tabela 14</b> - Escore essencial dos atributos Acesso, longitudinalidade e coordenação do cuidado. ....	125
<b>Tabela 15</b> - Grupos e faixas etárias priorizados no atendimento através de demanda programada, por porte populacional .....	130
<b>Tabela 16</b> - Atendimento através de demanda espontânea, de acordo com o porte populacional, dos municípios da 11ªRS. ....	132
<b>Tabela 17</b> - Atividades de prevenção e promoção da saúde realizadas por ESB, de acordo com o porte populacional, dos municípios da 11ª RS .....	135
<b>Tabela 18</b> - Procedimentos clínicos realizados por ESB, de acordo com o porte populacional, dos municípios da 11ª RS .....	136
<b>Tabela 19</b> - Outras atividades ou procedimentos de reabilitação realizados por ESB, de acordo com o porte populacional, dos municípios da 11ª RS .....	137
<b>Tabela 20</b> - Avanços e desafios do atributo integralidade, relatados por ESB, de acordo com o porte populacional, dos municípios da 11ª RS .....	139
<b>Tabela 21</b> - Distribuição das características do atributo “orientação familiar” das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia em Saúde da Família (ESF), nos municípios da 11ª RS, de acordo com o porte populacional, Sobral – CE, 2011 .....	146
<b>Tabela 22</b> - Grau de orientação das ESB para a Orientação familiar e comunitária e competência cultural, por porte populacional, da 11ª RS. 2011 .....	155
<b>Tabela 23</b> - Escore Geral da APS e dos atributos essenciais e derivativos .....	157

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS Ações Integradas de Saúde  
APS Atenção Primária à Saúde  
CD Cirurgião-dentista  
CEBES Centro Brasileiro de Estudos em Saúde  
CEO Centros de Especialidades Odontológicas  
CEO-M Centro de Especialidade Odontológica Municipal  
CEO-R Centro de Especialidade Odontológica Regional  
CESAU Conselho de Saúde  
CFO Conselho Federal de Odontologia  
CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNS Conferência Nacional de Saúde  
CNSB Conferência Nacional de Saúde Bucal  
CONASP Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária  
CRES Coordenadoria Regional de Saúde  
CTPS Carteira de Trabalho e Previdência Social  
ENATESPO Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico  
ESB Equipe de Saúde Bucal  
ESF Estratégia Saúde da Família  
EUA Estados Unidos da América  
Hab. Habitantes  
IAP Instituto de Aposentadoria e Pensões  
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IPECE Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará  
MG Minas Gerais  
RS Região de Saúde de Sobral, Ceará  
MRS Movimento da Reforma Sanitária  
MS Ministério da Saúde  
NOB Norma Operacional Básica  
OMS Organização Mundial de Saúde  
OPAS Organização Pan-Americana de Saúde

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PCATool Instrumento de Avaliação da Atenção Primária  
PDR Plano Diretor de Regionalização  
PIA Programa de Inversão da Atenção  
PIASS Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PNAB Política Nacional de Atenção Básica  
PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
PNE Pacientes Portadores de Necessidades Especiais  
PNSB Política Nacional de Saúde Bucal  
PSC Programa Saúde em Casa  
PSF Programa Saúde da Família  
RJ Rio de Janeiro  
RS Rio Grande do Sul  
SESP Serviço Especial de Saúde Pública  
SILOS Sistemas Locais de Saúde  
SP São Paulo  
SUS Sistema Único de Saúde  
UBS Unidade Básica de Saúde  
UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância  
USP Universidade de São Paulo  
VD Visita domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>22</b>
<b>3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1 Contexto histórico.....</b>	<b>23</b>
<b>3.2 Enfoques de Atenção Primária à Saúde .....</b>	<b>34</b>
<b>3.3 Atributos essenciais e qualificadores da Atenção Primária à Saúde .....</b>	<b>37</b>
<b>4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>	<b>42</b>
<b>5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL .....</b>	<b>51</b>
<b>5.1 Política Nacional de Saúde Bucal.....</b>	<b>64</b>
<b>5.2 Organização do processo de trabalho nas Equipes de Saúde Bucal.....</b>	<b>68</b>
<b>6 METODOLOGIA.....</b>	<b>76</b>
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>96</b>
<b>7.1 Perfil das Equipes de Saúde Bucal e cirurgiões-dentistas .....</b>	<b>97</b>
<b>7.2 Acesso / primeiro contato.....</b>	<b>107</b>
<b>7.3 Longitudinalidade do cuidado.....</b>	<b>112</b>
<b>7.4 Coordenação do cuidado.....</b>	<b>118</b>
<b>7.5 Integralidade .....</b>	<b>126</b>
<b>7.6 Orientação Familiar .....</b>	<b>144</b>
<b>7.7 Orientação comunitária e competência cultural .....</b>	<b>147</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>158</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>161</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>173</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>179</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os primeiros conceitos de Atenção Primária à Saúde (APS) surgiram na Inglaterra, através da divulgação do *Relatório Dawson* no início do século XX. O relatório inaugurou os primeiros questionamentos sobre os modelos de atenção centrados na doença e também apresentou os primeiros conceitos de regionalização, que influenciaram a configuração dos sistemas de saúde de muitos países (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

A partir desse momento histórico, aconteceram vários marcos teórico-conceituais e experiências em nível mundial que fortaleceram os cuidados primários em saúde e ampliaram o acesso da população aos serviços de saúde.

No Brasil, até a década de 30, as ações de saúde desenvolvidas pelo estado eram voltadas para as comunidades rurais e combate às doenças pestilenciais, em um modelo de atenção que ficou conhecido como Sanitarismo Campanhista (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005). Com o início do processo de urbanização do país, iniciou-se a formação da assistência médica privada para os assalariados. A prática privada em saúde bucal também se consolidou, e era financiada por intermédio do seguro social para os trabalhadores e em caráter complementar. Neste contexto, o campo da saúde bucal iniciou sua institucionalização com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares, por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006; NARVAI, 2006).

Na década de 50, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), através de um convênio entre o Brasil e Estados Unidos, permitiu a expansão da atenção básica e dos serviços de saúde bucal. Os primeiros sistemas de fluoretação da água de abastecimento público foram inaugurados no Espírito Santo e Minas Gerais. No âmbito da saúde bucal, a proposta sespiana de organização da atenção aos escolares, de origem americana, que ficou conhecida como Sistema Incremental, inaugurou a programação local na Odontologia e foi o modelo hegemônico de atenção por mais de quatro décadas (ZANETTI; LIMA, 1996).

Entretanto, a adesão às proposições da APS entrou em pauta na agenda brasileira na década de 70, com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que foi inspirado na experiência de Montes Claros (MG) e possibilitou expansão da rede de atenção básica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Nas décadas de 60 e 70, em plena crise mundial, o *Relatório Lalonde*, publicado no Canadá, fez uma crítica à visão tradicional do campo da saúde, que apontou suas limitações diante da transição epidemiológica e demográfica vivida nos países industrializados. A experiência dos “médicos de pés descalços”, na China, novamente colocou em pauta a importância dos cuidados primários à saúde (CUETO, 2004). Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou a conferência de Alma-Ata, considerada o maior marco para APS.

A declaração de Alma-Ata definiu a APS como uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e promover a saúde para a sociedade. Considerou a APS o primeiro nível de atenção, que inclui elementos de participação da comunidade, intersetorialidade, acessibilidade e cobertura universal com base nas necessidades da população, educação em saúde, e uma tecnologia apropriada e efetiva em relação aos recursos disponíveis (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Nesta mesma época, no Brasil, predominava o modelo hospitalocêntrico que promoveu a expansão da rede hospitalar através de construções financiadas pela previdência social. Com a crise no sistema previdenciário brasileiro, a rearticulação dos movimentos sociais e as péssimas condições de vida da população surgiu a proposta de reformulação do sistema de saúde através de uma reforma sanitária.

O Movimento da Reforma Sanitária (MRS) teve como campo de práticas a proposta da Medicina Comunitária, e como massa crítica o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), que se consolidou como setor intelectual em franca oposição político-ideológica ao regime militar brasileiro e, conseqüentemente, ao modelo de saúde predominante (DAMASO, 1989).

A partir de década de 80, o agravamento da crise da previdência e as pressões sociais e políticas do setor saúde determinaram a criação de mecanismos para reordenamento do sistema de saúde. Entre eles o Prev-Saúde, o Plano do Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) e o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS). A saúde bucal, pela primeira vez, é indicada como uma das prioridades das políticas nacionais, com inclusão de incentivos financeiros para subsidiar os programas (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006). Este foi um importante passo para integração da APS e saúde bucal que historicamente desenvolvia suas práticas à distância, nas escolas, entre quatro paredes, restrita à prática do cirurgião-dentista com seu equipamento odontológico.



No final da década de 80, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no Ceará, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) renovou-se, no Brasil, o movimento de APS.

Enquanto que, no contexto internacional, estava em curso uma contrarreforma que valorizava a oferta de um pacote básico de serviços para populações pobres no âmbito da APS, com o intuito de diminuir as despesas com saúde dos países. Esta contrarrevolução foi liderada pelo Banco Mundial, Fundação Rockefeller e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (WORLD BANK, 1993). Nesta direção, os países passaram a olhar a APS como um programa de cuidados de saúde que prestava cuidados pobres a pessoas pobres. Várias experiências foram desenvolvidas na América Latina e Caribe, reguladas pelas diretrizes do Banco Mundial (OMS, 2008).

A expansão do PACS, em 1991, para todo o Brasil e a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, para alguns autores foi uma resposta às demandas das agências internacionais. Deve-se reconhecer que, se por um lado, a conjuntura era favorável para discussão de novas formas de organização de serviço, em que o PSF é sua base estruturante, por outro, a década de 90 foi o marco das políticas neoliberais na América Latina e Caribe. Esse cenário fez com que alguns autores considerados importantes no movimento sanitário brasileiro julgassem ser o PSF um programa pontual, “pacote básico” de assistência à saúde, cujas bases se sustentavam em um projeto-piloto centrado no médico, direcionado à clientela específica e focalizado em regiões pobres. (SOUSA; HAMANN, 2009).

Entretanto, a implantação do PACS e PSF em nível nacional, nesta época, se em um primeiro momento se aproximaram das características da APS seletiva<sup>1</sup>, posteriormente, ao invés de assumirem a lógica de um “pacote básico” de serviços de saúde tornaram-se programas estratégicos para a mudança da própria lógica do modelo de atenção à saúde vigente no país, o médico assistencial privatista (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; COHN, 2005).

Vale salientar que várias experiências capilarizadas por todo o país, como a proposta de Médico de Família de Niterói no Rio de Janeiro (RJ), Modelo em Defesa da Vida de Campinas em São Paulo (SP), a Ação Programática em Saúde da Universidade de São Paulo

---

<sup>1</sup> APS Seletiva é definida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevaletentes nos países em desenvolvimento.

(USP), os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) operacionalizado no Ceará e Bahia e o Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS) inspiraram a formulação da proposta Saúde da Família (BRASIL, 2010a; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; SOUSA, 2001).

Paralelamente, a saúde bucal começou a desenvolver experiências na tentativa de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e integrar a Odontologia na APS. Estas novas formas de vivenciar a organização do processo de trabalho da saúde bucal se concretizaram em experiências municipais e docentes assistenciais, e estavam fundamentadas em marcos institucionais e nas evidências da falta de acesso aos serviços de saúde bucal. Os movimentos mais importantes foram:

- A Bebê-Clínica em Londrina, Paraná, e o Programa de Inversão da Atenção (PIA) de Belo Horizonte, Minas Gerais, na década de 80.
- O Programa Saúde em Casa (PSC), as atividades docentes assistenciais com foco em visitas domiciliares, ações de promoção e prevenção da saúde do Distrito Federal e a formação do Distrito Sanitário em Curitiba, Paraná, na década de 90.
- Os relatos de experiências de organização da saúde bucal no contexto da saúde familiar nos encontros de saúde bucal coletiva, como a ENATESPO (Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico) de Cuiabá (1997) e de Fortaleza (1998).
- As conferências de Alma-Ata, 7ª e 8ª CNS, 1ª e 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB).
- A inclusão de procedimentos coletivos para saúde bucal na tabela SUS e alocação de recursos financeiros para financiamento das atividades de saúde bucal.
- A ampliação da rede de atenção básica, através do AIS e PIASS.
- Os levantamentos epidemiológicos das condições de saúde bucal dos brasileiros.
- Divulgação da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 1998, que demonstrou que, até então, 29,6 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao cirurgião-dentista.

Todas estas experiências e modelos de atenção à saúde bucal, inovadores na sua época, os marcos institucionais e as evidências da falta de acesso aos serviços de saúde bucal, inspiraram e tencionaram a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em 2003 a cobertura populacional das ESB alcançou 20,5% da população brasileira, o que correspondia a cerca de 35,8 milhões de pessoas. Esta cobertura aumentou para 37% em 2011 (CNSB, 2011). Entretanto, a oferta de atenção à saúde bucal expandiu-se nas unidades de saúde do SUS sem a hegemonização de um novo paradigma sustentável de programação que refletisse coerência entre os princípios do SUS e as ações assistenciais concretas (ZANETTI, 2001).

Nesta direção, a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004; a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, revisada em 2011; e o Caderno de Atenção Básica, em 2008, definiram as diretrizes e orientações quanto à organização do processo de trabalho das ESB na ESF (BRASIL, 2008, 2006a, 2004a).

Contudo, apesar da expansão da cobertura das ESB, o acesso universal aos serviços de saúde bucal, o planejamento e a programação a partir das necessidades da população, a atenção integral, a continuidade do cuidado e a coordenação da atenção se constituem como grandes desafios para as equipes.

Algumas iniciativas apontam para modelos mais equânimes e universais, com orientação familiar. Entretanto, a precarização nos vínculos de trabalho é identificada como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde. Essa questão compromete a relação dos trabalhadores com o sistema, prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços prestados, gera rotatividade dos profissionais nas ESB, o que compromete a longitudinalidade. A falta de qualificação, a dificuldade em estabelecer critérios de risco ou realizar levantamentos epidemiológicos para organização da demanda a partir das necessidades da população, a relação impessoal com as famílias adscritas, a focalização de práticas preventivo-promocionais em escolares e a ausência de parâmetros para avaliação têm dificultado o avanço do modelo assistencial em saúde bucal rumo aos princípios do SUS e da ESF. A redução das disparidades socioeconômicas e medidas de saúde pública dirigidas aos grupos mais vulneráveis permanecem como um desafio para todos os que formulam e operacionalizam as políticas públicas de saúde bucal no Brasil (ALMEIDA; FERREIRA, 2008; SOUSA; RONCALLI, 2007; NARVAI *et al.*, 2006; NASCIMENTO *et al.*, 2006; LOURENÇO, 2005; PADILHA *et al.*, 2005; RODRIGUES; ASSIS, 2005; RONCALLI, 2000).

Em contrapartida, os investimentos financeiros são crescentes no setor, e saltaram de R\$ 56,5 milhões em 2003 para R\$ 600 milhões em 2008 com a ampliação da oferta de

serviços na rede de APS e nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). (ANTUNES; NARVAI, 2010).

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia e da Coordenação Nacional de Saúde Bucal/Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com o Ministério de Ciência e Tecnologia aumentou também os investimentos em pesquisa e destinou desde 2002/2003 até 2008 R\$ 4.080.403,48 milhões para pesquisa em saúde bucal coletiva. Foram aprovados, no total, 99 Projetos de Pesquisa na subagenda da saúde bucal. Essa iniciativa tem o objetivo de expandir a produção do conhecimento básico aplicado em saúde bucal, contribuindo para o desenvolvimento de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde e para a superação das desigualdades. Também atende a uma antiga reivindicação dos pesquisadores odontológicos que, a partir de agora, vêm tendo o apoio efetivo do Ministério da Saúde para construir os conhecimentos que o Brasil precisa nesta área (CNSB, 2011).

Neste cenário, a produção teórica sobre organização do processo de trabalho das ESB e os modelos assistenciais de saúde bucal no âmbito da APS no SUS foi incrementada e experiências locais de implantação das ESB estão sendo divulgadas, descritas e avaliadas.

A presente pesquisa contextualiza-se no cenário descrito, apoiado no referencial teórico e postulados de Starfield (2002), que a partir da revisão de vários estudos avaliativos e evidências da efetividade da APS, definiu uma estrutura para medição e determinou seus conceitos. Para autora, a APS se diferencia dos outros níveis de atenção por quatro atributos essenciais - acesso/atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado - e três atributos derivativos - centralização na família, competência cultural e orientação comunitária.

Esses atributos podem ser avaliados ou descritos separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços de APS. Assim, um serviço de saúde dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados.

A identificação rigorosa da presença e extensão dos atributos citados é fundamental para definir um serviço como realmente orientado para a APS. Além disso, a identificação

dos avanços e desafios em relação à orientação do processo de trabalho das ESB para os atributos da APS permite verificar se ocorreu mudança no modelo assistencial das equipes paralelamente ao aumento da cobertura dos serviços.

Nesta perspectiva, as questões que orientam este projeto a ser desenvolvido na 11ª Região de Saúde de Sobral, Ceará, são:

- Qual a relação existente entre o processo de trabalho das ESB e os atributos essenciais e derivativos da APS?
- Quais fatores dificultam ou favorecem o atendimento dos atributos essenciais da APS no processo de trabalho das ESB?
- Existe alguma relação entre o porte populacional dos municípios e a organização do processo de trabalho das ESB?

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Analisar o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB), na Estratégia de Saúde da Família (ESF), na 11ª Região de Saúde de Sobral, no estado do Ceará, em 2011.

### **Objetivos específicos**

- Caracterizar e descrever as ESB inseridas na ESF.
- Descrever o processo de trabalho das ESB em relação aos atributos essenciais da APS: acesso/primeiro contato, longitudinalidade do cuidado, coordenação da atenção e integralidade.
- Analisar as ações das ESB no âmbito da APS em relação aos atributos derivativos: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.
- Relacionar o porte populacional dos municípios pesquisados e a organização dos processos de trabalho das ESB.

### 3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

#### 3.1 Contexto histórico

Muitas análises sociais, demográficas e políticas percorreram a história da saúde pública que, em suas origens, esteve estreitamente vinculada ao contexto histórico e suas circunstâncias e às políticas de saúde que se desenvolveram, tanto nos países europeus como nas Américas (NUNES, 2006).

Os conceitos de cuidados primários em saúde originaram-se em 1920, na Inglaterra, quando Lord Dawson, presidente do Conselho Consultivo de Serviços Médicos e Família, apresentou ao parlamento um documento detalhado sobre os serviços de saúde. O *Relatório Dawson* recomendou que a distribuição dos serviços médicos deveria considerar as necessidades da população, a prevenção não poderia ser separada da medicina curativa e os serviços de saúde deveriam ser coordenados (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

Lord Dawson acreditava que o sistema de saúde deveria ser composto por centros de saúde primários, centros de saúde secundários, serviços domiciliares e hospitais escola. As bases do conceito de regionalização se originaram a partir desse relatório (Anexo A). Para Starfield (2002), um sistema de saúde que utiliza a regionalização como forma de organizar e coordenar a atenção deve ser planejado para responder aos vários níveis de necessidades em saúde da população. O conceito de regionalização, proposto por Dawson, influenciou a reorganização dos serviços de muitos países.

No contexto internacional, iniciava-se o debate sobre cuidados primários em saúde, enquanto no contexto brasileiro, até a década de 30, as oligarquias rurais predominavam e as políticas de saúde encontravam-se voltadas para doenças pestilências como a varíola, febre amarela e peste bubônica (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

As ações de saúde e saneamento eram centralizadas e verticalizadas, voltadas para comunidades rurais. Nesse período, conhecido como Primeira República, eclodiu um movimento sanitário influenciado pelos modelos de polícia médica na Alemanha, reforma urbana de Paris e o Instituto Pasteur, na França, sob a liderança de médicos formados nestes países, denominado Sanitarismo Campanhista (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

As duas principais instituições de pesquisa biomédica e saúde pública do país, Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro e Butantã no estado de São Paulo, originaram-se nesse período e passaram a influenciar as ações em saúde pública. É criado também, em 1926, o Departamento Nacional de Saúde Pública. O movimento sanitário transformou a saúde em uma questão social e política (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Na primeira metade do século XX, nos países europeus, expandiu-se a oferta de serviços de saúde a partir do modelo de seguro social concebido na Alemanha por Otto Von Bismarck e da criação, no Reino Unido, do Serviço Nacional de Saúde, que teve como influência o relatório escrito por Sir Willian Beveridge. A proposta *beveridiana* inaugurou um novo marco na saúde com a garantia de acesso universal. Nesta perspectiva, atualmente, os sistemas de saúde dos países que tem como base de financiamento o seguro social originam-se da proposta *bismarkiana* e aqueles que têm como princípio o acesso universal fundamentaram-se na proposta *beveridiana*. (CONIL, 2006).

Essas duas modalidades de financiamento e organização de serviços da saúde influenciaram a configuração dos sistemas de saúde nas Américas e Europa.

No Brasil, no mesmo período, um movimento armado liderado pelos estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraíba culminou no golpe que depôs o presidente Washington Luís, impediu a posse do presidente eleito Júlio Prestes e pôs um fim a República Velha (*Era café com leite*). Iniciou-se a predominância da estrutura urbano-industrial (DONNANGELO, 1975).

Este período, conhecido como era Vargas (1930-1945), implementou políticas de saúde que refletiam as alterações nos campos político (diferenças regionais nas atividades econômicas), ideológico (projeto político ideológico da construção do estado nacional) e institucional (criação do Ministério de Educação e Saúde Pública). Estabeleceu-se a assistência médica previdenciária com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), a prestação de serviços para populações pobres, desempregadas por instituições filantrópicas e as ações de saúde pública voltadas para controle de vetores e doenças específicas como câncer, tuberculose, lepra e doenças mentais (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

As ações de saúde pública, basicamente resumidas em campanhas verticalizadas, foram descentralizadas para os estados e seguiram sob orientação do governo federal. Essas



diretrizes adequavam ao contexto brasileiro propostas debatidas em fóruns internacionais patrocinados pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e medidas preconizadas e aplicadas nos Estados Unidos da América (EUA) (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005).

Na década de 50, o modelo de atenção à saúde, a partir de ações e campanhas verticalizadas, como as abordagens verticalizadas da OMS para erradicação da malária, foram foco de críticas. Novas propostas para saúde e desenvolvimento foram elaboradas pelos países membros da OMS. Os marcos teórico-conceituais que influenciaram esse movimento foram: os livros de John Bryant, *Health and the Developing World*, que questionou os sistemas de saúde baseados em hospitais e falta de ênfase na prevenção; de Carl Taylor (Universidade de John Hopkins), que sugeriu um modelo de atenção à saúde para países pobres; e o relatório *Health By the People*, da OMS (CUETO, 2004).

Apesar dos questionamentos sobre as campanhas e ações da OMS, o Brasil adere, em 1958, à campanha de erradicação da malária proposta por esse órgão, que se estende até 1970. Na interseção entre as reformas na estrutura de saúde nacional e o diálogo dessas transformações com as diretrizes internacionais de saúde, foi também criado, dentro do Ministério da Educação e Saúde (MES), o SESP. Resultado de um convênio entre o MES e o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA), o objetivo inicial da nova instituição era controlar a malária no Vale do Rio Doce e na Amazônia, regiões produtoras de matérias-primas como borracha e ferro, as quais, no contexto de guerra, muito interessavam aos Estados Unidos (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; PONTE, 2010).

A OPAS, na segunda metade dos anos 50, discutiu o projeto preventivista e criticou o modelo biomédico. Entretanto, essa crítica vinculava-se muito mais ao projeto pedagógico dos cursos da área da saúde do que às práticas executadas. No Brasil, são criados os primeiros Departamentos de Medicina Preventiva e Social como resultado direto deste debate (NUNES, 2006). Esse novo campo de especialidade passou a ser o *locus* no qual iniciou-se a organização do MRS no Brasil (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Com a queda de Vargas, o Brasil iniciou um período de 19 anos de democracia (1945 a 1965). Ocorreu, neste período, um intenso debate sobre os custos econômicos das doenças como obstáculo ao desenvolvimento do país. Esse dilema entre saúde e desenvolvimento ficou conhecido como Sanitarismo Desenvolvimentista. Permaneceu a dicotomia entre saúde pública e assistência médica, com ênfase da primeira em ações sobre doenças específicas,

combate das doenças tropicais como a malária e centralização nas comunidades rurais. (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

No mesmo período iniciou-se amplo debate sobre uniformização e unificação dos IAP, devido o recrutamento dos assalariados em diferentes estratos sociais, a origem rural da mão de obra, as diferenças de níveis salariais e de riscos profissionais interferiram na dinâmica de funcionamento interno dos institutos. As necessidades de consumo crescentes e os baixos níveis salariais, advindos da insuficiência do desenvolvimento econômico, geraram tensões e maior participação dos trabalhadores no processo político (greves, reivindicações), e deslocam o estado para a política das massas, mais conhecida como populismo, que se estende até 1964 (DONNANGELO, 1975).

Nas décadas de 60 e 70, últimas décadas da Guerra Fria, com a perda da hegemonia americana, e o predomínio dos governos social democratas em países europeus, surgem os conceitos de cuidados primários em saúde. Neste contexto, um médico dinamarquês, Halfdan Mahler, que participou das campanhas de combate à tuberculose da Cruz Vermelha e OMS em países menos desenvolvidos, assume a direção da OMS, que começou a desenvolver projetos de serviços básicos de saúde, precursores da APS (CUETO, 2004).

No Brasil, o golpe militar de 1964 pôs um fim ao período democrático brasileiro e, ao mesmo tempo, suprimiu os debates políticos. O começo da ditadura militar foi marcado por uma brutal repressão política aos inimigos do regime, entretanto, simultaneamente há crescimento do país e controle da inflação, “o milagre brasileiro”. Contudo, os benefícios do crescimento eram distribuídos de forma desigual, a alta concentração de renda, péssimas condições de vida e a crescente migração do campo para as cidades foram fatores que condicionaram a estrutura imposta pelo regime militar (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

As necessidades de consumo crescentes e os baixos níveis salariais advindos da insuficiência do desenvolvimento econômico, que geraram tensões e maior participação dos trabalhadores no processo político (greves, reivindicações), desloca o estado para a política das massas. No decorrer desse período agravaram-se os problemas internos dos institutos decorrentes da demanda de serviços, sobretudo, da assistência médica. A reformulação legislativa se desdobra na criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966 (DONNANGELO, 1975).

O INPS passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores. A rede hospitalar privada foi ampliada através do financiamento a fundo perdido com dinheiro da previdência. Nesse período, se consolida a hegemonia do modelo biomédico ou médico assistencial privatista no Brasil (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Enquanto no Brasil se consolidava a hegemonia do modelo biomédico, o amplo debate realizado em várias partes do mundo, que ressaltou a determinação social da saúde, procurou extrapolar a orientação do cuidado centrado na doença. Uma das primeiras observações relativas ao cuidado à saúde que rompeu com a abordagem tradicional foi o relatório das missões da OMS, na China, em 1973 e 1974 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; FERREIRA; BUSS, 2001).

O documento mencionava um conjunto de atividades desenvolvidas por líderes comunitários em localidades rurais, os “médicos de pés descalços”. As ações combinavam cuidados preventivos e curativos, alopatia e medicina tradicional chinesa, e foi um dos modelos que inspirou a configuração da proposta da APS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; FERREIRA; BUSS, 2001).

As missões, que também avaliaram experiências exitosas em cuidados primários de saúde em Bangladesh, Cuba, Índia, Níger, Nigéria, Tanzânia, Venezuela e Iugoslávia, identificaram os fatores-chave na organização dos cuidados primários em saúde e pautaram a Assembléia Mundial de Saúde, de 1975, da OMS (CUETO, 2004).

Outro elemento que colaborou nesse debate foi o *Relatório Lalonde*, apresentado em 1974 pelo então Ministro da Saúde e Assistência Social Marc Lalonde. O documento teve como objetivo revelar uma nova perspectiva de saúde para os canadenses e estimular a discussão sobre os programas de saúde do Canadá (LALONDE, 1974).

O relatório faz uma crítica à visão tradicional do campo da saúde, identificava suas limitações diante da transição epidemiológica - aumento da morbi-mortalidade das doenças crônicas degenerativas e das mortes por causas externas - e demográficas - envelhecimento da população - no país que se relacionava com estilo de vida dos canadenses e os riscos ambientais.

O documento concluiu que, mesmo com uma cobertura de leitos hospitalares de quase 100%, crescentes gastos em serviços médicos e odontológicos, e recursos humanos disponíveis, porém mal distribuídos, os serviços não estavam acessíveis para todos os segmentos da população, o que comprometia sua efetividade (LALONDE, 1974).

As discussões no campo da saúde e o contexto internacional do final da década de 70 propiciaram um cenário favorável para que a OMS, em 1976, na Assembleia Mundial, propusesse a meta “Saúde Para Todos no ano 2000” (CUETO, 2004).

Na América Latina, as ideias de Juan César Garcia penetraram nos meios acadêmicos brasileiros. Experiências de medicina comunitária foram desenvolvidas nos Departamentos de Medicina Preventiva, ao mesmo tempo em que iniciava-se um confronto teórico, como o movimento preventivista, de matriz americana (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Do ponto de vista teórico-acadêmico destacaram-se as teses *O dilema preventivista*, de Sérgio Arouca; e *Medicina e Sociedade*, de Cecília Donnangelo (1975); e a criação do primeiro curso de pós-graduação em Medicina Social (NUNES, 2006; SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

No final da década de 70, a delegação chinesa da OMS propôs a realização de uma conferência internacional sobre cuidados primários em saúde. A União Soviética se opôs à ideia devido às constantes tensões entre os países comunistas, entretanto, ao perceber que o movimento de cuidados primários em saúde crescia, o delegado da OMS que representava a União Soviética tensionou para que a reunião fosse realizada no seu país. Entre os dias 6 a 12 de setembro de 1978, foi realizada a Conferência sobre Cuidados Primários em Saúde em Alma-Ata, capital do Cazaquistão, república da União Soviética (CUETO, 2004).

A declaração de Alma-Ata definiu cuidados primários em saúde, como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham. (Alma-Ata, 1978, p.15 ).

A Conferência de Alma-Ata, considerada o maior marco para APS, definiu como componentes fundamentais da APS, educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar, prevenção de doenças endêmicas locais, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição, medicina tradicional, tratamento adequado de doenças e lesões comuns (STARFIELD, 2002).

A concepção de atenção primária, expressa na Declaração de Alma-Ata, pressupõe que esta seja a parte central do sistema de saúde, e a parte mais geral do desenvolvimento social e econômico das comunidades. Destacou os crescentes custos com assistência médica em decorrência do incremento de novas tecnologias que são incorporadas ao cuidado em saúde sem avaliação do seu custo-benefício (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Esse discurso apoiaria, ao longo das décadas seguintes, de distintas maneiras e com distintos graus de intensidade, processos de reforma em países com modelos de prestação de serviços tão diversos quanto Cuba, Moçambique, Canadá, Inglaterra, Espanha, para citar alguns exemplos (CONIL, 2008).

A adesão as proposições da APS entrou em pauta na agenda brasileira na década de 70, com a criação do PIASS. O PIASS fundamentou-se na experiência exitosa de Montes Claros, Minas Gerais, e uniu a medicina social ao sanitarismo desenvolvimentista, o que possibilitou o avanço do movimento sanitário. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

O Projeto Montes Claros (MOC) foi uma experiência que incorporou na sua prática os conceitos de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular[...] (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 69)

No final da década de 70, a crise no sistema previdenciário brasileiro se agravou. Neste contexto, surgiu a proposta de reformulação do sistema de saúde através de uma reforma sanitária.

A implantação da reforma sanitária no Brasil foi resultado de escolhas e decisões no discurso e na prática política. A Medicina Comunitária, na década de 70, surgiu como proposta de prática alternativa à organização dominante. A teoria dos sistemas no nível de planejamento e a Medicina Comunitária ao nível operacional consolidaram-se como setores intelectuais em franca oposição político-ideológica ao regime militar (DAMASO, 1989).

O movimento encontra seu *Braço Civil* na instituição do CEBES, em 1976, que tinha como foco ampliar o debate contra-hegemônico para a sociedade civil e movimentos sociais. O *Braço Estatal* se configura como uma reposta solidária do setor de saúde à tentativa de redemocratização do país (DAMASO, 1989). Outra organização que teve papel protagonista na luta do movimento sanitário foi a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criada em 1979. A Igreja também teve papel destacado no processo de redemocratização do Brasil e na reforma sanitária (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

[...] Reforma Sanitária é, na visão de Berlinguer, a *saúde*, certamente do mesmo modo como a redistribuição da terra é o fundamento revolucionário de uma reforma agrária. A Reforma Sanitária privilegiou até aqui o seu momento de *reforma*, mas tudo indica que o seu destino próximo depende de que ela seja, finalmente, *sanitária*, sob pena de ser novamente tragada pela burocracia estatal da saúde. (DAMASO, 1989, p. 89)

A partir de 1980, com o agravamento da crise da previdência e as pressões sociais e políticas do setor saúde surgiram mecanismos para reordenamento do sistema de saúde. Entre eles destacam-se o Programa Nacional de Serviços de Saúde (Prev-Saúde), o CONASP e as AIS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Giovanella e Mendonça (2008), ao citar Mendonça (1992), destacam que o Plano Conasp rompeu a tendência centralizadora na formulação de políticas a partir do nível federal e abriu espaço para experiências localizadas, em especial as AIS, uma proposta de organização de serviços básicos municipais com base em convênio entre as três esferas.

Contudo, apesar do entusiasmo inicial, era difícil de implementar os cuidados primários em saúde após Alma-Ata. As décadas de 1980 e 90 se revelaram dramáticas para os serviços públicos de saúde. A segunda crise do petróleo, as dívidas externas dos países menos desenvolvidos ocasionaram restrição dos gastos públicos e dos sistemas de proteção social, predominando as regras do livre mercado. Neste momento de recessão da economia mundial, as metas estabelecidas em Alma-Ata “Saúde para Todos no Ano 2000” e a estratégia de cuidados primários em saúde foram criticadas por agências internacionais. Cerca de um ano após a Conferência, uma interpretação diferente de cuidados primários apareceu: atenção primária seletiva (CUETO, 2004; BROWN; CUETO; FEE, 2006; OPAS, 2007).

A Fundação Rockefeller, associada ao Banco Mundial, UNICEF e Agência de Desenvolvimento dos Estados Unidos, patrocinou, em 1979, uma pequena conferência intitulada “*Health and Population in Development*” no seu Centro de Conferências de Bellagio, na Itália. A conferência foi inspirada no artigo publicado por Julia Walsh e Kenneth S. Warren “*Selective Primary Health Care, an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries.*” Nos anos seguintes essas intervenções foram reduzidas a quatro estratégias de intervenção conhecidas como GOBI, que incluíam monitoramento do crescimento, técnicas de reidratação oral, amamentação, planejamento familiar, em alguns países foram incluídos também suplementos alimentares, alfabetização para mulheres (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

Esta abordagem foi permeada de críticas. Newell (1988) afirmou, em publicação científica, que os defensores de intervenções seletivas de saúde, e os governos que implementavam a abordagem seletiva, ignoravam as ideias revolucionárias propostas para os cuidados primários na conferência de Alma-Ata e, neste sentido, principiavam uma contra revolução.

No Brasil, entre 1984 e 1987, os Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC) foram lançados paralelamente às AIS como parte da estratégia para consolidar a rede de serviços básicos de saúde. Eles serviram de base para a atenção voltada para grupos de risco como idosos, adolescentes, portadores de doenças crônicas etc (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Esses programas, em suas diretrizes, tinham grandes semelhanças com as estratégias de intervenção de atenção primária seletiva propostas pelas agências internacionais.

Em 1985, o regime militar chegou ao fim, com as eleições indiretas, intensa comoção social é vivida no país. Em um contexto de redemocratização do país com o final do regime militar, no final da década de 80, o MRS se fortaleceu e reuniu intelectuais, profissionais de saúde e sociedade civil organizada em um grande marco na reorganização do sistema de saúde no Brasil: a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que foi presidida pelo professor Antônio Sérgio da Silva Arouca. A conferência contou com a participação de mais de 4000 pessoas, entre as quais 1000 delegados de todo o país.

A partir da 8ª CNS, a saúde passou a ser considerada, antes de tudo, como resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, e deve ser entendida no contexto histórico de cada sociedade e no seu

estágio de desenvolvimento. Após a realização da Conferência, formou-se uma Comissão Nacional para a Reforma Sanitária (CNRS) para apresentação da emenda constituinte na Assembleia. A emenda popular apresentada pela plenária da saúde foi defendida por Sérgio Arouca, então presidente da Fiocruz. Embora o texto constitucional não fosse idêntico ao que os sanitaristas haviam levado à Assembleia, o essencial foi mantido, ou seja, era dever do Estado a criação de um sistema universal de saúde, gratuito e de qualidade para todos os brasileiros, bem como a ordenação da formação dos trabalhadores para esse sistema (FALLEIROS *et al.*, 2010). Neste contexto, nasce o SUS.

A construção das políticas públicas de saúde no Brasil, através da participação social, foi reconhecida pela OMS (2008), que destacou no Relatório Mundial de Saúde:

No Brasil, nas sete primeiras Conferências Nacionais de Saúde, as plataformas para o diálogo político nacional no setor da saúde entre 1941 e 1977, tiveram, distintamente, uma abordagem de cima-para-baixo e para funcionários públicos, com uma progressão clássica de planos nacionais para programas, com a expansão da rede de serviços de saúde primários. O marco decisivo veio com a 8ª conferência, em 1980: o número de participantes aumentou de algumas centenas para 4.000 participantes, dos eleitorados mais diversos. Nesta e em todas as conferências subseqüentes prosseguiram agendas que, mais do que nunca, eram orientadas por valores de democracia na saúde, de acesso, de qualidade, de humanização dos cuidados e de controle social. A 12ª conferência nacional, em 2003, anunciou uma terceira fase de consolidação: 3.000 delegados, 80% deles eleitos; a saúde como um direito para todos; e como um dever do Estado. (OMS, 2008, p.92).

O SUS possui seu marco legal amparado na Constituição Federal de 1988, na qual a Saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da Previdência e Assistência Social, em especial na seção II, artigos 196 a 200. Ampara-se, ainda, nas Leis Orgânicas de Saúde a 8080/90 e 8142/90, que dispõem sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo o território nacional, estabelecem o formato da participação popular no SUS e dispõem sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, respectivamente (FALLEIROS *et al.*, 2010).

O movimento de construção do SUS renovou a concepção de APS no Brasil através da regulamentação de um sistema de saúde fundamentado na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social. (GIOVANELLA *et al.*, 2009). O Sistema de Saúde proposto pela CNRS afastou-se da



concepção de APS seletiva disseminada pelas agências internacionais e aproximou-se da concepção de APS proposta por Alma-Ata.

No contexto internacional, no início da década de 90, o Banco Mundial divulgou relatório intitulado “*Investing in Health*”, que orientou os países em desenvolvimento quanto aos investimentos em saúde e desenvolvimento de programas financiados por esta instituição. O documento fez um resumo dos crescentes gastos em saúde nos países em desenvolvimento e destacou experiências bem sucedidas. Apontou, ainda, que as políticas de saúde deveriam ser orientadas para populações pobres e estabeleceu um pacote de serviços básicos para ser desenvolvido pelos países em desenvolvimento, que incluía: atenção às gestantes, planejamento familiar, controle de tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, atenção a doenças comuns da infância. (WORLD BANK, 1993).

Com o estímulo do Banco Mundial, teve vigência uma orientação da oferta de cestas básicas constituídas por um pacote de serviços essenciais. Os resultados são questionados especialmente por críticas de que essa proposta leva a iniquidades. Posteriormente, no bojo do movimento de reforma do setor saúde, as políticas de saúde e da APS orientaram-se por critérios alheios à saúde como descentralização, reforma da administração pública e controle de gastos do Estado (MENDES, 2009).

Gil (2006) destaca que APS, por ter sido implementada num contexto no qual a expansão da cobertura, veio acompanhada das propostas de contenção do financiamento, teve seus pressupostos estruturantes de um novo modelo (universal, equânime, inclusivo, integral) obscurecidos pelo ideário neoliberal racionalizador (focalização, baixo custo, pacote básico, excludente).

Como resultado, as autoridades de saúde nacional e global passaram, muitas vezes, a olhar para a APS não como um conjunto de reformas, como era proposto, mas como mais um programa de prestação de cuidados de saúde, entre muitos outros, que prestava cuidados a pessoas pobres (OMS, 2008)

Várias experiências se desenvolveram na América Latina, pautadas nas orientações das agências internacionais. Entretanto, o PACS e o PSF implantados em nível nacional nesta época, se em um primeiro momento se aproximaram das características da APS seletiva, posteriormente, ao invés de assumirem a lógica de um “pacote básico” de serviços de saúde tornam-se programas estratégicos para a mudança da própria lógica do modelo de atenção à

saúde vigente no país, o médico assistencial privatista (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; COHN, 2005).

### **3.2 Enfoques de Atenção Primária à Saúde**

Em 2003, os Estados Membros da OPAS, em virtude de experiências dos países desenvolvidos e em desenvolvimento demonstrarem igualmente que a APS pode ser interpretada e adaptada para diferentes contextos políticos, sociais, culturais e econômicos, decidiram realizar uma revisão da APS (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

A reunião realizada em Montevideu, Uruguai, em 2005, discutiu novos rumos para APS e contou com presença de especialistas externos e internos a OPAS, entre eles, Barbara Starfield, Sarah Escorel, James Macinko, Carmem Teixeira, para citar alguns nomes. Em 2007, foi publicado o documento “*Renewing Primary Health Care in the Americas*”. Ao revisitar o relatório de Alma-Ata, o propósito deste documento foi gerar ideias e recomendações para permitir tal renovação, bem como ajudar a fortalecer e revigorar a APS em um conceito que pode nortear o desenvolvimento dos sistemas de saúde pelos próximos 25 anos e mais.

As percepções de APS são diferentes para países industrializados e em desenvolvimento, e estão na interdependência do processo de desenvolvimento da saúde e políticas sociais, da distorção dos princípios da APS pelas agências internacionais, da divergência entre pontos de vista em relação às metas ambiciosas divulgadas em Alma-Ata. Neste contexto, não foi implantada igualmente nos países. Enquanto na Europa é tida como o primeiro nível de atenção, nos países em desenvolvimento foi primariamente seletiva, salvo algumas experiências que adotaram a abordagem mais abrangente de APS (OPAS, 2007). O Quadro 1 demonstra os diferentes enfoques da APS.

Quadro 1- Tipos de Abordagens de Atenção Primária à Saúde

<b>Abordagem</b>	<b>Definição ou conceito de Atenção Primária em Saúde</b>	<b>Ênfase</b>
APS Seletiva	Enfocam um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevaletentes nos países em desenvolvimento. Os serviços principais tornaram-se conhecidos como GOBI (monitoramento de crescimento, técnicas de re hidratação oral, amamentação e imunização) e algumas vezes incluíram complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar (GOBI-FFF).	Conjunto específico de atividades de serviços de saúde voltados à população pobre
Atenção primária	Refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. Trata-se da concepção mais comum dos cuidados primários de saúde em países da Europa e em outros países industrializados. Em sua definição mais estreita, a abordagem é diretamente relacionada à disponibilidade de médicos atuantes com especialização em clínica geral ou medicina familiar.	Nível de atenção em um sistema de serviços de saúde
APS abrangente de Alma-Ata	A declaração de Alma-Ata define a APS como o primeiro nível de atenção integrada e abrangente que inclui elementos de participação da comunidade, coordenação intersetorial e apoio em vários trabalhadores de saúde e médicos tradicionais. A definição inclui diversos princípios, a saber: a necessidade de enfrentar determinantes de saúde mais amplos; acessibilidade e cobertura universais com base na necessidade; envolvimento comunitário e individual e auto-confiança; ação intersetorial para a saúde; e tecnologia apropriada e efetividade de custos em relação aos recursos disponíveis.	Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde
Abordagem de Saúde e de Direitos Humanos	Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Difere em sua ênfase sobre as implicações sociais e políticas da declaração de Alma-Ata mais do que sobre os próprios princípios. Defende que o enfoque social e político da APS deixou para trás aspectos específicos de doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação”, se pretendem alcançar melhoras de equidade em saúde.	Uma filosofia que permeia os setores social e de saúde

Fonte: Adaptado de Vuori, 1985 *In*: OPAS, 2007.

O mecanismo proposto de renovação da APS orientou que os sistemas de saúde adotem a APS em sua abordagem abrangente da organização e da operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade. Neste sentido, a OPAS recomendou abordagens abrangentes de APS e justificou:

Há diversos motivos para adotar uma abordagem renovada da APS, incluindo: o surgimento de novos desafios epidemiológicos que exigem a evolução da APS para abordá-los; a necessidade de corrigir os pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas das abordagens amplamente divergentes da APS; o desenvolvimento de novas ferramentas e o conhecimento de melhores práticas que a APS pode capitalizar de forma a serem mais eficazes; um crescente reconhecimento de que a APS é uma ferramenta para fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde; e um crescente consenso de que a APS representa uma abordagem poderosa para combater as causas de saúde precária e de iniquidade. (OPAS, 2007, p.2).

O movimento de fortalecimento e renovação da APS, iniciado pela OPAS nas Américas, recebeu apoio da OMS, que atualmente tem, na diretoria geral, a Dra. Margareth Chan, da República Chinesa, médica, formada na Universidade de Western Ontário, Canadá. Em 2008, no 60º aniversário da OMS e após trinta anos de Alma-Ata, a OMS publicou o relatório mundial *“The world health report 2008: primary health care now more than ever”*, que reafirmou e trouxe evidências das vantagens e resultados em saúde de sistemas de saúde baseados em um enfoque de APS abrangente. Este relatório citou, inclusive, iniciativas brasileiras, como Abordagem Integrada das Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) e as Equipes da ESF como políticas que fortalecem a APS e o papel dos Institutos de Nacionais de Saúde Pública, como a Fiocruz no desenvolvimento de políticas e capacitação dos profissionais.

A experiência dos últimos 27 anos demonstra que os sistemas de saúde que aderem aos princípios da APS conseguem melhores resultados e aumentam a eficiência do sistema de saúde, tanto para os indivíduos quanto para a saúde pública, bem como para os provedores públicos e privados (OPAS, 2007).

### 3.3 Atributos essenciais e qualificadores da Atenção Primária à Saúde

Entre os marcos teórico-conceituais da APS destaca-se a publicação do livro “*Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*”, da Professora Bárbara Starfield, em 1998. O livro traz evidências sobre o papel da APS nos sistemas de saúde, evidências científicas dos seus impactos na saúde da população, e compara o custo benefício entre países com diferentes formas e em diferentes graus de implantação dessa estratégia, além de propor uma estrutura para mensuração da APS e definir seus atributos.

Historicamente, a APS tem sido caracterizada pelo tipo de profissional que nela atua, em que espera-se que haja predominância de especialistas em APS nas unidades de saúde. Entretanto, a maior limitação para esse tipo de caracterização é que o perfil de profissionais que atuam em serviço de APS pode variar de país para país. A primeira descrição sobre APS que considerou a natureza dos problemas de saúde, pelo local da prestação do atendimento, pelo padrão de encaminhamento, pela duração da responsabilidade, pelas fontes de informação, pelo uso de tecnologia, pela orientação do interesse e pela necessidade de treinamento foi feita em 1961 por White, Willians e Greenberg. O estudo revelou que em uma população de risco de 1000 pessoas adultas, com 16 anos ou mais, 750 experimentaram algum episódio de doença, 250 procuraram médicos generalistas, destes 9 foram hospitalizados, 5 encaminhados para outro especialista, e 1 referenciado para hospital de alta complexidade.

Entretanto, esta abordagem, embora geralmente útil para ilustrar a singularidade da APS, não oferece uma base apropriada para o estabelecimento de medidas e metas de desempenho nos serviços de APS (STARFIELD, 2002).

Em 1978 o *Institute of Medicine American* (Instituto de Medicina) sugeriu uma abordagem para avaliar a APS em que listou seus atributos como: acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade. Este foi um marco importante na tentativa de delinear um método normativo para medir a APS. Contudo, a maioria dos indicadores e definições sugeridas não eram específicos da APS. Os indicadores selecionados exigiam um alto nível de desempenho e eram difíceis de serem atingidos, e centravam-se na capacidade instalada de serviços e não na sua realização concreta (STARFIELD, 2002)

Um relatório de 1996 da mesma instituição, definiu a APS como a oferta de serviços integrados e acessíveis por meio de clínicos que sejam responsáveis por atender a uma grande maioria de necessidades pessoais de atenção, desenvolvendo uma parceria constante com os pacientes e trabalhando no contexto da família e da comunidade. Essa definição não inclui o primeiro contato e enfoca a atenção individual (DONALDSON *et al.*, 1996 *apud* STARFIELD 2002).

A Associação Médica Canadense, em 1996, considerou a APS como porta de entrada do sistema de saúde e inclui intervenções comunitárias na definição das funções da APS. No mesmo ano é divulgada a *Charter for General Practice/Family Medicine in Europe* (Carta para Clínica Geral/Medicina de Família na Europa), que descreve 12 características para a APS:

1. **Geral:** não é restrita a faixas etárias ou tipos de problemas ou condições.
2. **Acessível:** em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura.
3. **Integrada:** realiza ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde.
4. **Continuada:** longitudinalidade ao longo de grandes períodos de vida.
5. **Equipe:** médico é parte de um grupo multidisciplinar.
6. **Holística:** perspectivas físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, das famílias e das comunidades.
7. **Personalizada:** atenção centrada na pessoa e não na enfermidade.
8. **Orientada para a família:** problemas compreendidos no contexto da família e das redes sociais.
9. **Orientada para comunidade:** considera o contexto de vida da comunidade; tem conhecimento de necessidades de saúde da comunidade; colaboração com outros setores para desencadear mudanças positivas na saúde.
10. **Coordenada:** coordenação de toda a orientação e apoio que a pessoa recebe.
11. **Confidencial.**
12. **Defensora:** defensora do paciente em questões de saúde sempre e em relação a todos os outros provedores de atenção à saúde.

Donabedian (1978) sistematizou um conjunto de variáveis importantes que podem avaliar a qualidade de um sistema ou serviço de saúde e classificou de acordo com suas características em estrutura, processo e resultado. A avaliação do processo inclui a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde individualmente ou em grupo e

referem-se à qualificação profissional, organização e coordenação do processo de trabalho das equipes. A avaliação da estrutura abrange as condições do ambiente e equipamentos em que os serviços são prestados e os resultados são avaliados, a partir da verificação de mudanças no estado de saúde de uma população que possam ser atribuídas ao processo de cuidado (Anexo B).

As visões de APS, centradas no indivíduo e na população, ofereceram a base normativa para avaliação da APS dentro de um sistema de saúde e colaboraram na construção da estrutura de avaliação da APS proposta por Starfield (2002).

Starfield (2002) propôs uma estrutura para avaliação da APS que considerou os conceitos dos atributos essenciais e derivativos em medidas de estrutura (capacidade) e processo (desempenho).

Os atributos essenciais e exclusivos da APS compreendem: acesso/atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

O **Acesso/atenção ao primeiro** contato é definido como acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas. A acessibilidade é a possibilidade de uma pessoa chegar a um serviço de saúde, é o componente estrutural necessário para a primeira atenção. Para oferecê-la, o local deverá ser facilmente acessível e disponível. A acessibilidade pode ser medida em relação ao tempo (horário de disponibilidade dos serviços, facilidade da marcação de consulta e tempo de espera pela mesma), barreiras geográficas (adequação de transporte, distância a ser percorrida até a unidade), e psicossocial (barreiras linguísticas ou culturais) (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

A **Longitudinalidade** conceituada como existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo, é alcançada mediante alguma forma de registro do paciente, manutenção de cadastro de pacientes na unidade. É a fonte habitual onde um paciente procura atenção à saúde, dependente da relação profissional paciente, promovida por meio de vinculação formal da população com a unidade de APS. A essência da longitudinalidade é uma relação ao longo do tempo, seus benefícios não podem ser alcançados em períodos inferiores a um ano. (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

A **Integralidade** compreende o leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades, hospitais, entre outros. Adequação e qualificação dos profissionais, das unidades, dos equipamentos e serviços de apoio. A APS deve obter um alto nível de desempenho no reconhecimento das necessidades existentes na população para alcançar a integralidade. O desafio é reconhecer as situações nas quais uma intervenção é necessária e justificada. Inclui a disponibilidade de realização de visitas domiciliares pelos profissionais quando necessário (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

A **Coordenação da atenção** pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe, através da coordenação entre os serviços. A coordenação será facilitada por meio de vínculos formais entre os níveis de atenção e linhas de comunicação. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de serviços e problemas anteriores, e as relações com o presente atendimento. A integração das informações sobre o paciente deve acontecer dentro da própria equipe e com outros especialistas (BRASIL, 2010b; STARFIELD, 2002).

Um alto nível de alcance dos atributos essenciais da APS resulta em três aspectos adicionais denominados aspectos derivativos (STARFIELD, 2002). Esses aspectos derivativos da APS qualificam as ações e serviços deste nível de atenção. Por isso, nesta pesquisa, o termo “atributos qualificadores” foi utilizado como sinônimo de “atributos derivativos”.

Os aspectos qualificadores da APS são: centralização na família, competência cultural e orientação comunitária.

A **Centralização na família ou Orientação familiar** abrange a avaliação das necessidades individuais para a atenção integral e considera o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de



abordagem familiar. Um segundo aspecto da centralização na família requer um reconhecimento dos problemas de saúde dos membros da família (BRASIL, 2010b; STARFIELD, 2002).

A **Competência cultural** requer o reconhecimento das necessidades das subpopulações que podem não estar em evidência, como características étnicas, raciais e outras. Este aspecto consiste na adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma (BRASIL, 2010b; STARFIELD, 2002).

A **Orientação comunitária** é o reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos, distribuição das características de saúde e doença da comunidade, e o contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços. O quanto o profissional envolve o paciente em questões relativas a sua prática (sugestões, para melhoria, pesquisa de satisfação) é o reconhecimento das necessidades dos pacientes e seu contexto social, expressa o quanto os profissionais se envolvem nos problemas da comunidade e o seu conhecimento em relação aos equipamentos sociais (BRASIL, 2010b; STARFIELD, 2002).

Na maioria dos países nem a centralização na família, nem a orientação para a comunidade são um enfoque dos sistemas de APS. A orientação para a comunidade é um ideal, mais do que uma realidade (STARFIELD, 2002).

#### **4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

A criação SESP e a implantação dos programas de extensão de cobertura na rede de atenção básica do Brasil como o PIASS, AIS, PAISM e PAISC foram algumas das propostas que influenciaram o surgimento PACS e do PSF (CORBO; MOROSONI; PONTES, 2007)

Criado em 17 de julho de 1942, durante a Segunda Guerra Mundial, como consequência do convênio firmado entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, o SESP tinha como atribuições centrais o saneamento da região da Amazônia e do Vale do Rio Doce, a prevenção e as investigações sobre a malária, a assistência médico-sanitária dos trabalhadores inseridos em atividades ligadas ao desenvolvimento econômico. A partir da década de 50, o SESP expandiu seu campo de atuação e intensificou suas atividades, passando a desenvolver ações de assistência médica, educação sanitária, saneamento e controle de doenças transmissíveis em várias regiões do país. Foi transformado em Fundação SESP e vinculado ao Ministério da Saúde. Em 1990, a Fundação SESP e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) foram integradas e formaram a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) (CORBO; MOROSONI; PONTES, 2007).

Algumas das principais diretrizes do PACS e PSF, como a oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade, a abordagem familiar, a adscrição de clientela, o trabalho com equipes multiprofissionais, o enfoque intersetorial, o tratamento supervisionado para o controle de algumas doenças já faziam parte do modelo de assistência desenvolvido pelo SESP (CORBO; MOROSONI; PONTES, 2007). Entretanto, a atuação do SESP limitava-se a áreas estratégicas e configurava-se como ações centralizadas, com pouca ou nenhuma articulação com as demais instituições de saúde. (MATTA; FAUSTO, 2007).

O PACS teve suas origens no interior do Ceará, entre 1978 e 1987, quando Carlile Lavor e Miria Campos Lavo, voltaram a sua terra natal, Jucás (CE), e, influenciados pela experiência vivenciada em Sobradinho e Planaltina, Distrito Federal, onde foi realizada uma articulação entre o serviço social e saúde através da capacitação de auxiliares de saúde comunitárias para orientar as famílias cuidados primários de saúde para gestantes e crianças, adaptaram o trabalho das auxiliares de saúde para as condições do sertão. Em 1987, o programa foi expandido para o estado e foram contratadas, durante um ano, seis mil mulheres para trabalharem como agentes de saúde, novo nome para as auxiliares de saúde. O sucesso

na redução da mortalidade infantil, que sempre se agravava em anos de seca como aquele de 1987, tornou permanente o programa emergencial (BRASIL, 2010a).

As avaliações coordenadas pelas professoras Cecília Minayo e César Victora e as observações do próprio Ministério da Saúde levaram este a adotar o programa para os demais estados nordestinos em 1991 e, posteriormente, para todo o país (BRASIL, 2010a).

Pode-se afirmar, então, que o PACS é um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que, pela primeira vez, há um enfoque na família e não no indivíduo dentro das práticas de saúde (VIANA; DAL POZ, 2005).

Entretanto, vale salientar que várias experiências capilarizadas por todo o país, como a proposta de Médico de Família de Niterói (RJ); Modelo em Defesa da Vida de Campinas (SP); a Ação Programática em Saúde (USP); os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) operacionalizada no Ceará e Bahia; e o Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre (RS) inspiraram a formulação da proposta Saúde da Família (BRASIL 2010a; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; SOUSA, 2001).

Todos esses marcos na APS formaram as linhas guia do modelo de APS brasileiro, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem características próprias, embora inspirado em várias experiências exitosas nacionais e internacionais.

O PSF foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema Saúde da Família, convocada pelo gabinete do então ministro da Saúde, Dr. Henrique Santillo. Esta reunião foi a resposta do Ministério a uma demanda de secretários municipais de saúde, que queriam apoio financeiro para efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde (expansão do PACS para outros tipos de profissionais). É importante ressaltar que até aquele momento era o UNICEF que se mostrava mais interessado em apoiar programas de atenção básica (VIANA; DAL POZ, 2005).

Halim Antônio Girade, que fora o primeiro coordenador do PACS, de 1991 a 1992, e depois oficial do UNICEF, retornou ao Ministério da Saúde na condição de assessor especial e foi o grande articulador no processo de formulação e negociação do PSF. Maria de Fátima Sousa, Denise Maria Fonseca Paiva, técnicas do Ministério da Saúde, apoiaram a proposta.

Cabe assinalar que, antes da reunião de dezembro, consultores da OPAS e do UNICEF, a pedido do então secretário municipal de saúde de Quixadá, Dr. Luiz Odorico, estiveram reunidos para discutir uma nova proposta para a atenção básica, que incorporasse recursos médicos e de enfermagem, dados os limites do PACS (VIANA; DAL POZ, 2005; SOUSA, 2001).

O PSF nasceu da indignação pelo fato de que, no Brasil, o acesso aos serviços de saúde continuava precário, e ainda, em 1993, cerca de 1.000 municípios brasileiros não tinham nenhum profissional médico nessa época. Paralelamente, o país atravessava um período de incertezas em sua política econômica, só controlada em 1994, com um novo plano de estabilização da inflação. Do ponto de vista demográfico, o país apresentava-se com declínio de crescimento populacional e da taxa de fecundidade, aumento da faixa etária de jovens, adultos e envelhecimento da população. (BRASIL 2010a; VIANA E DAL POZ, 2005).

Outro aspecto determinante é que o PSF foi formulado num período de vazio programático, nos três níveis de governo. O sistema de saúde seguia repetindo modelos de atendimento antigos e se expandindo em cima de concepções superadas para a área da saúde, sem interlocução, inclusive, com os demais setores da área social. Por outro lado, o Ministério da Saúde (MS) tinha consciência de que o SUS avançara pouco no que concerne às estratégias de organização da assistência (VIANA; DAL POZ, 2005).

Contudo, o presidente Itamar Franco aceitou a proposta somente depois que técnicos do MS foram conhecer experiências em outros países, a exemplo de Cuba. Mesmo assim só autorizou inicialmente 14 equipes, vindo a ser convencido posteriormente de ampliar para 2.500 (SOUSA, 2001).

O primeiro documento oficial foi a Portaria GM nº 692, publicada pelo MS em março de 1994. A Portaria criou o Programa de Interiorização do SUS e o Programa de Saúde da Família, com códigos específicos na tabela do SIA/SUS e incentivos sob a forma de convênio para implantação.

Nos primeiros anos de implantação do PSF, foram priorizadas as áreas delimitadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Estratégica e Aplicada (IPEA), ou seja, buscava-se

expandir a cobertura dos serviços de saúde, por meio do programa, para áreas com populações empobrecidas (FALLEIROS *et al.*, 2010).

No governo Itamar Franco, foi editada a NOB 93 – Norma Operacional Básica 93, estabelecida pela Portaria GM nº 545, de 20 de maio de 1993, pelo então ministro da saúde, Jamil Haddad. Esta Norma estabelece os parâmetros para garantia da descentralização do sistema de saúde e as responsabilidades e critérios de financiamento das ações de saúde no âmbito federal, estadual e municipal. O PSF foi um instrumento de pressão no sentido da habilitação proposta da NOB-93 (e do ritmo de sua implantação, em 1994), pois só poderiam ser cadastrados no SIA-SUS, como unidades do PSF, ambulatórios localizados em municípios enquadrados em uma das modalidades previstas por essa Norma (BRASIL, 2006b; VIANA; DAL POZ, 2005).

Em 1995, quando o ministro Adib Jatene assumiu o Ministério da Saúde, o programa foi transferido da Funasa para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Essa transferência significou um rompimento com a ideia de programa vertical, operado através de convênio, tradição dos programas verticais da Funasa, e sinalizou sua maior importância dentro do ministério e um outro tipo de institucionalização do PSF (VIANA; DAL POZ, 2005).

Em 1996, o MS lança um documento: *Saúde da Família – Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde*. Desde 1996, o Programa passou a ser visto como uma estratégia de mudança do modelo assistencial a partir da atenção básica, e posteriormente se consolidou a denominação Estratégia de Saúde da Família - ESF (FALLEIROS *et al.*, 2010; SOUSA, 2001).

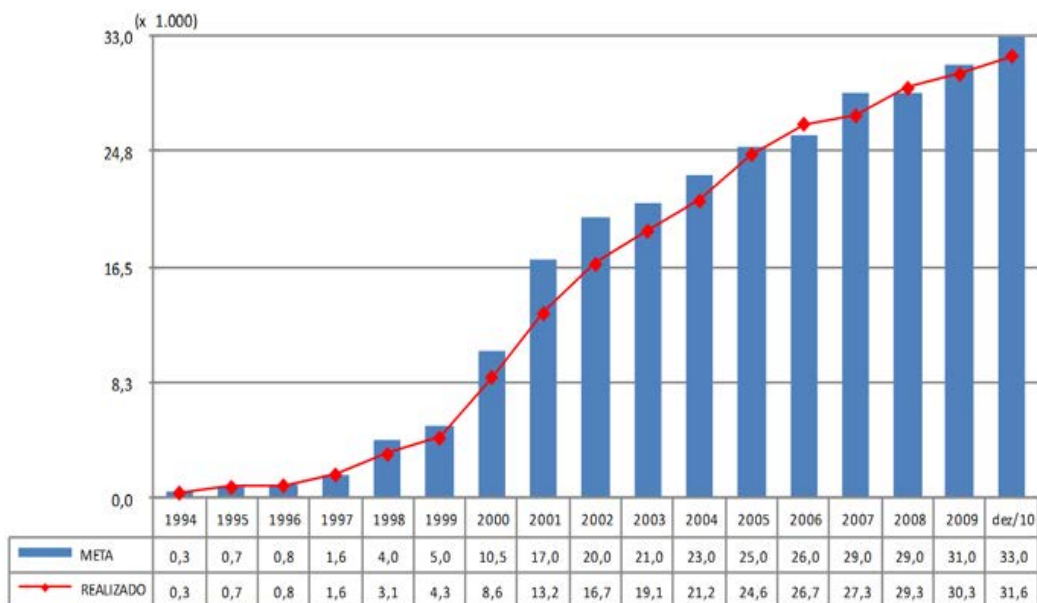
Logo os mecanismos de pagamento por procedimentos da ESF se evidenciaram insuficientes, indicando a necessidade de remuneração *per capita*, o que foi objeto da NOB 96, que instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB) e incentivos para o PACS e ESF. A política de repasse fundo a fundo fortaleceu a dimensão estratégica do Saúde da Família, a partir de 1998 ocorreu uma verdadeira expansão (Gráfico 1). Neste mesmo ano, a Portaria nº 3.925 publicou o *Manual para Organização da Atenção Básica* (HEIMMAN; MENDONÇA, 2005).

Se por um lado a implementação da NOB 96 resultou na expansão da ESF, por outro, tornou evidente a necessidade de superar dificuldades da organização do sistema para garantir

a universalidade e integralidade da atenção. Nesta perspectiva, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 2001/2002) avançam na proposta de regionalização, hierarquização, fortalecendo a capacidade de gestão do SUS (HEIMMAN; MENDONÇA, 2005).

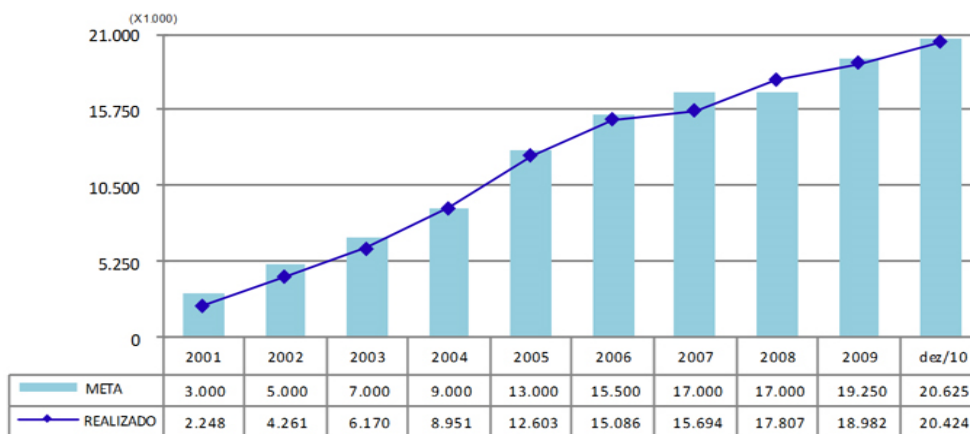
A Saúde Bucal, neste contexto, passou a integrar a equipe mínima da ESF em dezembro de 2000, através da publicação da Portaria GM nº 1444, que estabeleceu o incentivo financeiro para ESB na ESF, e inseriu de forma oficial a odontologia na APS. As ESB evoluem gradativamente a partir da presente data (Gráfico 1 e 2).

Gráfico 1 - Evolução e metas do número de Equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil, de 1994 a 2010



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

Gráfico 2 - Evolução e metas de implantação do número de Equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil, de 2001 a 2010



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

A análise da trajetória da ESF indica dois momentos diferentes. O primeiro marca sua fase de formulação e implantação, momento em que o programa ocupava uma posição marginal no contexto global da política de saúde, apresentando características de focalização. No segundo, a ESF se consolidou como proposta organizativa da APS e passa a ser considerada estratégica para reorientação do modelo de atenção ainda predominante no SUS. (FAUSTO; MATTA, 2007).

Parte das críticas feitas à ESF, principalmente nos primeiros anos de sua implantação, identificou-a como programa vertical e seletivo, muito próximo das cestas básicas propostas pelo Banco Mundial. Outros argumentos apontam que o PSF não é uma proposta inovadora, como defendem seus formuladores. Ao contrário, traz de volta propostas já superadas, como a da medicina comunitária ou da medicina simplificada direcionada para os pobres. Outras críticas apontam o caráter centralizador dessas medidas, argumentando que a definição prévia da alocação dos recursos financeiros limita as chances dos municípios em adotar modelos de atenção mais condizentes com a realidade local (FAUSTO; MATTA, 2007).

Mesmo que não se possa falar que haja consenso em torno da ESF, é indiscutível que sua formulação tenha provocado a reestruturação e o fortalecimento das diretrizes da APS no âmbito da política nacional de saúde. A ESF trouxe incontestável relevância para a Atenção Básica à Saúde na agenda decisória da política nacional de saúde e, por várias vezes, tem motivado os dirigentes a persistirem nesta direção (VIANA E DAL POZ, 2005)

O processo histórico de consolidação da APS está gradualmente fortalecendo a Atenção Básica, que tem se constituído como porta de entrada preferencial do SUS. Nesta perspectiva, a PNAB, publicada em 2006 e revisada através da Portaria GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011, é uma tentativa de consolidar e qualificar a ESF como modelo de APS, tendo caráter substitutivo em relação ao modelo tradicional da Atenção Básica e funcionando como ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. A PNAB especificou os princípios e diretrizes gerais, fundamentos, funções na Rede de Atenção à Saúde (RAS) <sup>2</sup>, áreas estratégicas de atuação, responsabilidades de cada esfera de governo, processos de trabalho das equipes de Atenção Básica. A PNAB considerou a ESF uma estratégia para expandir, qualificar e consolidar a Atenção Básica por favorecer a reorientação do processo de trabalho deste nível de atenção. O quadro 2 mostra a relação entre os processos de trabalho e atribuições das equipes da atenção básica e da ESF.

2. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011).



Quadro 2 - Relações entre processos de trabalho e atribuições das equipes da AB, ESF e Abordagens de APS

TIPO DE EQUIPE	PROCESSO DE TRALHO DAS EQUIPES	ABORDAGEM APS
AB/ESF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Territorialização e Mapeamento da área de atuação da equipe</li> <li>• Diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco e vulnerabilidade à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes</li> <li>• Manter atualizado o cadastramento das famílias e utilizar os dados na análise de situação do território</li> <li>• Educação em saúde</li> <li>• Controle social</li> <li>• Humanização e vínculo</li> <li>• Participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde</li> <li>• Trabalho interdisciplinar e em equipe</li> <li>• Planejamento, acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas</li> </ul>	APS Abrangente
AB/ESF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes e demanda espontânea, incluindo primeiro atendimento a urgências</li> <li>• Acolhimento, classificação de risco e avaliação das necessidades de saúde</li> <li>• Atenção integral, contínua e organizada à população adscrita</li> </ul>	Atenção Primária
AB/ESF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento de ações priorizando os grupos e fatores de risco</li> <li>• Realização de ações programáticas</li> </ul>	APS seletiva
AB/ESF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais voltados para a promoção da saúde</li> <li>• Promoção e estímulo à participação da comunidade</li> <li>• Diagnóstico situacional considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território</li> </ul>	Abordagem de Saúde e Direitos Humanos

Fonte: BRASIL, 2006a; OPAS, 2007. Elaborado pelo autor.

O quadro 2 demonstra que o processo de trabalho das equipes da ESF, referidos na PNAB, possui características semelhantes ao da abordagem seletiva da APS (ao priorizar áreas estratégicas como a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial, do diabetes Mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde), APS Abrangente (ao incluir no processo de trabalho elementos de participação comunitária) e Atenção Primária (características de primeiro nível de atenção e coordenação do cuidado).

Apresenta características de todos os tipos de abordagens da APS. A ESF pode ser considerada um modelo singular e complexo de APS. No contexto brasileiro, uma evolução da Atenção Básica que poderia ser descrita, considerando as características definidas na PNAB e a classificação quanto ao tipo de abordagem, da seguinte forma:

*Serviços de alto impacto, complexo, com foco na integralidade, trabalho em equipe que possui como filosofia a equidade em saúde. Possui como unidade de cuidado a família e a coletividade, ponto de entrada, coordenador e cuidador do percurso do indivíduo no sistema de saúde. Possui um conjunto específico de atividades voltados para os grupos e fatores de risco de uma população adscrita, diagnosticados através de análise situacional das características socioeconômicas, culturais, geográficas e epidemiológicas. Promove o desenvolvimento de ações intersetoriais voltados para a promoção da saúde e mobiliza a participação da comunidade, estimulando a construção de espaços de cidadania.*

Entretanto, é preciso tolerância quanto ao tempo necessário para construção de novos modos de práticas no sistema de saúde, o qual precisa levar em conta, portanto, o papel e a expressão dos diversos grupos sociais envolvidos. (CONIL, 2008).

## 5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL

As práticas e organização do processo de trabalho no setor de saúde bucal, desde o início da sua inclusão no sistema público de saúde, passaram por diversas mudanças no Brasil e no contexto internacional.

Os sistemas de saúde são respostas sociais, organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações da população, em determinada sociedade e em certo tempo, e que consistem num conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, manter e restaurar a saúde dessa população (MENDES, 2002).

O sistema de saúde bucal é definido por Navarro (2008) como:

[...] conjunto de elementos integrados por recursos humanos e financeiros que atuam dentro de uma organização estruturada, regulada pelo esquema da política sanitária de um país, com o objetivo de atender às necessidades de tratamento odontológico da população e com a finalidade de promover a saúde e prevenir a enfermidade bucal da comunidade a que pertence [...]. (NAVARRO, 2008 *apud* PINTO, 2008. p.83)

Entretanto, os objetivos desses sistemas variam de sociedade para sociedade e a amplitude destes objetivos está em função da responsabilidade que o setor público assume sobre a saúde bucal da população. Fatores culturais, econômicos, sociais e políticos determinam os grupos prioritários e a organização do processo de trabalho (NAVARRO, 2008).

Contudo, vale destacar que nenhuma formação ideológica ou sistema de crenças mantém-se sem práticas que reafirmem ou retroalimentem essas mesmas crenças e ideologias. Nesta perspectiva, as práticas é que oferecem a base material da ideologia por meio da qual esta é reproduzida (BOTAZZO, 2003).

Os modelos de atenção são construções históricas que se originam no projeto político de um grupo social para, a partir de críticas e de propostas de superação organizar os serviços e ações de saúde em um determinado local. A compreensão das possibilidades positivas de

mudança das práticas em saúde, apresentadas por esses modelos, está fundamentada em um redimensionamento do processo de trabalho (WERNECK; FERREIRA, 2008).

Nesta perspectiva, torna-se imperativo compreender a evolução da institucionalização, os principais modelos de atenção e políticas que influenciaram na configuração da APS em saúde bucal no contexto brasileiro.

A saúde bucal está intimamente associada à evolução das políticas de saúde, antes e após o MRS brasileira, e às tendências norte-americanas de organização do serviço na área. Ou seja, para compreendê-la, é necessário resgatar tanto o desenvolvimento das políticas de saúde pública no Brasil quanto a forma como os Estados Unidos influenciaram no planejamento das ações de Odontologia no país. A consolidação dos Estados Unidos da América (EUA) como potência no início do século XX teve como consequência o deslocamento da atenção às práticas odontológicas realizadas por países europeus para aquelas realizadas por esse país (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

No Brasil, na prática odontológica, destacou-se o setor privado, que, ao longo dos anos reproduziu o modelo norte-americano, que inspirou as instituições de ensino brasileiras. Paralelamente, a Odontologia inseriu-se na assistência pública, quando, em 1912, aconteceu a primeira experiência com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares, por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo (CARVALHO; LOUREIRO, 1997 *apud* COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006). A partir desse marco, notou-se que o atendimento escolar no Brasil, até 1952, foi caracterizado pela falta de avaliação, pela ausência de sistema de trabalho e de técnicas uniformes, pelo preparo inadequado de profissionais para a execução de tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Nas décadas de 50 e 60, com a criação do MS, em 1953, a saúde bucal passou a ter espaço na estrutura administrativa no então chamado Serviço Nacional da Fiscalização da Odontologia. Aconteceu a implementação, pelo SESP, do Sistema Incremental de Atenção ao Escolar. No mesmo período, teve início a fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil, em Aimorés, Minas Gerais e Baixo Guandu, Espírito Santo (ELY; CARVALHO; SANTOS, 2009).

A prática privada em saúde bucal se consolidou, e era financiada por intermédio do seguro social somente para os trabalhadores e em caráter complementar. Enquanto as ações de saúde bucal executadas pelo Ministério da Saúde contemplavam apenas determinadas áreas de desenvolvimento econômico, como a zona da borracha, na Amazônia, que eram assistidas pelo SESP. Os primeiros programas de odontologia sanitária foram implantados pelo SESP em 1952 em Aimorés, Minas Gerais, e em seguida em vários municípios do Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006; NARVAI, 2006).

Um importante marco teórico, que influenciou na formação de cirurgiões-dentistas (CD) brasileiros e da América Latina foi a publicação do “Manual de odontologia sanitária” por Mário Chaves, em 1960, que originou-se da prática desenvolvida por profissionais da área odontológica em saúde pública no Brasil, na década de 50. Entretanto, a proposta elaborada por Chaves, que considerava um trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade como diretriz, foi tragada pela proposta do sistema incremental difundida pelo SESP (NARVAI, 2006).

Graças a essa hegemonia do Sistema Incremental, a saúde bucal de crianças em idade escolar foi priorizada, diferentemente do que ocorreu com outras faixas etárias, que foram excluídas da atenção odontológica pública. Mesmo sendo caracterizado como misto (preventivo-curativo), o Sistema Incremental enfatizava a ação restauradora e colocava em segundo plano as ações educativas e preventivas, abordadas de forma simplória, através de aplicações tópicas de flúor. (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

O Sistema Incremental recebeu várias críticas, principalmente em relação ao contexto da concepção e do processo de apropriação brasileira do mesmo. Esse modelo surgiu nos EUA frente à necessidade de atender escolares de baixa renda e foi aplicado no Brasil de forma acrítica sem os cuidados e considerações necessárias ao novo contexto societário. Isso fez com que o modelo, apesar de suas inúmeras virtudes, se considerados os conhecimentos acumulados na época em que foi concebido, já surgisse no país com a dinâmica própria a qualquer corpo estranho que não compartilhava identidade genética. Entretanto, nesta época de afirmação dos EUA como potência econômica e militar, o estilo americano de vida e a potência cultural influenciavam os países menos desenvolvidos (ZANETTI; LIMA, 1996).

O sistema descrito foi aplicado durante quatro décadas, com repetição da oferta de atendimento de urgência aos adultos, pelo custo elevado dos insumos odontológicos, pela utilização de recursos humanos pouco qualificados para atuar no serviço público, pelo planejamento restrito ao caráter normativo e a inexistência de integração com os demais setores. Pode-se observar que esses programas, nos serviços públicos, reproduziam a prática liberal da Odontologia, com predominância da individualidade, do tratamento curativo e da baixa resolutividade (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Na década de 70, foi promulgada a Lei nº 6050/74, que tornou obrigatória a fluoretação das águas de abastecimento público em todo o país. Anos antes, na 3ª CNS, foi discutida a proposta de inclusão da prevenção da cárie dentária pelo uso do flúor no Plano Nacional de Saúde Pública. Entretanto, no Brasil o primeiro estado a editar uma lei tornando obrigatória a fluoretação da água de abastecimento foi o Espírito Santo, em 1957. (ELY; CARVALHO; SANTOS, 2009).

No final da década de 70, as ações do PIASS, incluíram a oferta de serviços de saúde bucal na atenção ao adulto. As ações de saúde bucal centravam-se no atendimento a urgências e a prática curativa era multilatória, com um grande percentual de extrações dentárias (ELY; CARVALHO; SANTOS, 2009).

No entanto, a rede de serviços públicos odontológicos na APS expandiu-se por diversos municípios brasileiros através do PIASS, e iniciou a caminhada para melhoria do acesso da população aos serviços de saúde bucal. Ao final da década de 70, foi realizada a Conferência de Alma-Ata sobre Cuidados Primários em Saúde e o setor de saúde bucal se mobilizou para tentar pôr em prática suas diretrizes.

Influenciada pela Conferência e pelo paradigma da Medicina Simplificada, surge a Odontologia Simplificada, que enfatizou a mudança dos espaços de trabalho. Suas principais características foram a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar (ELY; CARVALHO; SANTOS, 2009; BRASIL, 2008).

A Odontologia Simplificada acabou por “desenvolver” a Odontologia tradicional na busca do aumento da produtividade e da diminuição dos custos. Em resumo, a programação da Odontologia Simplificada constituiu-se no Sistema Incremental simplificado, mais barato e de maior cobertura e menor qualidade, voltado para a mesma população de escolares, historicamente mal assistida (ZANETTI; LIMA, 1996).

Outro movimento que merece destaque foi a programação centrada em unidades básicas de saúde antes mesmo de qualquer proposta de reforma sanitária no subsetor da saúde bucal. Esse foi o caso da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, responsável hoje pela quase totalidade da atenção em Saúde Bucal prestada pelo Governo do Distrito Federal. Por outras razões históricas que não as da reforma sanitária, o DF acumulou a experiência de programar normativa e centralizadamente, tomando como referencial as clínicas odontológicas das unidades de saúde. Seguindo tal orientação destacam-se as experiências de: São Paulo, Santos, Diadema, em São Paulo e Ipatinga, Belo Horizonte, em Minas Gerais (ZANETTI; LIMA, 1996).

No Brasil, no início da década de 80, se fortaleceu o MRS impulsionada pela crise financeira da saúde e o processo de redemocratização do estado. Neste contexto, diretrizes e programas de saúde passaram a incluir a saúde bucal nas suas propostas. Surgiram propostas de reorganização dos processos de trabalho e das práticas influenciados por esses eventos. A 7ª CNS e a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) se constituíram como dois marcos importantes na integração da Saúde Bucal na APS no Brasil.

A 7ª CNS teve como tema central a “Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos”. Pela primeira vez, a APS foi o centro dos debates que giraram em torno da implantação do Prev-Saúde e abriu espaços para a inserção da odontologia em um programa nacional de saúde, ressaltando que o modelo de assistência odontologia até então proposto era ineficiente, ineficaz, mal distribuído, de baixa cobertura, com enfoque curativo, de caráter mercantilista e monopolista, com recursos humanos inadequados (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

O Prev-Saúde, embora não tenha sido aprovado, propôs a efetivação da saúde bucal como uma das cinco principais ofertas das unidades de saúde. No CONASP, as AIS incorporaram recursos para aquisição de equipamentos odontológicos nas escolas de primeiro

grau e pagamento dos salários dos profissionais em muitos municípios (ELY; CARVALHO; SANTOS, 2009).

Na segunda metade da década de 80, a saúde bucal foi fortemente marcada pela corrente preventivista escandinava, que impulsionou, no setor público, ações de prevenção individual e coletiva centradas principalmente na redução da incidência da cárie dentária, com emprego maciço de cariostáticos e selantes dentários, bem como uso amplo de fluoretos. Em Belo Horizonte, um grupo de consultores reunidos na empresa “Estação Saúde” formularam o PIA, donde surgiu a programação com ênfase preventiva total, capaz até mesmo de subverter o conceito secular de atenção curativo-restauradora (ELY; CARVALHO; SANTOS, 2009; ZANETTI; LIMA, 1996).

A principal característica do PIA baseava-se em intervir antes e controlar depois. Por meio de sua matriz programática, buscou adaptar-se às diretrizes do MRS, porém, sem preocupação com a participação comunitária. Estabeleceu um modelo centrado em três fases: estabilização, reabilitação e declínio. Contava, para isto, com ações de controle epidemiológico da doença cárie, uso de tecnologias preventivas modernas (escandinavas), mudança da “cura” para “controle” e ênfase no auto-controle, em ações de caráter preventivo promocional (BRASIL, 2008).

O PIA fez com que a atenção curativa clássica e eminentemente restauradora perdesse a centralidade programática para a então concebida atenção curativa “adequadora”. O sucesso do PIA tem as mesmas razões do sucesso que teve o Sistema Incremental durante décadas, ou seja, se apresentou como um modelo estruturado, com uma matriz organizativa definida, normatização de atividades, treinamento de recursos humanos, além de uma base teórica sólida, embora seus princípios não constituíssem uma unanimidade. A assimilação deste modelo por parte de alguns municípios se constituiu numa alternativa mais confortável e comodista (ZANETTI; LIMA, 1996; OLIVEIRA *et al.*, 1999).

Paralela a essa experiência, em 1985, surgiu o modelo de atenção *Bebê-Clinica* na Universidade Estadual de Londrina (UEL), que foi implantado com o objetivo de prevenir e controlar a doença cárie na população de 0 a 30 meses. Embora não se constituísse em uma inovação mundial, uma vez que alguns sistemas de atenção precoce já haviam sido desenvolvidos nos EUA e Japão entre as décadas de 70 e 80, a iniciativa da UEL principiou



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

Com as eleições diretas para os governos estaduais em 1982 e 1986 e para as prefeituras e as assembleias legislativas, em 1988, CD comprometidos com a nova realidade proposta para a área da saúde conseguiram se inserir nas coordenações municipais e estaduais desse novo contexto político. O campo da saúde bucal viveu um processo de institucionalização e um estágio de participação na arena política semelhantes àqueles pelos quais passou a Medicina, se inserido no contexto geral das políticas públicas. (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Na 8ª CNS, o movimento político-sanitário-odontológico defendeu as diretrizes do MRS e o projeto contra-hegemônico nos campos político, ideológico e institucional. Cabe ressaltar que, seguindo o caráter participativo do processo de redemocratização do estado e do MRS, a realização da 1ª CNSB consagrou os princípios defendidos por todos aqueles que se empenharam durante mais de três décadas nas mudanças do modelo hegemônico de assistência odontológica. Realizada de 10 a 12 de outubro de 1986, em Brasília-DF, como parte integrante da 8ª CNS, a 1ª CNSB contou com mais de mil participantes, resultado de todo um processo de discussão iniciado na maioria dos estados brasileiros por meio da realização de pré-conferências que contaram com significativa presença de diversos segmentos.

As conclusões da 1ª CNSB constituíram uma produção democrática e progressista sobre a saúde bucal, realizada pela Odontologia e pela sociedade civil organizada do país. Tais conclusões apontaram para o início de um amadurecimento social técnico e político, com a responsabilização no combate aos índices epidemiológicos caóticos constatados em todo o Brasil. O relatório final desta Conferência trouxe à baila preocupação entre as prioridades e o confronto entre a “nova” proposta, que tendia à universalização, e a “antiga” forma de se planejar, definida, apenas em bases epidemiológicas, e *a priori*, pequenos

segmentos da população como público a ser coberto pelos programas a serem implantados (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Em 1986, foi realizado o primeiro levantamento nacional de condições de saúde bucal do Brasil, com o objetivo de conhecer a prevalência dos principais problemas odontológicos e fornecer subsídios para implantação nacional de saúde bucal. O estudo abrangeu, além da cárie e doença periodontal, a necessidade de prótese total e a procura por serviços odontológicos nas seguintes faixas etárias: 6 a 12, 15 a 19, 35 a 44, 50 a 59 anos. A escolha das faixas etárias e metodologia seguiu as recomendações da Federação Dentária Internacional (FDI) e OMS, afim de se obter dados que pudessem ser comparados com outros países e planejar políticas para atingir as metas de saúde bucal propostas pela OMS, no “Saúde Para Todos no anos 2000”.

O estudo revelou que somente 40% das pessoas de 18 anos apresentavam todos os dentes e que mais de 72% da população urbana analisada, na faixa de 50 a 59 anos, já havia extraído todos os dentes em pelo menos um maxilar. No grupo de 35 a 44 anos, quatro em cada dez pessoas requeriam apoio protético, reduzindo-se a 1,7% na faixa de 15 a 19 anos. (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006). O Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados (CPOD) em crianças aos 12 anos de idade foi de 6,65, enquanto a meta proposta pela OMS para 2000 em crianças de 12 anos era menor ou igual a 3.

Apesar de todo o esforço para conhecimento da situação de saúde bucal dos brasileiros, o levantamento não foi capilarizado e tampouco utilizado na construção de políticas públicas de saúde bucal. A estimativa produzida não gerou um banco de dados que possibilitasse cálculos estatísticos fidedignos (NARVAI *et al*, 2006; SOUZA; RONCALLI, 2006).

Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal brasileira, chamada “Constituição Cidadã”, que foi um marco na redefinição das prioridades da política do Estado na área de saúde. Em seu artigo 196, a saúde é descrita como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Em 1989, a Divisão Nacional de Saúde Bucal, área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde publicou, pela primeira vez, uma política específica para a Odontologia, o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária – PRECAD. Uma estratégia de base populacional no combate à cárie dental que propunha o uso, em massa, de gel com flúor fosfato acidulado duas vezes ao ano em crianças de 6 a 12 anos de idade; embora o levantamento epidemiológico de 1986 tenha revelado índices de cárie e necessidade de tratamento nas faixas etárias de 35 a 44 e 50 a 59 anos, três e quase cinco vezes maiores, respectivamente.

Entre a 9ª e 10ª CNS foram realizadas conferências específicas em várias áreas, entre elas a 2ª CNSB, que aconteceu no período de 25 a 27 de setembro de 1993. Houve uma participação expressiva de representantes dos usuários do SUS, governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços, dentre outros, que se juntaram nas discussões de grupos e no plenário.

As CNSB marcaram a história da saúde bucal no Brasil, pois trouxeram discussões pertinentes e apresentaram propostas de curto, médio e longo prazo, com vistas ao alcance de uma saúde bucal digna e de qualidade para todos os brasileiros. A partir de suas resoluções, foi possível aproveitar cenários políticos para implementar mecanismos concretos de cumprimento efetivo de suas propostas e redesenhar o quadro da saúde bucal da população (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Uma iniciativa que resultou na expansão do setor de saúde bucal e reforço das ações de caráter preventivo no sistema público de saúde foi a inclusão dos Procedimentos Coletivos (PC) em Saúde Bucal, através de Portaria Ministerial em 1991. Esta iniciativa foi também acompanhada de incentivos financeiros para os municípios que realizassem as ações (ELY; CARVALHO; SANTOS, 2009).

Nas últimas décadas, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no sistema público deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. A partir 1994, com a criação da PSF, essa tendência foi revertida, e observou-se, no final da década de 90, várias experiências que tentaram integrar os serviços odontológicos com a ESF.

A participação da saúde bucal nas atividades do PSF foi proposta desde sua criação e foi iniciada pioneiramente no município de Curitiba, no Paraná. A partir daí, vários municípios tentaram viabilizar formas de inclusão de ações de saúde bucal nos PSF (OLIVEIRA *et al.*, 1999).

Em 1994, a formação do Distrito Sanitário no extremo sul da região metropolitana de Curitiba foi exemplo que se tornou nacionalmente conhecido. As principais características desta experiência foram atividades promocionais intradomiciliares, utilização de critérios de risco para definir o acesso à atenção odontológica e organização do fluxo de acesso à unidade básica de saúde onde eram desenvolvidas as ações preventivo-promocionais e curativas de inversão. A maior crítica a esse modelo foi a concentração da atenção preventiva no espaço limitado da unidade de saúde, bem como a falta de mecanismos que articulassem o atendimento curativo às ações preventivo-promocionais realizadas com a família, potencializando-as. (ZANETTI; LIMA, 1996).

Outra experiência marcante, na década de 90, foi o PSC do Distrito Federal. O programa foi desenvolvido e financiado com recursos estaduais, e propunha uma reestruturação total do modelo assistencial, onde a base da prestação da assistência era o domicílio. A composição da equipe básica era a mesma do PSF, com médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, e a cada duas equipes acrescenta-se um CD, um Técnico em Higiene Dental (THD) e um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). Na mesma época desenvolveu-se atividades docentes assistenciais com foco em visitas domiciliares e ações promoção e prevenção da saúde. (OLIVEIRA *et al.*, 1999, 1998; ZANNETTI; LIMA, 1996)

A edição da NOB/96 instituiu a forma de pagamento da atenção básica pela base populacional - PAB (Piso da Assistência Básica) e teve como objetivo o fortalecimento da implantação do PSF e do PACS.

Em 1996, decorridos 10 anos do primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal, o Ministério da Saúde, através da Área Técnica de Saúde Bucal e em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia, Conselho Federal de Odontologia (CFO) e as Secretarias Estaduais de Saúde, realizou o 2º levantamento epidemiológico em saúde bucal na busca de verificar as alterações ocorridas no perfil da população brasileira.

A Área Técnica de Saúde Bucal trabalhou, em um primeiro momento, pesquisando somente a cárie dental em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos de escolas públicas e privadas, das 27 capitais e do Distrito Federal, em busca de um referencial para o desenvolvimento das ações preventivas do SUS. Havia a intenção de se realizar uma segunda etapa, incluindo população adulta e outras doenças investigadas, o que não aconteceu (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006)

Os resultados apontaram que o CPOD médio evoluiu de 0,28 aos 6 anos para 1,53 aos 9 anos, atingiu 3,06 aos 12 anos. Verificou-se uma redução acentuada, da ordem de mais de 50%, no CPOD aos 12 anos.

O levantamento realizado em 1996 teve um planejamento amostral que também permitiu gerar um valor CPOD válido em termos nacionais, mas com limitações para aferir as situações regionais. Ademais, a redução dos valores do CPOD tem sido atribuída à expansão da fluoretação das águas de abastecimento público, sobretudo no Sul e Sudeste, à introdução de dentifrícios fluorados no mercado, com maior impacto relativo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e à mudança de enfoque nos programas de odontologia em saúde pública em todas as regiões do país (NARVAI *et al.*, 2006). O estudo assinalou a dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal e a ineficácia dos modelos de atenção, mesmo sendo o grupo em questão prioritário na atenção odontológica.

As iniciativas que, minimamente, apontaram para modelos mais universais e equitativos o fizeram como parte de uma estratégia ampla, não restrita ao setor odontológico, e aliaram a vontade política e capacidade técnica. Foram, e estão sendo, resultados de mudanças não só na lógica organizativa dos serviços, mas na própria prática odontológica, e introduziram uma perspectiva de maior vínculo e responsabilização (RONCALLI, 2000).

Todas estas experiências e modelos de atenção à saúde bucal, inovadores na sua época, os marcos institucionais e as evidências da falta de acesso aos serviços de saúde bucal, associados à divulgação da PNAD 1998, que demonstrou que 29,6 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista, inspiraram e tencionaram a inclusão da Equipe de Saúde Bucal na ESF.

A Portaria GM nº. 1444, de 28 de dezembro de 2000, estabeleceu o incentivo financeiro para ESB na ESF, e inseriu de forma oficial a odontologia na APS. Esta portaria foi regulamentada por outra portaria (Portaria nº 267 de março de 2001), que estabeleceu o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, descrevendo o elenco de procedimentos compreendidos na atenção básica, estabelecidos na NOB 01/96 e NOAS 01/01).

Criaram-se os incentivos para implantação das ESB, e dois tipos de equipe:

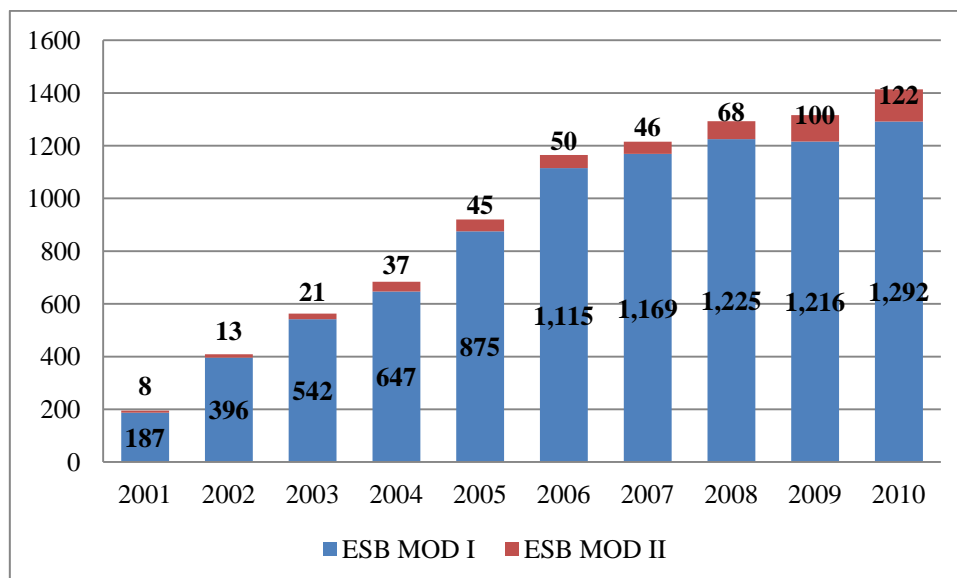
- Modalidade I(MOD I) - composta por um CD e um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD).
- Modalidade II(MOD II) – composta por um CD, um ACD e um Técnico em Higiene Dentária (THD).

As ESB vincularam-se às equipes de saúde da família na relação de uma ESB para cada duas ESF.

Em março de 2001, 32 municípios já haviam implantado 84 ESB Modalidade I e 40 ESB Modalidade II. Os primeiros estados a implantar equipes de saúde bucal foram Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, São Paulo e o Distrito Federal.

No Ceará, foram implantadas as primeiras ESB, em 2001, em 38 dos 184 municípios, todas na Modalidade I. No final deste ano quase 50% dos municípios cearenses já possuíam ESB, totalizando 187 na MOD I e 8 MOD II. Entre 2001 e 2006 observou-se no estado um processo de expansão na implantação das ESB, e a partir de 2006 o número de equipes permaneceu com tendência à estabilização. Em dezembro de 2010, apenas um município no estado ainda não havia implantado ESB, Ipaporanga (Gráfico 3).

Gráfico 3- Distribuição das ESB nas Modalidades I e II, no estado do Ceará, no período de 2001 a 2010



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. Elaborado pelo autor

Em 2003, foi finalizado o Levantamento das Condições de Saúde Bucal da população brasileira - SB Brasil 2003. O SB Brasil, o maior e mais amplo levantamento em saúde bucal já feito em nosso país, reuniu, ao todo, informações de mais de 100 mil exames, realizados em todas as regiões do país, na zona urbana e rural (BRASIL, 2004b).

De uma maneira geral, as regiões Norte e Nordeste apresentaram necessidades maiores, em termos de médias por pessoa, de tratamentos odontológicos.

Foram incluídas informações em relação às más oclusões, doença periodontal, uso e necessidade de prótese, e de acesso aos serviços odontológicos, além da caracterização sócioeconômica.

Os dados desta pesquisa orientaram a construção das diretrizes nacionais de Saúde Bucal e a condução das ações da PNSB, também denominada Brasil Sorridente.

## 5.1 Política Nacional de Saúde Bucal

Embora seja influenciado pelo modelo americano, o setor de saúde bucal brasileiro guarda semelhanças em relação à participação estatal no financiamento das ações de saúde bucal com os países europeus que possuem vários tipos de organizações e financiamentos.

Nos países europeus nórdicos (Dinamarca, Finlândia, Noruega, Suécia), o acesso universal é gratuito para a população infantil e há subsídios para a idade adulta. Nos sistemas *bismarkianos* (Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Holanda e Luxemburgo) a contribuição do estado é pequena ou nula, o financiamento baseia-se na contribuição dos seguros sociais para trabalhadores. No Reino Unido, sistema *beveridiano*, há elevada participação do estado no financiamento, a assistência é efetuada por dentistas em consultórios privados mediante contrato com o governo e os dados de saúde bucal obtidos periodicamente pelo estado. A Suécia possui um sistema híbrido entre o bismarkiano e beveridiano, e um subsistema de atenção privada subvencionado para a população infantil. (NAVARRO, 2008).

O sistema sudeste europeu (Chipre, Espanha, Grécia, Itália, Malta e Portugal) é totalmente privado, sem nenhuma implicação do governo. Os países do leste europeu (Eslováquia, Eslovênia, Estônia, Hungria, Letônia, Lituânia, Polônia e República Checa) vivem uma fase de transição de um sistema estatal para sistemas privados e bismarkianos. A partir de 1989, com as quedas do muro de Berlim e do sistema comunista na antiga União Soviética, aos poucos o sistema da Europa oriental se igualou ao da Europa ocidental (NAVARRO, 2008).

Entre os países que mais gastam com saúde bucal está a Alemanha, cerca de 1,1% do PIB. Entretanto, em estudo avaliativo realizado em 1994 e 1996 pela União Europeia, que considerou a população adulta de 20 a 24 e 35 a 44 anos, a Dinamarca obteve o melhor resultado, uma vez que conserva o maior número de dentes hígidos por pessoa nas duas faixas etárias. Na Dinamarca, Holanda e Inglaterra foram encontrados os menores índices de dentes cariados e os maiores de dentes restaurados. Embora os sistemas estruturados diminuam o custo direto do paciente e apresentem uma boa cobertura das necessidades de tratamento, os sistemas de saúde bucal não conseguem ter influência nítida sobre a saúde bucal da população, salvo os casos em que os serviços odontológicos possuam uma orientação preventiva, como é o caso da Dinamarca (NAVARRO, 2008).



As associações médica e dentária americanas são opositoras ferrenhas da cobertura universal. O departamento de saúde e o setor de odontologia público concentram atividades na fluoretação das águas, educação em saúde, campanhas de prevenção de câncer, atendimento de pacientes com HIV/AIDS e difusão de treinamentos e capacitações sobre biossegurança. Nos centros de saúde comunitária são oferecidos cuidados básicos preventivos em crianças, adolescentes e populações rurais. Existem também os serviços de saúde para indígenas, atendimento odontológico à população carcerária, os serviços odontológicos das forças armadas que prestam atendimento aos militares e dependentes, da guarda costeira que prestam atendimento para soldados da ativa com procedimentos preventivos e aplicações de selantes e os serviços que prestam atendimento para veteranos da guerra. Esses são os serviços de financiamento estatal nos EUA (NAVARRO, 2008).

No Brasil, o Ministério da Saúde publica e estabelece normas, critérios e financiamento, através de portarias que trazem em sua constituição diretrizes sobre o processo de trabalho. A Portaria n.º 673/GM, de 3 de junho de 2003, por exemplo, publicada no Diário Oficial da União, atualizou o incentivo financeiro destinado às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Anulando os efeitos da Portaria 1444 de 2000.

Vale, contudo, considerar que a Portaria n.º 673/GM, de 3 de junho de 2003, manteve os efeitos práticos em relação à adscrição máxima normatizada pela Portaria 1.444, uma vez que essa questão não foi objeto do seu texto. Apesar da revisão, a nova portaria manteve a nomenclatura de distinção entre “Equipes de Saúde Bucal” e “Equipe de Saúde da Família”. Com isso ela não atingiu o conceito de “equipe única” e ampliada. (ZANETTI, 2005).

Ainda que ela não tenha chegado a uma concepção mais avançada de ampliação em substituição à de inclusão, por justaposição, a Portaria 673 apresentou progressos encetados nesse sentido, ao “estabelecer que poderão ser implantadas, nos municípios, quantas equipes de saúde bucal forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número existente de Equipes de Saúde da Família, e considerem a lógica de organização da atenção básica (ZANETTI, 2005).

Essa separação, no âmbito legal e normativo, pode gerar duas interpretações, considerando as portarias: as ESB são opcionais e complementares na ESF ou a consideração de que a saúde bucal na ESF é um programa e não parte da Estratégia.

Com a edição da Portaria nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, foram efetuados novos reajustes dos incentivos, passando cada ESB Modalidade I a receber R\$ 20.400,00 e as ESB Modalidade II a receber R\$ 26.400,00 por ano, para custeio. Esses valores são 56,9% maiores, no caso das ESB Modalidade I, e 65% no caso das ESB Modalidade II, se comparados aos valores que eram repassados nos anos de 2001 e 2002. Ambas as modalidades passaram a receber R\$ 6.000,00 como incentivo adicional para a aquisição de equipamentos e instrumentais. A partir dessa portaria, as ESB Modalidade II passaram a receber um equipo odontológico completo (cadeira odontológica, mocho, refletor, unidade auxiliar e peças de mão) para a atuação do técnico em higiene dental (THD).

No mesmo período, foi lançada a PNSB. Este documento apresenta as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, resultantes de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentando-se nas proposições que, nas últimas décadas foram geradas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das 1ª e 2ª CNSB.

A PNSB, em sua construção, levou em consideração a evolução das políticas de saúde e as diretrizes do SUS, entretanto foi frágil em relação à participação da população e dos profissionais de saúde bucal. Para superar este hiato e oportunizar a ampliação da participação da população na análise da formulação e da execução da PNSB, foi realizada, em julho de 2004, a 3ª CNSB, mais de dez anos depois da realização da 2ª Conferência. Cerca de 90 mil pessoas participaram diretamente da consecução das etapas municipal e estadual, culminando na etapa nacional, na qual participaram cerca de 1.200 pessoas (entre usuários, trabalhadores, prestadores e gestores da saúde).

O tema central da 3ª CNSB, Saúde Bucal: Acesso e Qualidade, Superando a Exclusão Social, foi debatido a partir de quatro eixos temáticos: 1) Educação e Construção da Cidadania; 2) Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; 3) Formação e Trabalho em Saúde Bucal; 4) Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal.

Estas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho, tendo como meta a produção do cuidado. Desta forma, deve ser compreendido como referência conceitual para o processo de se fazer o modelo de atenção no espaço da

micro-política, onde ocorre, diante de diversos problemas e demandas, o encontro dos saberes e fazeres entre sujeitos usuários e sujeitos profissionais (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

A PNSB considerou a importância de serem pensadas linhas de cuidado para criança, adolescente, adulto e idoso, a partir do diálogo com as necessidades de cada população.

Em seus pressupostos ressalta a integração das redes de atenção, a integralidade das ações de saúde bucal, qualificação da atenção básica, reconhecimento dos problemas do território através da utilização da epidemiologia, avaliação das ações através de indicadores, educação permanente, pesquisas e desenvolvimento de tecnologias que ajudem na reorientação do modelo de atenção.

Destacam-se como princípios na perspectiva do cuidado em saúde, além da universalidade, integralidade e equidade, a gestão participativa, ética, acesso e acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional.

Em relação ao processo de trabalho, propõe que tenha as seguintes características: interdisciplinaridade, integralidade, intersetorialidade, ampliação e qualificação da assistência (inclusão de procedimentos mais complexos na APS), que tenha condições de trabalho (estrutura física e ambiente), parâmetros para orientar o processo de trabalho.

Entre as ações de promoção da saúde, considerada em seu aspecto mais amplo, citou a fluoretação da água de abastecimento público, educação em saúde (desenvolvimento de autonomia, conhecimentos sobre mudança de hábitos e fatores de risco), higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor, ações de recuperação e reabilitação da saúde.

A PNSB definiu os grupos prioritários na atenção: crianças de 0 a 5 anos, crianças e adolescentes de 6 a 19 anos, gestantes, adultos e idosos. Entretanto, deixa lacunas ao configurar a atenção de saúde do adulto.

Outro aspecto importante foi a previsão de expansão da rede de atenção secundária e terciária de saúde bucal, baseada na evidência de que os procedimentos especializados correspondiam a 3,5% do total de procedimentos em saúde bucal realizados no SUS.

Nesse sentido, foram instituídos os critérios, as normas, os requisitos para a implantação e credenciamento, financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pelas Portarias nº 1.570/GM, de 29 de julho de 2004; e a 1.571/GM, de 29 de julho de 2004. Com o intuito de expandir rapidamente os serviços odontológicos especializados, a Portaria nº 283/GM, de 22 de fevereiro de 2005, passou a permitir o adiantamento do recurso de implantação desses centros.

Os primeiros CEO foram inaugurados em Sobral, no Ceará, e Caruaru, no Pernambuco, e foram habilitados através da Portaria nº 2192/GM, de 08 de outubro de 2004. O lançamento do Programa Brasil Sorridente ocorreu em 17 de março de 2004 em Sobral, com a presença do Presidente Lula e o Ministro de Saúde Humberto Costa.

Zanetti (2005), embora considere que falta racionalidade na formulação de políticas na esfera federal, afirma que entre todas as políticas de saúde bucal já implementadas a atual figura tão somente como a segunda iniciativa, a primeira foi o SESP, em que foram pautados elementos normativos com capacidade para operar transformações qualitativas no perfil tradicional da assistência clínica-odontológica pública, e como a primeira iniciativa onde os princípios de universalidade (igualdade) e equidade (diferença) são apresentados como “inspiradores” e “norteadores” de ações.

## **5.2 Organização do processo de trabalho nas Equipes de Saúde Bucal**

Em 2006 foi lançada a PNAB, que se fundamentou nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação. Assim, a nova política aponta para a redefinição dos “princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da ESF.

A PNAB, publicada através da Portaria 648/2006, revogou as portarias 673/03 e 74/04 que estabeleciam critérios de implantação, financiamento e organização do processo de trabalho de saúde bucal. Embora tenha sido mantida a separação entre ESF e ESB, a PNAB

avançou quando definiu as atribuições comuns para os profissionais, características do processo de trabalho, financiamento e princípios gerais desse nível de atenção em um mesmo ato normativo, um estímulo à interdisciplinaridade através da definição de um campo comum de práticas. A separação entre as Equipes, pelo menos no marco legal da ESF, se dá devido a características específicas de cada campo de conhecimento e práticas das diversas profissões.

A PNAB define Atenção Básica como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006a, p. 10)

Na PNAB há definições das atribuições comuns a todos os profissionais, bem como, das atribuições específicas da ESB – CD THD e ACD (quadros 3 e 4) .

Quadro 3 - Atribuições comuns das equipes de Saúde da Família

<b>ATRIBUIÇÕES COMUNS DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>
1. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
2. Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
3. Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
4. Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
5. Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
6. Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
7. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
8. Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
9. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
10. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
11. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
12. Participar das atividades de educação permanente;
13. Realizar outras ações e atividades a serem definidas, de acordo com as prioridades locais.

Fonte: BRASIL, 2006a.

Quadro 4 - Atribuições específicas da esb, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e do técnico de higiene dental

<b>ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DAS ESB</b>	
<b>PROFISSIONAL</b>	<b>ATRIBUIÇÕES</b>
CD	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;</li> <li>2. Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;</li> <li>3. Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;</li> <li>4. Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;</li> <li>5. Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;</li> <li>6. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;</li> <li>7. Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;</li> <li>8. Realizar supervisão técnica do THD e ACD;</li> <li>9. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.</li> </ol>
THD	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;</li> <li>2. Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;</li> <li>3. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;</li> <li>4. Apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;</li> <li>5. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.</li> </ol>
ACD	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;</li> <li>2. Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;</li> <li>3. Preparar e organizar instrumental e materiais necessários;</li> <li>4. Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião-dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;</li> <li>5. Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;</li> <li>6. Organizar a agenda clínica;</li> <li>7. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;</li> <li>8. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.</li> </ol>

Fonte: BRASIL, 2006a.

Em 2008, foi publicado o Caderno de Atenção Básica, nº 17, com o tema Saúde Bucal. O objetivo desta publicação foi construir uma referência para os serviços de saúde no processo de organização do cuidado à saúde na Atenção Básica (AB) como eixo estratégico para a reorientação do modelo assistencial no SUS.

A publicação apresentou uma linha – guia sobre a organização do processo de trabalho das ESB, enfatizando que não deveria ser incorporada nos serviços acriticamente, mas adequar-se à realidade de cada território. Apresentou os grupos prioritários para atenção programada, as atividades extra-clínica, ressaltando a importância do acolhimento na organização da assistência que deve abranger ações que respondam à demanda organizadamente, compatibilizando a demanda espontânea e a programada. Fundamentou-se nas atribuições específicas e comuns publicadas pela PNAB.

Como visto anteriormente, historicamente, as práticas da saúde bucal no Setor Saúde indicam que ela foi desenvolvida a distância, sendo feita praticamente entre quatro paredes, restrita à prática do cirurgião-dentista com seu equipamento odontológico. Atualmente, a incorporação das ações de Saúde Bucal pelas Equipes de Saúde da Família visa transpor esse modelo de organização e prática anterior, sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática dos profissionais da equipe (BRASIL, 2008).

Nesta perspectiva, vários trabalhos têm abordado a organização dos serviços das ESB na ESF, buscando elucidar suas conquistas e desafios.

Roncalli (2000) discutiu, à luz de algumas experiências municipais de organização da demanda por serviços odontológicos, a incorporação das diretrizes do SUS (universalidade, integralidade da atenção, equidade e acesso aos serviços) nos municípios de Belo Horizonte (BH), Araçatuba (SP) e Curitiba (PR). Em Araçatuba, considerado pelo autor como modelo de corte tradicional, foi verificada focalização nos escolares e gestantes, e atendimento de urgência à população adulta. Em Belo Horizonte foi observado reestruturação dos serviços com base numa rede regionalizada e hierarquizada e uma inversão no modelo assistencial, antes centrado na assistência a escolares. O município de Curitiba implantou, a partir de 1995, um modelo de Saúde da Família com ações de Saúde Bucal e vem mantendo, desde a década de 1980, a proposta de um modelo territorializado. As iniciativas que, minimamente, apontaram para modelos mais universais e equitativos, o fizeram como parte de uma



estratégia ampla, não restrita ao setor odontológico, que aliou vontade política e capacidade técnica.

Lourenço (2005) avaliou a inserção de ESB na ESF no estado de Minas Gerais em relação aos aspectos administrativos e operacionais. Observou que 42,1% dos CD trabalhavam a menos de um ano, precarização nos vínculos empregatícios; em apenas 26,9% das equipes algum tipo de triagem de risco para acessos aos serviços; 48% dos dentistas sem qualificação; 69% das equipes não utilizavam o mesmo prontuário das equipes da ESF. Entretanto, verificou a ampliação quantitativa das ESB, possibilitando um maior acesso aos serviços de saúde bucal.

Na região Nordeste, Rodrigues e Assis (2005) analisaram a dinâmica organizacional da oferta e demanda dos serviços de saúde bucal em Alagoinhas, Bahia, e tomaram como eixo orientador fluxogramas analisadores do processo de trabalho em saúde. Os resultados revelaram que, na unidade de saúde, a tecnologia leve é secundária ao trabalho estruturado e há uma predominância da relação impessoal e automatizada. Verificaram, ainda, que a articulação entre oferta e demanda por serviços é conduzida com ênfase na atuação do cirurgião-dentista, que concentra suas ações em determinados grupos sociais.

Por outro lado, no Rio Grande do Norte, Almeida e Ferreira (2008) verificaram a incorporação das práticas preventivas e educativas, como também a existência de instrumentos de avaliação dessas atividades, tanto em âmbito individual, quanto em nível coletivo, desenvolvidos pelo cirurgião-dentista no contexto do PSF. Também constataram que as práticas preventivas direcionam-se à cárie dentária, com maior atenção aos escolares, sendo necessária ampliação para diferentes problemas bucais, grupos e espaços sociais.

Padilha et. al (2005) descreveram as características da programação e avaliação da saúde bucal na ESF na Paraíba. Encontraram situações de ausência de parâmetros, serviços baseados na demanda espontânea e também propostas de organização do processo de trabalho baseadas na orientação familiar, diagnóstico epidemiológico e risco social. Concluíram que as propostas de planejamento e avaliação são raras e encontravam-se em estado de implantação.

Sousa e Roncalli (2007) encontraram resultados semelhantes ao avaliar a incorporação da saúde bucal na ESF, com base na análise de fatores que interferem positiva ou

negativamente na implementação dessa estratégia e, conseqüentemente, no processo de mudança dos modelos assistenciais em saúde bucal no SUS no estado do Rio Grande do Norte. A maioria dos municípios apresentou pouco ou nenhum avanço no modelo assistencial em saúde bucal. Os melhores resultados foram alcançados nos municípios de melhor condição socioeconômica. Foi possível identificar precariedade nas relações de trabalho e dificuldades no encaminhamento para média e alta complexidade, na intersetorialidade, no diagnóstico epidemiológico e na avaliação das ações.

Nascimento *et al.* (2006) analisaram as práticas de saúde bucal coletiva de dois modelos de atenção à saúde familiar em Campinas, São Paulo e Curitiba, Paraná. Houve progresso no acesso dos usuários aos serviços, na humanização do cuidado em saúde, no acolhimento das pessoas e no vínculo entre os profissionais e os pacientes. Os resultados relativos às práticas de promoção de saúde, territorialização, abordagem interdisciplinar e qualificação das equipes indicaram a necessidade de avanços técnicos e operacionais nas duas cidades. Entretanto, o direito universal ao acesso à saúde bucal, em todos os níveis de complexidade, mostrou-se deficiente nas duas cidades.

Em relação ao acesso aos serviços odontológicos, os investimentos financeiros crescentes no setor, que saltaram de 56,5 milhões em 2003 para 600 milhões em 2008, têm expandido a rede de APS e os CEO, ampliando a oferta de serviços. Em 2008, mais de 37,1% inscritos no Conselho Federal de Odontologia mantinham vínculo empregatício com o serviço público. Verificaram que a proporção de dentistas contratados se assemelhou ao total de médicos no Norte e Nordeste. Entretanto, apontam a necessidade de mudanças nos modelos assistenciais, acompanhadas por políticas de desenvolvimento social (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Antunes e Narvai (2010) fizeram uma revisão sistemática de literatura sobre os efeitos das políticas de saúde bucal na desigualdade em saúde, tomando a fluoretação das águas e os serviços públicos odontológicos como variáveis. A fluoretação foi identificada como favorável à redução das cáries, tomando como base os levantamentos epidemiológicos que mostraram redução nos índices de cárie. Entretanto, a não universalidade no acesso à água fluoretada mantém extenso contingente populacional à margem desse benefício reconhecidamente eficaz e de baixo custo. Contudo, ações realizadas a partir de 2005 buscam expandir a fluoretação, com prioridade para as regiões Norte e Nordeste.

Mialhe, Oliveira e Silva (2006) analisaram o acesso aos serviços de saúde bucal segundo a visão dos moradores de uma comunidade rural do interior do Paraná. Os dados obtidos revelaram que a maioria (94,5%) já tinha ido ao dentista e boa parte (41%) não procurava o profissional há mais de 3 anos. Apesar do acesso dos moradores ter sido verificado, a maioria (71%) foi para realização de tratamentos curativos.

Narvai et. al (2006) analisaram a evolução da experiência de cárie dentária entre escolares brasileiros no período de 1980 a 2003, determinaram a distribuição da cárie e o acesso dessa população ao tratamento da doença e verificaram que a porcentagem de escolares com CPOD igual a zero aumentou de 3,7% em 1986 para 31,1% em 2003. Por outro lado, enquanto no segmento menos atingido pela doença (CPOD de 1 a 3), o índice de cuidados aumentou de 26,3% em 1986 para 34,7% em 2003, no segmento com CPOD de 4 a 5 o índice de cuidados caiu de 50,2% em 1986 para 39,3% em 2003. No segmento com CPOD de 6 ou mais, o índice de cuidados se manteve estável (28%). Aproximadamente 20% da população passou a concentrar cerca de 60% da carga de doença. Concluíram que não se alterou a proporção de dentes cariados não tratados. Redução das disparidades socioeconômicas e medidas de saúde pública dirigidas aos grupos mais vulneráveis permanecem como um desafio para todos os que formulam e implementam as políticas públicas no Brasil.

Santos (2006) propôs ações baseadas em dispositivos relacionais (acolhimento, vínculo) e instituintes (autonomia, pertencimento, empoderamento) na perspectiva da organização dos serviços de saúde bucal a partir de reflexão sobre processos de trabalho das ESB de Alagoinhas, Bahia. Cogitou que as ações individuais necessitam incluir todas as perspectivas do processo saúde-doença, dando respostas de promoção e proteção à saúde, ações de recuperação e reabilitação, e que tais conquistas estão na dependência de formas comprometidas de compreensão do processo de trabalho em saúde e da adoção de um modelo com foco na integralidade para transformar o complexo mundo de necessidades em saúde bucal.

## 6 METODOLOGIA

### Tipo de estudo

O percurso metodológico para a pesquisa foi dual, com abordagem quantitativa e qualitativa. Para Minayo e Sanches (1993), do ponto de vista metodológico, não há contradição, assim como não há continuidade entre investigação quantitativa e qualitativa. A primeira tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. A segunda adequa-se a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos dos grupos em estudo. Nesta perspectiva, as abordagens quanti-qualitativas seriam ideais para explicar as ocorrências mais frequentes e comuns de um objeto pesquisado, como também conhecer as percepções e pontos de vista dos sujeitos sob estudo (TURATO, 2005).

Em síntese, as duas abordagens não são incompatíveis e podem ser integradas em um mesmo projeto de pesquisa, quando utilizados em conjunto promovem uma compreensão mais elaborada e completa da realidade (MINAYO, 2006). As duas abordagens, em conjunção, também podem ser designadas como métodos mistos.

Os métodos mistos têm interesse em convergir ou triangular diferentes fontes de dados quantitativos e qualitativos. Incorporam a necessidade de explorar e a de explicar uma questão de pesquisa para expandir o seu entendimento, convergir ou confirmar resultados (CRESWELL, 2007).

A presente pesquisa utilizou a estratégia de triangulação transformadora concomitante<sup>2</sup> e foi guiada pela estrutura teórica conceitual dos atributos essenciais (acesso/primeiro contato, longitudinalidade do cuidado, coordenação da atenção e integralidade) e derivativos ou qualificadores da APS (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) proposta por Starfield.

O estudo, segundo seus objetivos, classifica-se como exploratório-descritivo, pois aprofundou o conhecimento sobre o processo de trabalho das ESB, na ESF da 11ª Região de

---

<sup>2</sup> A estratégia de triangulação transformadora concomitante é guiada pelo uso que o pesquisador faz de uma perspectiva teórica específica (ideologias, estrutura conceitual ou teórica, teorias). Essa perspectiva se reflete nos objetivos, questões de pesquisa (CRESWELL, 2007).

Saúde (RS) de Sobral, no estado do Ceará, assim como descreveu as características e relações entre as variáveis a seguir elencadas.

Gil (2002) enfatiza que os estudos exploratórios visam proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias, a descoberta de intuições. Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. O mesmo autor afirma que as pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relação entre as variáveis.

### **Localização do estudo**

O presente estudo desenvolveu-se nos 24 municípios que compõem a 11ª Região de Saúde de Sobral – CE (11ª RS), no segundo semestre de 2011.

O estado do Ceará possui 8.547.750 milhões de habitantes, distribuídos em 184 municípios, que representa aproximadamente 15,9% da população do Nordeste e 4,5% da população do Brasil. Cerca de 72,77% da população reside em áreas urbanas. Há no estado predominância do sexo feminino, 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 (BRASIL, 2009; IPECE, 2010).

Em relação aos indicadores sociais, dos 22 indicadores selecionados para análise pelo Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), em 18 deles, o Ceará se encontrava em uma situação melhor que o Nordeste, em 2009. Entretanto, o Ceará apresentou uma proporção de domicílios com acesso à rede de coleta de esgotos bastante inferior à média nacional e um pouco abaixo da média nordestina, pois atende apenas 30,6% dos seus domicílios, em 2009. Contudo, o estado apresenta proporção de domicílios com abastecimento de água superior à média do Nordeste. O índice de Mortalidade Infantil e Esperança de Vida ao Nascer apresentaram resultados melhores que a região Nordeste em 2009. A taxa de analfabetismo em pessoas de 15 anos era o dobro da média brasileira, a renda

*per capita* do estado é menor que a da região Nordeste e a proporção de pessoas que ganham até 2 salários mínimos era de 71%.

No que se refere às causas de mortalidade, tem se observado que as decorrentes de fatores externos adquiriram peso significativo na estrutura geral dos óbitos, principalmente na população masculina jovem. As mortes decorrentes de causas externas representaram 13,94% das causas de morte da população do estado. Entretanto, entre as causas de mortalidade mais frequentes encontram-se: doenças do aparelho circulatório (32,6%), neoplasias (16,1%) e doenças do aparelho respiratório (10,1%) (BRASIL, 2009; IPECE, 2010).

Em relação à organização da rede de assistência à saúde, o Pacto pela Saúde definiu as regiões de saúde como espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território. Assim, a população sob responsabilidade de uma rede é a que ocupa a região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) (BRASIL, 2010c).

O PDR estabeleceu as diretrizes políticas de reorganização das ações e serviços do estado do Ceará, que foram aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde (CESAU), sendo definidas as estratégias para reorganização da atenção à saúde nos seus diversos níveis, a saber:

- Atenção Primária e ações básicas de Vigilância em Saúde: municípios
- Atenção Secundária: Região de Saúde
- Atenção Terciária: Macrorregião de Saúde

O PDR dividiu o espaço territorial cearense em três macrorregiões estratificadas em 22 Regiões de Saúde (Apêndice A). As macrorregiões são formadas por um conjunto de Regiões que convergem para os pólos terciários de Fortaleza, Sobral e Cariri. A atenção terciária é constituída por serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade e alto custo, tais como serviços de urgência e emergência, atenção à gestante de alto risco, cardiologia, oncologia, neurologia e atenção ao paciente grave. Este nível de atenção à saúde garante o acesso à quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, exames hemodinâmicos, medicina nuclear, radiologia intervencionista e exames de diagnose de maior complexidade, assim como assegura tratamento intensivo, como serviços de

urgências clínicas e cirúrgicas, traumatologia e ortopedia proveniente de traumas, nas 24 horas (CEARÁ, 2006)

As Regiões, por sua vez, são espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, que possuam infraestrutura de transporte para deslocamento das pessoas para os serviços de saúde, com vontade política para pactuarem na busca de soluções para problemas comuns, na área da saúde. A 11ª RS é composta por 24 municípios, um total de 598.546 habitantes. Esta região possui um município sede, Ipu, e um município pólo, Sobral (Anexo C) (CEARÁ, 2006).

### **População, tamanho da amostra e amostragem**

Em dezembro de 2010, o estado do Ceará possuía 1.855 equipes de saúde da família (ESF) e 1.499 ESB distribuídas nos 184 municípios (Apêndice B). Em relação às ESB, 1.365 (91%) eram Modalidade I e 134 (8,9%) Modalidade II (BRASIL – CNES, 2010).

No mesmo período, a 11ª RS apresentava 105 ESB, 97 Modalidade I e 8 Modalidade II e uma cobertura de ESB de 62%. O cálculo da cobertura obedeceu às orientações do Documento de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, relativo ao biênio 2010 – 2011, e considerou cobertura por ESB igual a 3450 pessoas. O documento orienta, ainda, que quando o cálculo da cobertura apresentar valor superior a 100% deve-se limitar essa cobertura a 100% (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição das ESB segundo tipo de modalidade e cobertura nos municípios da 11ª RS, em 2011

MUNICÍPIO	ESB M1	ESB M2	TOTAL ESB	Cobertura ESB	POP.	Cobertura ESB %
ALCANTARAS	2	0	2	6900	10348	66,7
CARIRE	2	0	2	6900	19353	35,7
CATUNDA	2	0	2	6900	9641	71,6
COREAÚ	0	5	5	17250	22033	78,3
FORQUILHA	7	0	7	24150	19396	100,0
FRECHEIRINHA	2	0	2	6900	13646	50,6
GRAÇA	1	1	2	6900	15190	45,4
GROAÍRAS	3	0	3	10350	9303	100,0
HIDROLÂNDIA	3	0	3	10350	17509	59,1
IPU	7	0	7	24150	41266	58,5
MASSAPÊ	3	0	3	10350	34579	29,9
IRAUÇUBA	5	0	5	17250	21606	79,8
MERUOCA	2	1	3	10350	12098	100,0
MORAÚJO	1	0	1	3450	7702	44,8
MUCAMBO	2	0	2	6900	15396	44,8
P. FERREIRA	2	0	2	6900	8647	79,8
PACUJÁ	2	0	2	6900	6204	100,0
RERIUTABA	3	0	3	10350	24555	42,2
S. DO ACARAÚ	6	0	6	20700	29394	70,4
S. QUITÉRIA	7	0	7	24150	43994	54,9
SENADOR SA	2	0	2	6900	5975	100,0
SOBRAL	27	0	27	93150	178915	52,1
URUOCA	4	0	4	13800	12547	100,0
VARJOTA	3	0	3	10350	19249	53,8
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>7</b>	<b>105</b>	<b>362250</b>	<b>598546</b>	<b>60,5</b>

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados das Secretarias Municipais de Saúde da 11ªRS.

A pesquisa analisou o processo de trabalho das ESB a partir da visão do CD. A população da pesquisa foi de 102 ESB, distribuídas em 23 municípios. Como a população era pequena e o cálculo amostral com intervalo de confiança de 95% e um erro de 5%, somado a 10% de perda amostral, resultou em uma amostra final de 90 ESB; optou-se pela realização de um censo. Foi eliminado o município de Massapê, pois a pesquisadora trabalha em uma das ESB implantadas no município, o que poderia incorrer em um viés de autosseleção.

Sobre esta perspectiva, Pereira (2002) considera que não há consenso sobre a questão das perdas na realização de um censo, entretanto, há uma variação aceitável de não respostas



ou perda amostral entre 10 e 30%. Perdas elevadas trazem dúvidas sobre a correlação das conclusões e a generalização dos resultados, e podem causar distorções nos resultados se distribuídas desigualmente.

Um dos objetivos desta pesquisa foi verificar o processo de trabalho nas ESB e sua relação com atributos e porte populacional, nesta perspectiva, os municípios foram estratificados de acordo com o porte populacional. A estratificação permite obter estimativas com certo nível de precisão para subgrupos da população em estudo (TORRES; MAGNANINI; LUIZ, 2009).

Para estratificação das ESB, por porte populacional, foi considerada a composição das classes apresentadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em sua publicação *Perfil dos Municípios Brasileiro* (IBGE, 2005). Os municípios referentes a esta pesquisa foram agregados em relação ao porte populacional nas seguintes classes: até 10.000 habitantes, de 10.001 a 20.000, de 20.001 a 50.000, de 50.001 a 100.000, de 100.001 a 500.000 e acima de 500.000.

As classes consideradas para estratificação, por porte populacional, na 11ª RS foram: até 10.000 habitantes, de 10.001 a 20.000, de 20.001 a 50.000 e acima de 50.000 habitantes. Excluiu-se a categoria de municípios acima de 500.000 e até 5.000 habitantes, pois não constam municípios com esse porte populacional na 11ª RS (Tabela 2).

A classe populacional até 10.000 habitantes (Catunda, Groaíras, Moraújo, Pacujá, Pires Ferreira, Senador Sá) possuía 11,8% do total de ESB da 11ª Região. Os municípios de 10.001 a 20.000 habitantes (Alcântaras, Cariré, Forquilha, Frecheirinha, Graça, Hidrolândia, Meruoca, Mucambo, Uruoca, Varjota) tinha 29,4%, os municípios de 20.001 a 50.000 habitantes possuíam 32,4%. O município acima de 50.000 habitantes possuía 26,5% do total de ESB da 11ª RS. Nesta perspectiva, a proporção de ESB que respondeu os questionários em cada estrato populacional foi verificada, durante a coleta de dados, para que se mantivesse a representatividade dos estratos populacionais.

Tabela 2 - Distribuição das ESB, por porte populacional, dos municípios componentes da 11ª RS.2011

PORTE POP.	MUNICÍPIO	ESB M1	ESB M2	TOTAL ESB	Nº HAB.	COBERTURA ESB %
Até 10.000 hab.	CATUNDA	2	0	2	9641	71,6
	GROAÍRAS	3	0	3	9303	100,0
	MORAÚJO	1	0	1	7702	44,8
	PACUJÁ	2	0	2	6204	100,0
	P. FERREIRA	2	0	2	8647	79,8
	SENADOR SA	2	0	2	5975	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	ALCÂNTARAS	2	0	2	10348	66,7
	CARIRÉ	2	0	2	19353	35,7
	FORQUILHA	7	0	7	19396	100,0
	FRECHEIRINHA	2	0	2	13646	50,6
	GRAÇA	1	1	2	15190	45,4
	HIDROLÂNDIA	3	0	3	17509	59,1
	MERUOCA	2	1	3	12098	100,0
	MUCAMBO	2	0	2	15396	44,8
	URUOCA	4	0	4	12547	100,0
VARJOTA	3	0	3	19249	53,8	
De 20.001 a 50.000 hab.	COREAÚ	0	5	5	22033	78,3
	IPU	7	0	7	41266	58,5
	IRAUÇUBA	5	0	5	21606	79,8
	RERIUTABA	3	0	3	24555	42,2
	S. QUITÉRIA	7	0	7	43994	54,9
S. DO ACARAÚ	6	0	6	29394	70,4	
Acima de 50.000	SOBRAL	27	0	27	178915	52,1
<b>Total</b>		<b>98</b>	<b>7</b>	<b>105</b>	<b>362250</b>	<b>60,5</b>

### Instrumento de pesquisa e estudo piloto

Na construção do formulário, buscou-se redigir questões claras, sem ambiguidade, de forma que o sujeito da pesquisa soubesse exatamente o que se esperava dele. Levou-se em consideração um princípio básico na formulação de perguntas, que é o de evitar o uso de expressões linguísticas que não sejam familiares ao inquirido.

A elaboração do formulário e a formulação de questões constituíram uma fase crucial do desenvolvimento da investigação. O formulário desenvolvido foi baseado em extensa e

profunda revisão bibliográfica, ou seja, foi desenvolvido dentro de um claro referencial teórico acerca da APS.

Para construção das variáveis do formulário, foram utilizados os conceitos de acesso/primeiro contato, longitudinalidade do cuidado, coordenação da atenção, integralidade, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural propostos por Starfield (2002), levando em consideração a PNAB e a PNSB (Quadro 5).

Quadro 5 - Descrição dos atributos da APS segundo critérios de análise e operacionalização utilizados nesta pesquisa

<b>ATRIBUTO</b>	<b>CRITÉRIOS DE ANÁLISE</b>	<b>OPERACIONALIZAÇÃO</b>
<b>Acesso/primeiro contato</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dias e horários disponíveis de atendimento do serviço de saúde bucal.</li> <li>2. Tempo de espera para agendamento de consultas/atendimento.</li> <li>3. Tempo de espera para atendimento na Unidade de Saúde para consultas /atendimento.</li> <li>4. Avanços e desafios da ESB em relação ao acesso/primeiro contato.</li> </ol>	<p>Questões objetivas adaptadas do PCATool.</p> <p>Questão subjetiva sobre avanços e desafios das ESB neste atributo.</p>
<b>Longitudinalidade</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conhece a população a qual presta serviço e o seu meio social.</li> <li>2. Conhecer o histórico de saúde dos seus pacientes.</li> <li>3. Se os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo profissional.</li> <li>4. Vinculação formal da população com a APS – territorialização e população adscrita /tempo.</li> <li>5. Cadastro dos pacientes através de prontuário</li> <li>6. Avanços e desafios da ESB em relação à longitudinalidade.</li> </ol>	<p>Questões objetivas adaptadas do PCATool.</p> <p>Questão subjetiva sobre avanços e desafios das ESB neste atributo.</p>
<b>Coordenação do cuidado</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Continuidade da atenção: acompanhamento pela ESB das consultas e atendimentos que o paciente faz em outros serviços.</li> <li>2. Reconhecimento de informações de consultas prévias e utilização das informações no planejamento do atendimento.</li> <li>3. Encaminhamento para outros níveis de atenção: referência e contrarreferência.</li> <li>7. Avanços e desafios da ESB em relação à longitudinalidade.</li> </ol>	<p>Questões objetivas adaptadas do PCATool.</p> <p>Questão subjetiva sobre avanços e desafios das ESB neste atributo.</p>
<b>Integralidade</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organização da demanda (programada e espontânea).</li> <li>2. Faixa etária, Ciclos de vida ou Grupos que são priorizados no atendimento.</li> <li>3. Variedades de serviços ofertados pela ESB.</li> <li>4. Avanços e desafios da ESB em relação à Integralidade.</li> </ol>	<p>Questões subjetivas baseadas na PNAB e PNSB</p> <p>Questão subjetiva sobre avanços e desafios das ESB neste atributo.</p>

Quadro 5 – Descrição dos atributos da APS segundo critérios de análise e operacionalização utilizados nesta pesquisa. Continuação.

ATRIBUTO	CRITÉRIOS DE ANÁLISE	OPERACIONALIZAÇÃO
<b>Centralização Familiar</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reconhecimento do contexto familiar.</li> <li>2. Reconhecimento dos problemas de saúde que possam ocorrer na família.</li> <li>3. Considerar a opinião do paciente no planejamento do tratamento</li> </ol>	Questões objetivas adaptadas do PCATool.
<b>Competência Cultural e Orientação Comunitária</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reconhecer as necessidades das subpopulações que podem não está em evidência, características éticas, raciais e outras.</li> <li>2. Prestação de serviços especiais para atender necessidades culturais.</li> <li>3. Reconhecimento das necessidades e condições de saúde bucal da população.</li> <li>4. Realização de visita domiciliar.</li> <li>5. Participação da comunidade na organização do processo de trabalho.</li> <li>6. Participação de usuários nos conselhos</li> </ol>	Questões objetivas adaptadas do PCATool. Questões subjetivas.

Para contemplar as variáveis elencadas, utilizou-se questões adaptadas do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – *Primary Care Assessment Tool*). A escolha da adaptação deste instrumento deu-se devido à insuficiência de questionamentos relacionados à saúde bucal neste questionário (Quadro 6). Este instrumento apresenta-se originalmente em versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde. O instrumento foi criado por Starfield e cols. na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center* (PCPC), o PCATool mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS. No Brasil, este instrumento foi validado e recebeu a denominação de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool – Brasil (BRASIL, 2010b) .

Para esta pesquisa, adotou-se como referência o formulário destinado a profissionais, pois é capaz de identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade, tanto para o planejamento, como para a execução das ações de APS.

Quadro 6 – Descrição das questões adaptadas do PCATool utilizadas no instrumento de coleta de dados

ATRIBUTO	QUESTÕES UTILIZADAS DO PCATool - Brasil Versão Profissionais	QUESTÕES ADAPTADAS UTILIZADAS NO INSTRUMENTO
<b>Acesso/primeiro contato</b>	<p>A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?</p> <p>A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20h?</p> <p>A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, <i>check-up</i>) no seu serviço de saúde?</p> <p>A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?</p>	<p>B1. A ESB faz atendimentos aos sábados e domingos?</p> <p>B2. A ESB atende pelo menos em alguns dias da semana até às 20h?</p> <p>B3. É fácil para o paciente agendar uma consulta ou revisão ou tratamento odontológico?</p> <p>B4. Na média, os pacientes têm que esperar mais de 30 minutos para atendimento na Unidade de Saúde pela ESB?</p>
<b>Longitudinalidade</b>	<p>B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?</p> <p>B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?</p> <p>B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?</p>	<p>C.1. Os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo dentista?</p> <p>C.2. Você sabe quem mora com cada um dos seus pacientes?</p> <p>C.3. Você conhece o histórico de saúde de seus pacientes?</p>
<b>Coordenação do cuidado</b>	<p>D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?</p> <p>C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?</p> <p>C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?</p> <p>C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?</p> <p>C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?</p> <p>C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?</p>	<p>D.1. Os prontuários dos pacientes estão disponíveis quando você os atende?</p> <p>D.2. Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem em serviços especializados?</p> <p>D.3. Alguém do seu serviço ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?</p> <p>D.4. Quando seus pacientes são encaminhados, você oferece informação escrita para levar ao serviço especializado (referência)?</p> <p>D.5. Você recebe do especialista ou serviço especializado informações sobre o paciente encaminhado (contrarreferência)?</p> <p>D.6. Após a consulta com o especialista, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?</p>
<b>Integralidade</b>	<p>No PCATool as perguntas sobre esse atributo referem-se ao processo de trabalho e ações específicas do profissional médico e enfermeiro. A adaptação do PCATool mudaria o sentido da pergunta. As questões sobre integralidade no instrumento de pesquisa são todas subjetivas.</p>	<p>Questões subjetivas baseadas na Política Nacional de Saúde Bucal e de Atenção Básica.</p> <p>Questão subjetiva sobre avanços e desafios das ESB neste atributo.</p>
<b>Orientação Familiar</b>	<p>G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?</p> <p>G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?</p> <p>G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?</p>	<p>F.1. Você pergunta ao paciente ideias e opiniões ao planejar o tratamento dele ou de membro de família?</p> <p>F.2. Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer na família do paciente?</p> <p>F.3. Você está disposto e é capaz de atender membros das famílias ou paciente para discutir um problema de saúde ou familiar?</p>

Quadro 6 – Descrição das questões adaptadas do PCATool utilizadas no instrumento de coleta de dados. Continuação.

<p><b>Orientação Comunitária e Competência Cultural</b></p>	<p>H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?  H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?  H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?  H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?  H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).</p>	<p>G.1. Você, ou alguém da ESB realiza visita domiciliar?  G.2. A ESB escuta opiniões e ideias da comunidade de como melhorar o serviço?  G.3. A ESB já realizou levantamento epidemiológico para identificar as necessidades e condições de saúde bucal da comunidade?  G.4. A ESB faz pesquisas para ver se está satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?  G.5. Existe presença de usuários no Conselho Local de Saúde?</p>
---	---	--

O questionário da pesquisa também contemplou variáveis sócio-demográficas, de empregabilidade, grau de instrução, tempo de trabalho na ESF e na ESB atual. Estas variáveis compuseram o perfil das ESB e CD. O instrumento de coleta foi submetido à validação de conteúdo, durante o mês de agosto de 2011, através da realização do estudo-piloto, foram testadas clareza, objetividade, validade, fidedignidade e coerência das questões contidas no roteiro das entrevistas.

Para tal fim, selecionou-se 10% da população, que foi pesquisada para realização do pré-teste do instrumento de pesquisa. O instrumento foi testado, a fim de facilitar a familiarização do investigador com o instrumento e de se verificar a compreensão das perguntas por parte da população a ser investigada. Durante o pré-teste foi monitorado o tempo para responder o questionário e, ao final, os sujeitos responderam perguntas sobre as variáveis supracitadas, as dificuldades encontradas no preenchimento do questionário e fizeram observações adicionais e sugestões.

Em relação aos resultados do pré-teste, todos os pesquisados afirmaram que o questionário estava claro, objetivo e o tempo de preenchimento satisfatório (média de 30 minutos). No que se refere à clareza das perguntas, 20% dos sujeitos tiveram dificuldades com o termo longitudinalidade e sugeriram adicionar sua definição. Incluiu-se a especificação da área de pós-graduação, pois durante o pré-teste os CD especificaram a área, embora no primeiro instrumento não houvesse espaço. Após o estudo-piloto, houve alterações supracitadas e a ordem das perguntas foi mantida (Apêndice C).

## **Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada após autorização da Diretora da 11ª RS e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CEP/UFC) entre novembro e dezembro de 2011 nos municípios até 50.000 habitantes. No município acima de 50.000 habitantes a coleta ocorreu nos meses de dezembro de 2011 e janeiro de 2012, após autorização da Comissão Científica da Secretaria de Saúde e Ação Social (Anexos D e E).

Na 1ª etapa da coleta de dados (municípios de até 50.000 habitantes), no mês de outubro de 2011, foi realizada visita às secretarias municipais de saúde para coletar informações do total de ESB que estavam atualmente em funcionamento e comunicar os gestores (Coordenadores de Atenção Primária ou Coordenadores de Saúde Bucal ou Secretários de Saúde) sobre os procedimentos e objetivos da pesquisa. Neste momento, foram selecionados articuladores para receberem os questionários e enviá-los, através dos Correios, para o pesquisador. Os questionários foram distribuídos nos municípios no mês de novembro e a coleta dos questionários respondidos foi realizada pelos articuladores de cada município, que em sua maioria eram Coordenadores da APS e Coordenadores de Saúde Bucal.

Na 2ª etapa, objetivou-se o recebimento dos questionários distribuídos. Apenas 02 municípios enviaram os questionários pelo Sistema de Correios, 10 entregaram pessoalmente ou enviaram através do motorista da secretaria de saúde dos municípios, em 11 dos municípios o pesquisador retornou pessoalmente para coletar os questionários, e em 5 destes retornou mais de uma vez para receber os questionários. A coleta dos dados cessou no mês de janeiro de 2012.

Os dados quantitativos e qualitativos foram coletados simultaneamente a partir de questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas autoaplicável. O questionário foi respondido por 91 CD atuantes nas ESB dos municípios que compõem a 11ª RS, de acordo com a estratificação por porte populacional. A taxa de não resposta e recusas foi de 12,8%. A representatividade por porte populacional foi mantida, dessa forma, 13,2% das ESB que responderam aos questionários foram de municípios até 10.000 habitantes, 29,7% de municípios entre 10.001 e 20.000 habitantes, 30,8% de municípios entre 20.001 e 50.000 e 26,4% de municípios acima de 50.000 habitantes.

## Processamento de dados – análise estatística

Os dados foram processados no SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 19 e RGui.exe versão 2.9.2. Na fase descritiva, com o intuito de explorar os dados referentes, foram utilizadas tabelas para apresentação dos valores e gráficos para apresentação das distribuições, tendências e relacionamentos entre variáveis. Para o processo de análise dos dados, houve cálculo dos escores, de acordo com as orientações do Manual do PCATool, exploração de informações referentes a variáveis específicas, incluindo a identificação da quantidade de não respostas ou *missing values*

De acordo com o Manual do PCATool, o cálculo do escore médio de cada atributo é dado pela média aritmética simples das respostas de seus itens (perguntas). As respostas possíveis para cada um dos itens, que variam de 1 a 4 em escala do tipo Likert, são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/ não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente (BRASIL, 2010b).

O item A9 do PCATool (Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro?) que equivale ao item B4 no instrumento desta pesquisa, foi formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Seguindo as orientações do Manual do PCATool, este item teve seu valor invertido para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

Nos casos em que a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingiu 50% ou mais do total de itens de um dos componentes, o escore deste atributo para este entrevistado não foi calculado e ficou em branco (“*missing*”) no banco de dados. Entretanto, se para um sujeito da pesquisa a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (não sei/não lembro) foi inferior a 50% do total de itens de um atributo, transformou-se o valor “9” para o valor “2”. Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado (BRASIL, 2010b).

O escore médio escore essencial foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais, dividido pelo número de componentes.



Para fins dessa pesquisa, foi calculado o escore essencial para as variáveis que foram estudadas para os atributos do acesso, longitudinalidade e coordenação do cuidado, pois não havia itens no PCATool que pudessem ser adaptados, sem mudar o sentido da pergunta, para contemplar o processo de trabalho do dentista no atributo da integralidade.

O escore geral da APS foi calculado através da soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais, aos componentes que pertencem aos atributos derivados, dividido pelo número total de componentes. Exemplo: (Escore médio dos Componentes dos Atributos Essenciais + Escore médio dos Componentes dos Atributos Derivados) / número total de componentes. Como, neste estudo, o componente integralidade não foi estudado, devido ausência de questões no instrumento que contemplassem o processo de trabalho do dentista, o cálculo do escore geral da APS seguiu as orientações do Manual do PCATool, que diz: “Caso não tenha sido possível calcular o escore em **3 ou menos dos componentes**, *calcule a média dos componentes restantes para calcular o Escore Geral da APS*” (BRASIL, 2010. p.32. Grifo nosso).

Para transformação dos escores obtidos na escala de Likert em escala de 0 a 10, utilizou-se a seguinte fórmula, recomendada no Manual do PCATool:

$$\frac{[\text{Escore obtido} - 1(\text{valor mínimo}) \times 10]}{[4(\text{valor máximo}) - 1(\text{valor mínimo})]}$$

ou seja:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

A partir desta transformação os escores médios de cada atributo e o escore geral da APS foram dicotomizados em duas categorias: baixo escore ( $< 6,6$ ) e alto escore ( $\geq 6,6$ ).

Buscando associação entre a força da orientação das ESB para a APS nos atributos, o perfil dos CD e ESB, bem como o porte populacional dos municípios e cobertura das ESB, foram utilizados o teste do Qui-quadrado, o teste de Fisher e o coeficiente V de Cramer. A margem de erro ou nível de significância utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0% ( $p < 0,005$ ).

O teste do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) permite verificar se duas variáveis estão relacionadas. Assim, foram testadas duas hipóteses:  $H_0$  - as variáveis testadas não estão relacionadas, ou seja, existe independência (ou não existe associação) entre as variáveis; e  $H_1$  - as variáveis testadas estão relacionadas, ou seja, existe dependência (ou existe associação) entre as variáveis. Assim, se a significância foi menor que 0,05 rejeitamos  $H_0$  e aceitamos  $H_1$ . Se a significância foi maior que 0,05 aceita-se  $H_0$ , na correlação das variáveis.

De acordo com Conover (1971), se alguns dos números esperados nas linhas e colunas das tabelas de correlação das variáveis do  $\chi^2$  são pequenos, a aproximação pode ser muito pobre. Cochran (1954) relata que se esse valor é menor que 1, ou se mais que 20% dos valores são menores que 5, a aproximação pode ser pobre. Embora seja aceitável em grandes tabelas de contingência valores acima de 20% de frequência esperada abaixo que 5, o resultado é a perda de poder estatística, ou seja, a probabilidade de rejeitar a hipótese nula quando esta é falsa diminui (ou a chance diminui de decisão correta baseada na hipótese alternativa). Uma possível solução para tal problema é combinar as categorias similares.

Como já mencionado o teste  $\chi^2$  tem uma *aproximação* da distribuição Qui-quadrado. Quando a amostra é muito grande essa aproximação é muito boa, porém em pequenas amostras a aproximação não se comporta de maneira adequada, tornando a significância do teste  $\chi^2$  errada. Quando as hipóteses mencionadas acima falham, a estatística de teste não se aproxima da distribuição Qui-quadrado.

Para corrigir tal problema utilizou-se o teste Exato de Fisher. Esse teste calcula a probabilidade exata da estatística qui-quadrado. Geralmente utiliza-se o teste em tabelas 2x2, mas em tabelas de contingência grande o processo computacional é intensivo e poderá durar alguns minutos (COCHRAN, 1954).

Na prática, buscou-se saber se dois conjuntos de dados estavam relacionados e em que intensidade ocorria esta relação. Medidas destinadas a determinar o grau de relacionamento entre duas ou mais variáveis são denominadas medidas de correlação. Estas medidas são expressas através de um número, que geralmente varia no intervalo de -1 a 1 e são denominadas de coeficientes de correlação. Nesta perspectiva, utilizou-se o coeficiente V de Cramer, que é uma medida de correlação entre dois conjuntos de atributos. Este teste é útil quando se dispõem apenas de dados apresentados em escala nominal, atingindo o valor 1 quando há associação completa.

### **Processo de análise dos dados qualitativos**

Os dados qualitativos foram analisados com o método de análise de conteúdo temática classificatória proposta por Bardin, que é aplicável às respostas de perguntas abertas de um questionário (BARDIN, 2011).

A preparação dos dados qualitativos da dissertação referentes às perguntas abertas do questionário iniciou-se com a digitação das respostas dos itens B5, C5, D7, E1, E2, E3, E4, G6. Os itens citados buscavam conhecer as opiniões dos cirurgiões-dentistas sobre os avanços e desafios em relação aos atributos da APS, as especificidades da organização da demanda e a variedade de serviços clínicos, preventivos, promocionais, reabilitadores ofertados pelas ESB. Para facilitar a análise foram criados documentos de texto separados para cada atributo no programa Microsoft Office Word 2007.

A análise de conteúdo temática envolveu duas fases: a organização da análise e a exploração do material. A organização da análise foi dividida em pré-análise, leitura flutuante, referenciação dos índices e elaboração de indicadores. A exploração do material foi decomposta em codificação, categorização e análise quantitativa e qualitativa (BARDIN, 2011).

Na pré-análise realizou-se o processo de elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação final e a codificação dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Os municípios foram numerados de 1 a 23 e reclassificados em relação ao seu porte populacional de 1 a 4, obedecendo a seguinte ordem: 1) até 10.000 habitantes, 2) De 10.001 a 20.000, 3)

De 20.001 a 50.000, 4) Acima de 50.000. Na codificação utilizou-se a letra “S” de “Sujeito”, seguido de um número (1 a 23), um ponto e um número entre 1 e 4 referente ao porte populacional do município. Por exemplo, o S12.1 refere-se a um sujeito de pesquisa do município 12, de porte populacional até 10.000 habitantes. Para preservar a identidade dos sujeitos e manter a imparcialidade da pesquisa, a numeração dos municípios ficará em sigilo, sendo conhecida apenas pela pesquisadora e sua orientadora.

Após a codificação dos sujeitos, foi realizada leitura flutuante do material para estabelecer contato e familiarização com o texto. Um dos objetivos desta fase foi estabelecer o que era avanço ou desafio, na visão do CD. Para Bardin (2011), os procedimentos de exploração permitem, a partir dos próprios textos, apreender as ligações entre as diferentes variáveis, e funcionam segundo o processo dedutivo, o que facilita a construção de novas hipóteses.

Os temas explícitos nas respostas, recortadas em avanços e desafios, subsidiaram a construção dos índices e a elaboração de indicadores. Os indicadores correspondem à frequência dos temas de maneira relativa ou absoluta, relativa a outros. Desde a pré-análise devem ser determinadas operações de recorte de texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e codificação para o registro dos dados (BARDIN, 2011).

A análise temática consiste em descobrir os "núcleos de sentido" que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. As respostas a questões abertas, entrevistas não diretivas são analisadas, tendo o tema por base (BARDIN, 2011).

Nesta perspectiva, na fase de codificação os índices ou indicadores, referentes aos temas, foram agregados e enumerados de maneira que condensassem o conteúdo das respostas. Unidades de registro e de contexto foram especificadas através de palavras-tema sobre as variáveis abordadas nas questões abertas.

Durante a categorização foram criadas rubricas ou classes, as quais reuniram um grupo de elementos em razão de suas características comuns. O critério de categorização utilizado foi o semântico ou temático. O sistema de categorias objetivou refletir as variáveis abordadas nas questões a partir das características das respostas (BARDIN, 2011).

A natureza do material influenciou na escolha do tipo de apresentação dos resultados. Nesta perspectiva, as respostas categorizadas dos diferentes sujeitos foram apresentadas através das frequências absolutas e relativas dos temas em tabelas e quadros diferenciados por porte populacional. Para Bardin (2011), os resultados das análises devem ser significativos, ou seja, falantes, e podem ser apresentados através de percentagens, figuras, modelos os quais condensem e ponham em relevo as informações fornecidas pelo método de análise de conteúdo temática.

### **Considerações éticas**

O presente estudo foi aprovado pelo protocolo 125/11 do CEP/UFC, em 29 de junho de 2011, sem recomendações (Anexo D), e aprovado por a Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral, sob o protocolo 360/11, em 29 de novembro de 2011. A pesquisa respeitou todos os procedimentos éticos, os quais estão em conformidade com a norma do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS, 1996).

Cabe esclarecer que o presente estudo é considerado uma investigação sem riscos, já que não se realizará nenhuma intervenção que possa afetar fisiológica, psicológica ou socialmente participantes da pesquisa.

Em virtude de implicações legais, e a fim de manter princípios éticos, as identidades dos sujeitos foram mantidas em sigilo e as informações confidencialmente garantidas. Os indivíduos foram informados verbalmente dos objetivos e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. (Apêndice D) A utilização de seus depoimentos, conforme acordado, só será feita em trabalhos de caráter exclusivamente científico (livros, artigos para publicação em periódicos e relatórios de pesquisa) elaborados somente pela pesquisadora e orientador.

Para a realização da pesquisa de campo foi feito contato prévio com a equipe gestora dos municípios eleitos para campo do estudo. A pesquisa de campo iniciou-se somente após a manifestação de acordo dos Secretários Municipais de Saúde, Coordenadores de Atenção Básica, Coordenadores de Saúde Bucal ou substitutos dos cargos nos municípios.

Os princípios éticos fundamentais foram priorizados em todas as etapas da investigação: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. À luz dos princípios éticos, a pesquisa procurou integrar o ensino e serviços de saúde, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva. A integração entre teoria e prática teve como objetivo desenvolver uma pesquisa aplicada que contribua no processo de tomada de decisão, no planejamento e aprimoramento das políticas públicas de saúde bucal na APS e na articulação da formação acadêmica e as necessidades do SUS.

### **Limitações da pesquisa**

Algumas limitações deste estudo devem ser apontadas: a APS foi avaliada apenas na visão do profissional, o que tende a torná-la mais positiva quando comparada com a avaliação feita por usuários (ELIAS *et. al.*, 2006)

O desenho do estudo permitiu determinar associação entre as variáveis que foram abordadas em cada atributo. O fato de não abordar todas as variáveis que constavam em cada atributo do Manual do PCATool se relaciona com as diferenças e especificidades dos processos de trabalho dos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas.

Cabe salientar que o PCATool foi desenvolvido nos Estados Unidos da América (EUA) em um contexto em que o modelo de APS era composto por médicos de família, internistas generalistas, pediatras e outros profissionais como enfermeiros e técnicos, denominados por Starfield como não médicos (STARFIELD, 2002).

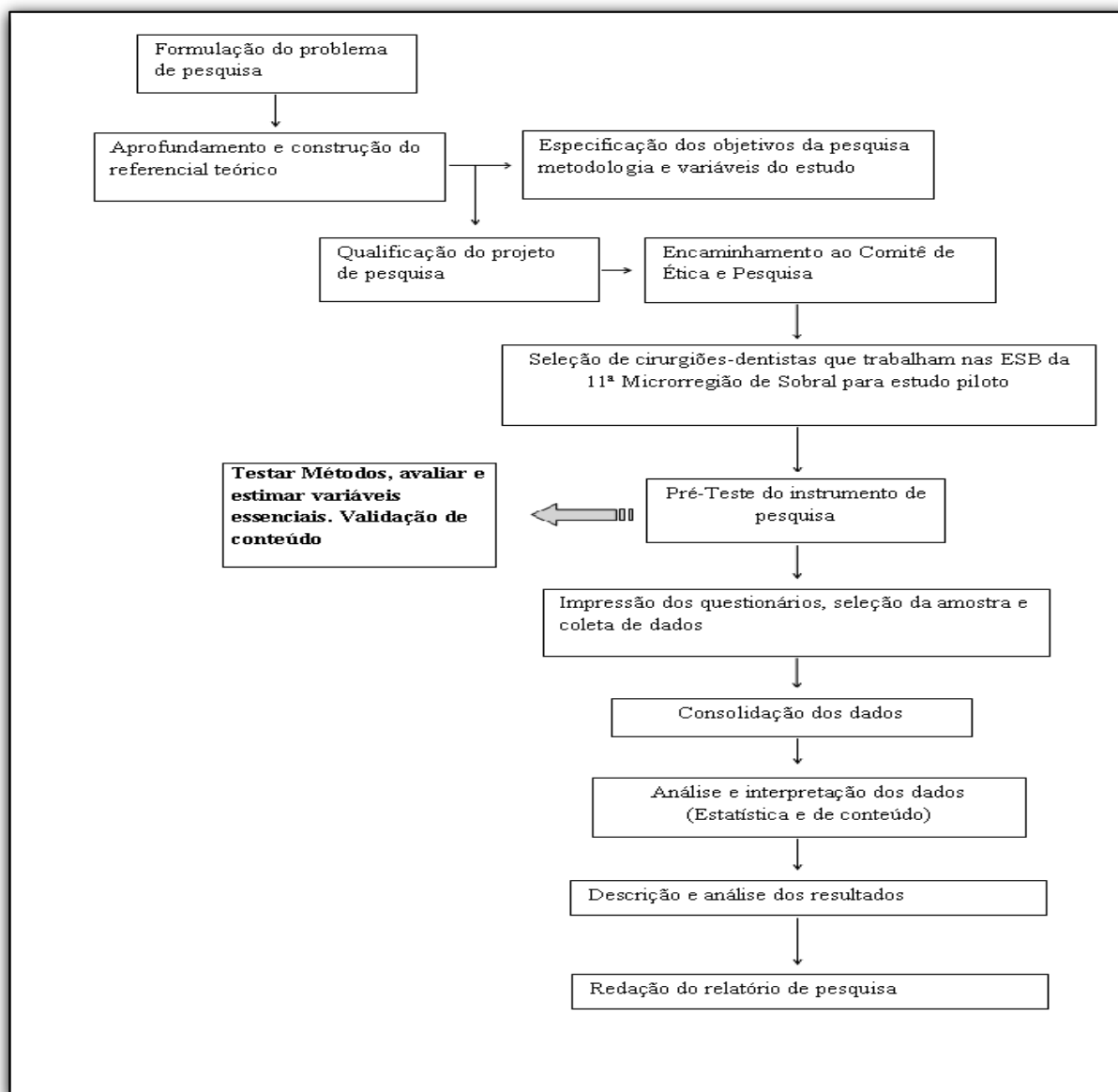
Nesta perspectiva, a adaptação do instrumento contemplou questões que dizem respeito ao processo do trabalho do CD na ESF. As questões que se refeririam a atribuições específicas dos médicos e enfermeiros não foram abordadas, o que resultou na seleção de alguns itens em cada atributo. A média aritmética dos atributos e escore geral da APS foram calculados apenas para alguns atributos, e algumas variáveis contempladas no estudo.

É preciso destacar, entretanto, que o processo de trabalho e a qualidade da atenção à saúde sofrem influência de uma complexa interação de fatores. Não é possível supor que um

único estudo pode assumir todas as facetas da atenção à saúde. A maioria dos estudos na área apresenta recortes diferentes sobre o tema, exatamente pela dificuldade de incorporar olhares tão diversos. A literatura científica ainda registra importantes lacunas no conhecimento nesta área. Assim, os resultados aqui alcançados devem contribuir para novas indagações e realizações de outros estudos, que comprovem ou refutem os resultados na busca de um instrumento ideal, semelhante ao PCATool, que possa ser aplicado a todos os membros da ESF.

### Fluxograma da Pesquisa

Figura 1: Fluxograma da pesquisa.



## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a fase de trabalho de campo, evidenciou-se a inconsistência de dados das ESB cadastradas no *CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE* (CNES) e as que estão em funcionamento nos municípios. Esta inconsistência dificultou o trabalho de campo, pois o pesquisador teve que ir pessoalmente aos municípios para obter informações do total de ESB que estavam realmente funcionando.

A atualização do CNES com os nomes dos profissionais que estão vinculados aos estabelecimentos de saúde é uma prerrogativa dos municípios. Quando um CD se desvincula de um município, o gestor local, através do aplicativo municipal do CNES, deve realizar o desligamento do profissional. Caso isso não ocorra, quando o profissional for contratado por outro município, ocorrerá bloqueio dos recursos financeiros da respectiva ESB. O bloqueio também ocorrerá caso o município fique três meses consecutivos ou alternados sem atualizar a base de dados dos sistemas de informação.

Para facilitar a atualização do CNES, o Ministério da Saúde criou uma ferramenta que possibilita que o próprio profissional de saúde encaminhe uma “Solicitação de Desligamento”, por meio eletrônico, de um determinado Código Brasileiro Ocupação e tipo de vínculo, para um ou mais estabelecimentos. A solicitação é apenas para que o profissional manifeste sua vontade em atualizar seu cadastro, e, para que o gestor local providencie as devidas atualizações no cadastro do profissional, se for o caso. O gestor tem o prazo de 30 dias para atualizar o cadastro após solicitação, caso contrário os recursos serão bloqueados.

Nesta perspectiva, os resultados apresentados referem-se às 102 ESB, que estavam em funcionamento nos municípios pesquisados durante a coleta de dados. Embora no CNES constasse, no mesmo período, novembro de 2011, o total de 110 ESB cadastradas.

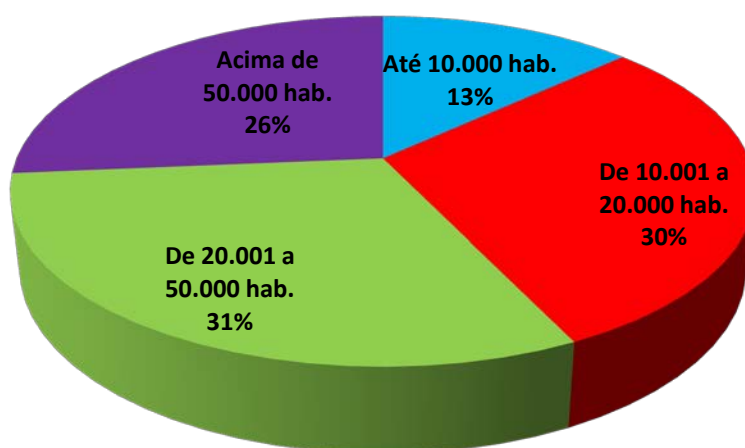
Para fins de apresentação dos dados e concomitante discussão, esta seção da dissertação será apresentada nos seguintes subtópicos: perfil das Equipes de Saúde Bucal e cirurgias-dentistas, acesso/primeiro contato, longitudinalidade do cuidado, coordenação, integralidade, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. A relação entre as variáveis da pesquisa e o porte populacional dos municípios será abordada transversalmente.



### 7.1 Perfil das Equipes de Saúde Bucal e cirurgiões-dentistas

A distribuição das ESB inseridas no âmbito da APS da 11ª CRES concentra-se em municípios de 10.001 a 20.000 (30%) e de 20.001 a 50.000 habitantes (31%). A zona urbana concentra 58,2% das ESB e a zona rural 41,8%. O maior percentual de ESB está localizado na zona rural em municípios de 10.001 a 20.000 habitantes (34,2%) (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia em Saúde da Família (ESF), nos municípios da 11ª Região de Saúde, de acordo com o porte populacional, Sobral – CE, 2011



Em relação ao perfil dos CD da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde Sobral - Ce (11ª CRES), a maioria é do sexo masculino (51,6%), tem até 30 anos de idade (62,2%) e encontram-se na faixa etária de 26 a 30 anos (33%), ou seja, nos primeiros anos de exercício da profissão. A média de idade foi de 32,3 anos ( $DP \pm 1,1$ ) e as idades mínima e máxima encontradas foram 21 e 67 anos, respectivamente. A moda entre as idades foi de 25 anos. (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos cirurgiões-dentistas (CD) das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia em Saúde da Família (ESF), nos municípios da 11ª RS, de acordo com sexo, faixa etária, status marital e presença de filhos, Sobral- CE, 2011

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% Acum.</b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	47	51,6	51,6
Feminino	44	48,4	100,0
<b>Faixa etária</b>			
De 21 a 25 anos	26	28,6	28,9
De 26 a 30 anos	30	33,0	62,2
De 31 a 40 anos	19	20,9	83,3
De 41 a 50 anos	7	7,7	91,1
De 51 a 60 anos	5	5,5	96,7
De 61 anos ou mais	3	3,3	100,0
Não Informado	01	1,1	-
<b>Status Marital</b>			
Solteiro(a)	46	50,5	50,5
Casado(a)	38	41,8	92,3
Desquitado(a)	3	3,3	95,6
Divorciado(a)	3	3,3	98,9
Viúvo(a)	1	1,1	100,0
<b>Presença de Filhos</b>			
Sim	36	39,6	40,0
Não	54	59,3	100,0
Não Informado	1	1,1	-
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Araujo e Dimenstein (2006), em pesquisa realizada no Rio Grande do Norte, encontraram predominância semelhante em relação ao tempo de formação dos CD atuantes na APS. Em um estudo de base nacional, a predominância do sexo feminino foi observada desde o final da década de 90, em 25 dos 27 estados brasileiros, incluindo o Ceará (56%), as mulheres constituíam a maioria dos CD com inscrição ativa. No que tange à faixa etária, o maior número de profissionais concentraram-se na faixa etária de 26 a 35 anos (MORITA, HADDAD, ARAÚJO, 2010).

Entretanto, nas ESB observou-se uma distribuição por sexo e faixa etária diferente, com predomínio do sexo masculino e faixa etária mais jovem, entre 21 a 30 anos. Constatou-se que à medida que a idade aumenta diminui o número de CDs na APS,

especificamente após 40 anos quando existe em atuação nas ESB 16,5% do total de CD da 11ª CRES.

Cerávolo (2006), em pesquisa sobre o perfil dos CD da ESF em Campinas, São Paulo, encontrou resultados semelhantes na variação nas idades dos CD entre 27 a 67 anos, em que a idade média foi de 39,5 anos (DP  $\pm$  7,8 anos).

Em relação ao tipo de vínculo empregatício, 47,3% dos CD informaram que o vínculo de emprego era informal, com a contratação sem assinatura formal na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), que promove garantias trabalhistas e de Previdência Social. Cerca de 36,3% relataram o ingresso nas ESB através de concurso público e 16,5% afirmaram que são empregados através de seleção, carteira assinada ou nomeação (Tabela 4).

Sousa e Roncalli (2007) no Rio Grande do Norte e Loureço et. al. (2009) em Minas Gerais observaram tendências semelhantes entre os CD atuantes na ESF, 40% e 50,6%, respectivamente, possuíam vínculos informais. A precarização do trabalho em saúde tem sido identificada como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde. Essa questão compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS.

Fernandes (2008) e Cerávolo (2006) observaram tendências diferentes na empregabilidade dos CD, mais de 90% eram empregados formalmente ou através de concurso público, em pesquisas realizadas em Campinas, São Paulo e no VII Departamento Regional de Campinas. Entretanto, estes números não retratam a realidade brasileira. Sobre esta questão, Facchini (2006) constatou que o ingresso por concurso público alcançou cerca de 40% dos trabalhadores no Sul e no Nordeste, em que foi significativamente menor nos profissionais que trabalhavam na ESF (34%).

A carga horária diária de trabalho relatada por a maioria das ESB (83,5%) foi de oito horas diárias (40 horas semanais), entretanto, 9,9% das equipes relataram trabalhar entre quatro e seis horas diárias, ou seja, 20 a 30 horas semanais, 5,5% acima de oito horas diárias (60 horas semanais) e 1,1% não informaram o total de horas trabalhadas (Tabela 4).

A questão da jornada de trabalho é especificada na PNAB, que determina a carga horária de todos os profissionais de saúde, com exceção do médico, na ESF, em 40 horas semanais. Entretanto, há a flexibilidade para 32 (trinta e duas) horas semanais, para

atividades na equipe de saúde da família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Tabela 4 - Distribuição dos cirurgiões-dentistas (CD) das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia em Saúde da Família (ESF), de acordo com o grau de formação, localização, tipo de vínculo empregatício e exercício da função nos municípios da 11ªRS

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% Acum.</b>
<b>Grau de formação</b>			
Somente Graduação	40	44,0	44,0
Pós-Graduação Incompleta	13	14,3	58,2
Pós-Graduação Completa	37	40,7	98,9
Não informado	1	1,1	100,0
<b>Tipo de Pós-Graduação</b>			
Especialização/Residência	34	92	92
Mestrado	1	3	95
Especialização/Residência + Mestrado	2	5	100
<b>Zona</b>			
Urbana	53	58,2	58,2
Rural	38	41,8	100,0
<b>Tipo de Vínculo Empregatício</b>			
Empregado formalmente	15	16,5	16,5
Empregado informalmente	43	47,3	63,7
Concurso público	33	36,3	100,0
<b>Exerce função de coordenação/chefia</b>			
Sim	12	13,2	13,2
Não	79	86,8	100,0

O processo de trabalho das equipes, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

No estudo atual, em 12 municípios, dos 23 pesquisados, os coordenadores de saúde bucal relataram dividir suas atividades entre a função de coordenação e dentista da ESF.

Nesta perspectiva, a fim de garantir mais efetividade nas atividades da coordenação da atenção dos municípios, e melhor acompanhamento das famílias da ESF é imprescindível que os profissionais se dediquem integralmente às atividades de gestão ou a ações clínicas. Esta prerrogativa é recomendada na carta do XX ENATESPO (2010), que propõe redefinir o sentido e o significado da política e gestão nas práticas de saúde bucal no setor público e rejeitar a redução desse significado à dimensão técnica e clínica das ações desenvolvidas.

Quanto ao perfil da formação técnico científica dos CD da APS, considerou-se o grau de formação e o tipo de pós-graduação. Neste aspecto, observou-se que 44% dos CD possuíam somente graduação, 14,3% estavam cursando pós-graduação e 40,7% possuíam pós-graduação completa (Tabela 4). Corroborando com estes resultados, Martelli et. al., (2010) ao levantarem o perfil dos CD inseridos na ESF de Pernambuco, encontraram que 49,4% dos CD tinham realizado especialização.

A média nacional de CD especialista é de 25%, contudo não abrange a totalidade de especialistas existentes, pois o registro é uma prerrogativa do profissional. Deve-se considerar a possibilidade de alguns profissionais concluírem um curso legalmente reconhecido, mas não solicitarem o registro no Conselho Federal de Odontologia - CFO ((MORITA, HADDAD, ARAÚJO, 2010).

Em relação aos CD que afirmaram possuir pós-graduação completa, a grande maioria (92%) possuía especialização/residência, e 8% possuíam mestrado ou especialização e mestrado.

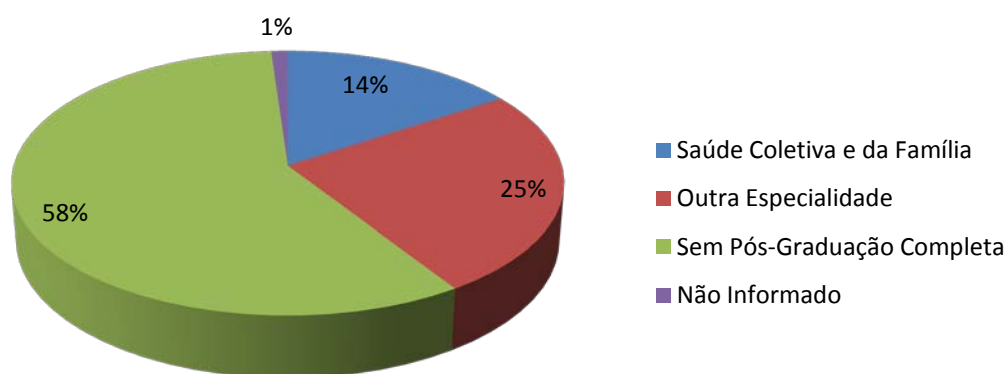
Dentre os CD que relataram possuir mestrado, um CD possuía Mestrado em Bioquímica e um CD possuía título de especialização e de mestrado em Prótese Dentária. Dois sujeitos da pesquisa relataram possuir pós-graduação completa (especialização e/ou mestrado), todavia, não especificaram em que área.

Entre os CD que atuavam nas ESB e possuíam especialização, 15% haviam concluído a especialização em Saúde Coletiva ou da Família, e 24% em outras especialidades odontológicas. A grande maioria dos CD no âmbito da APS (59%) possuía apenas o nível superior completo, ou seja, são cirurgiões-dentistas generalistas (Figura 1).

Embora fosse esperado que a maioria dos CD especialistas que atuassem nas ESB possuísse pós-graduação em Saúde da Família, as áreas clínicas concentram 63% do número

de especialistas atuantes na APS. As áreas de especialidades clínicas dos CD vinculados às ESB foram, respectivamente, em ordem decrescente: Ortodontia (19%), Endodontia (19%), Prótese Dentária, (8%), Dentística (6%), Implantodontia (5%), Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais (3%) e Periodontia (3%) (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição dos cirurgiões-dentistas inseridos na Estratégia em Saúde da Família (ESF), nos municípios da 11ª RS, de acordo com o nível de pós-graduação, Sobral – CE, 2011



Em relação aos especialistas na área de Saúde Coletiva e da Família, 37% possuíam especialização em Saúde da Família, destes, 15% possuíam duas especializações, uma em Saúde da Família e outra em uma área clínica. Fernandes (2008) e Cerávolo (2006) encontraram uma proporção menor de especialistas em Saúde Coletiva e da Família, 25,5% e 29,75%, respectivamente, embora ambos os resultados estejam acima da média nacional.

Outro fator importante que pode ter contribuído para o percentual de CD especialistas em Saúde da Família na 11ª CRES é a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia de Sobral - CE, que iniciou a oferta de cursos de especialização com caráter em residência em Saúde da Família desde 1999. A partir da segunda turma foram também ofertadas vagas para profissionais de Odontologia (MARTINS JUNIOR *et al.*, 2008). Um quantitativo expressivo dos egressos formados nesta Escola continua atuando em seu *lócus* original de trabalho ou na região (DIAS *et al.*, 2008).

No Ceará, segundo dados do CFO, dos 5013 CD inscritos em 2011, 27% eram especialistas. As áreas que concentravam 92% dos especialistas no Ceará eram respectivamente em ordem decrescente: Ortodontia, Endodontia, Prótese Dentária, Periodontia, Odontopediatria, Dentística, Radiologia, Implantodontia e Cirurgia, e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais. Apenas 1,53% dos CD possuíam pós-graduação em Saúde Coletiva e/ou da Família. Deve-se considerar a possibilidade sub-registro nas especialidades, especificamente na saúde coletiva, pois nesta área a falta de registro na especialidade não implica em limitações na inserção do CD nas ESB.

As tendências na pós-graduação dos CD no Ceará seguem as do Brasil e possuem concentração em áreas voltadas para prática privada. Embora haja crescimento nas vagas do setor público, com a inserção do CD na Atenção Primária à Saúde, e Centros de Especialidades Odontológicas, na busca pelo reconhecimento profissional a clínica geral e saúde coletiva são consideradas práticas de menor prestígio, o que reforça as especializações de caráter privado.

Entretanto, o crescimento acelerado da ESF e das ESB parece de fato exigir uma formação no âmbito de pós-graduação para o exercício competente das práticas usuais dessa área. Starfield (2002) afirma que os diagnósticos mais comuns realizados por profissionais da APS são mais variados, ou seja, mais diagnósticos em uma dada porcentagem de consultas do que outros especialistas. Os profissionais da APS defrontam-se com uma variedade muito maior de formas de apresentação da doença do que os especialistas. Os profissionais de APS trabalham em comunidades com problemas influenciados pelo contexto social e os especialistas mais distantes desse contexto.

A necessidade de valorização dos profissionais especialistas e de programas de pós-graduação em Saúde da Família justifica-se devido à amplitude do campo de conhecimento que esta área demanda dos profissionais. Em uma analogia com as especialidades clínicas, o campo de conhecimento do dentista atuante na ESF é amplo e congrega várias áreas de conhecimento (saúde, humanas, sociais) e o dentista especialista em clínicas odontológicas tem conhecimento em profundidade em uma determinada área.

Embora se reconheça que a ESF está consolidando, através de evidências científicas, o seu campo de conhecimento, o reconhecimento dessa especialidade é de fundamental importância para que ela possa ser valorizada entre os profissionais de saúde.

Figura 3 - Distribuição de especialistas em Saúde Coletiva e da Família por porte populacional

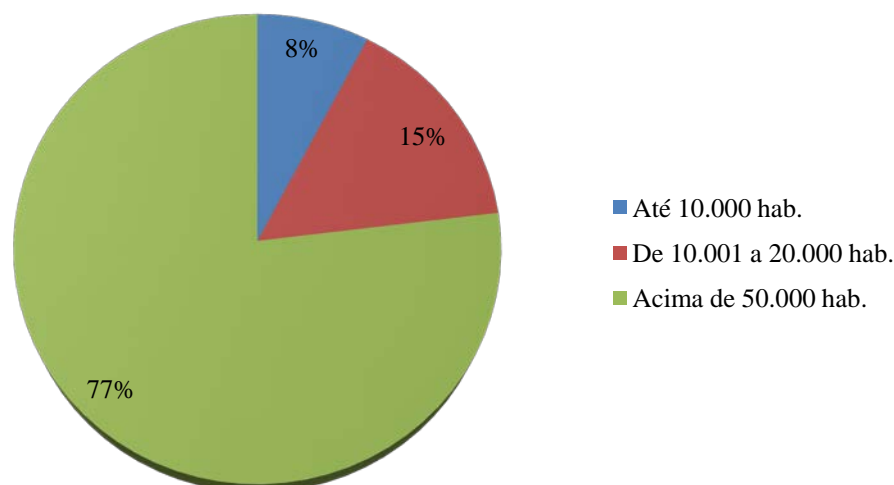


Tabela 5 - Distribuição de especialistas por área de especialidade, de acordo com o porte populacional, nos municípios da 11ª RS

Porte Populacional	Área de especialidade	N	%	% Acum.
Até 10.000 hab.	Saúde da Família	1	20,0	20,0
	Área Clínica	4	80,0	100,0
	Total	5	100,0	-
De 10.001 a 20.000 hab.	Saúde da Família	2	20,0	20,0
	Área Clínica	6	60,0	80,0
	Não Informado	2	20,0	100,0
	Total	10	100,0	-
De 20.001 a 50.000 hab.	Área Clínica	8	100,0	100,0
Acima de 50.000 hab.	Saúde da Família	10	71,4	71,4
	Área Clínica	3	21,4	92,9
	Área Básica	1	7,1	100,0
	Total	14	100,0	-



Quanto ao tempo de trabalho na ESF, 55% dos CD estavam inseridos na ESF há menos de 4 anos, 28,6% trabalhavam na ESF há mais de 6 anos. Contudo, 36,3% atuavam na ESF até 2 anos. Em relação ao tempo de trabalho na mesma ESB, 64,8% dos CD desempenhavam suas funções até 2 anos, e 83,5% há menos de 4 anos. Estes dados evidenciam a rotatividade dos profissionais nas ESB, visto que, se não houvesse rotatividade, o esperado seria que o tempo de trabalho na ESF fosse igual ao tempo de trabalho na equipe atual. O aumento de 17,6% no número de profissionais que estavam na equipe atual até um ano em relação ao número de profissionais que estão na ESF no mesmo período, evidenciou uma taxa de rotatividade de 76% entre os CD que atuam na APS. Um fator que pode contribuir para rotatividade dos profissionais na ESF é a fragilidade dos vínculos empregatícios, pois 47,3% dos CD são empregados informalmente, através de contrato sem CTPS assinada (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos CD por tempo total de trabalho na ESF e na ESB que atualmente está vinculado

Variável	Tempo de trabalho na ESF			Tempo de trabalho na ESB atual		
	N	%	% Acum.	N	%	% Acum.
<b>Até 01 ano</b>	21	23,1	23,1	37	40,7	40,7
<b>De 01 ano e um mês a 2 anos</b>	12	13,2	36,3	22	24,2	64,8
<b>De 02 anos e um mês a 4 anos</b>	17	18,7	55	17	18,7	83,5
<b>De 04 anos e um mês a 6 anos</b>	14	15,4	70,4	7	7,7	91,2
<b>Acima de 06 anos e um mês</b>	26	28,6	98,9	7	7,7	98,9
<b>Subtotal</b>	90	98,9	-	90	98,9	-
<b>Não Informado</b>	1	1,1	-	1	1,1	-
<b>TOTAL</b>	91	100	-	91	100	-

A alta taxa de rotatividade prejudica o vínculo do profissional com sua população adscrita. Para Starfield (2002), o tempo de vinculação do profissional na mesma equipe é importante para consolidação da relação profissional-paciente. Neste sentido, a longitudinalidade do cuidado, definida como a fonte habitual em que um paciente procura atenção à saúde, depende da relação profissional paciente. Os benefícios da longitudinalidade não podem ser alcançados em períodos inferiores há dois anos.

A média de permanência na ESF foi de 4,8 anos; a mediana de 3,4 anos; o tempo mínimo de vínculo à ESF foi de 3 meses; e o máximo de 282 meses (23,5 anos). Para o tempo de trabalho na equipe atual encontrou-se uma média de 2,1 anos; uma mediana 1,3 anos; o tempo mínimo de atuação na equipe atual foi de 1 mês e o máximo de 131 meses (10,6 anos).

Leão e Caldeira (2011), em estudo realizado em Montes Claros, Minas Gerais, encontraram como tempo médio de permanência do profissional médico na mesma equipe da ESF 1,8 anos (DP±1,3) e do enfermeiro 2,7 anos (DP±2,0). Nesta perspectiva, o tempo de permanência do CD na mesma ESB se aproxima dos resultados encontrados para o profissional médico em Minas Gerais.

Durante a análise dos dados, buscou-se identificar as variáveis que poderiam estar relacionadas através do teste do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Resultados estatisticamente significantes foram encontrados na associação entre a variável porte populacional e a forma de empregabilidade dos municípios ( $p < 0,001$  e Coeficiente V de Cramer = 0,421). Dessa forma, as duas variáveis são correlacionadas, ou seja, o padrão de resposta é significativamente diferente.

Assim, o fato do município possuir mais habitantes influencia na forma de empregabilidade da região e, além disso, o percentual de CD empregados informalmente é mais concentrado em municípios de grande porte que praticamente não utilizam concurso público, como forma de ingresso dos CD na APS, o que de fato difere dos municípios de pequeno e médio porte, onde os mesmos buscam concursos públicos e formas de contratação formais.

A variável empregabilidade apresentou associação estatisticamente significativa com o tempo dos CD na mesma ESB dos municípios. Dessa forma, as duas variáveis são

correlacionadas, ou seja, o padrão de resposta é significativamente diferente, além disso, a os CD empregados permanecem mais tempo vinculados à mesma ESB que os demais tipos de vínculos empregatícios ( $p < 0,001$  e Coeficiente V de Cramer = 0,412). Outra associação estatisticamente significativa foi entre as variáveis pós-graduação em Saúde da Família e o tempo de trabalho na ESF ( $p < 0,010$ . Coeficiente V de Cramer = 0,319), assim, os profissionais especialistas em Saúde da Família permanecem mais tempo trabalhando na APS do que os CD generalistas e especialistas em áreas clínicas.

## **7.2 Acesso / primeiro contato**

A Política Nacional de Atenção Básica, republicada através da Portaria GM nº. 2488, 21 de outubro de 2011, aponta, em suas diretrizes, o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizando a Atenção Básica como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde, através do estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento (BRASIL, 2011).

A acessibilidade pode ser medida em relação ao tempo (horário de disponibilidade dos serviços, facilidade da marcação de consulta e tempo de espera pela mesma), barreiras geográficas (adequação de transporte, distância a ser percorrida até a unidade), e psicossocial (barreiras linguísticas ou culturais) (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

Considerou-se o conceito de acessibilidade de Starfield (2002), para analisar o acesso aos serviços de saúde bucal em relação à: disponibilidade dos serviços, horários de funcionamento das ESB, facilidade de agendamento e tempo de espera.

O acesso aos serviços de saúde bucal é um dos princípios norteadores das ações da PNSB que recomenda o acesso universal e atenção a toda demanda expressa ou reprimida, através de ações coletivas, responsabilidade sanitária e adscrição de clientela. Recomenda ainda prioridade absoluta aos casos de dor, infecção e sofrimento.

Em relação à disponibilidade de serviços durante o final de semana, 74,7% das ESB relataram que com certeza não realizavam atendimentos aos sábados e domingos. As equipes que realizam atendimentos aos finais de semana compuseram 4,4% do total, enquanto que as

equipes que provavelmente realizavam atendimentos, ou seja, eram pontuais, somaram 20,9%. Resultados semelhantes foram encontrados em relação ao funcionamento das ESB em pelo ou menos alguns dias da semana até as 20 horas, cerca de 68,1% relataram com certeza não haver atendimento neste horário, 18,7% provavelmente atendem neste horário e 13,2% realizavam atividades até o referido horário. Entre as ESB que realizavam atividades até as 20 horas (n=12), 66,6% estavam localizadas em município de grande porte (Tabela 7).

Estes dados revelaram que durante os finais de semana e à noite, os pacientes não têm acesso aos serviços de saúde bucal. Com exceção do município de grande porte, que possui um serviço de urgência e emergência odontológica hospitalar, caso ocorra um episódio de dor ou impossibilidade de comparecimento aos serviços nos horários comerciais semanais, os pacientes ficam sem referência para ter o seu problema resolvido. Urge a necessidade de se organizar uma rede de urgências e emergências odontológicas resolutiva que dê suporte às ESB no atendimento às urgências e amenize a limitação de acesso dos pacientes nos horários em que as ESB não estão em funcionamento.

Ao mesmo tempo, a adequação dos horários de funcionamento das ESB deve ser flexível e considerar as necessidades do território. Em zonas urbanas, ter ESB funcionando até 20 horas pode facilitar o acesso ao grupo de adultos trabalhadores e diminuir a demanda nos serviços de pronto-atendimento.

Em relação à dificuldade de acesso às unidades de saúde nos horários de trabalho convencionais destes serviços é abordada na PNSB, que sugere disponibilizar horários de atendimento compatíveis às necessidades de atenção a estes grupos e integrar a atenção odontológica aos programas de saúde do trabalhador e segurança no trabalho, viabilizando a detecção dos riscos específicos (2004a).

No tocante à facilidade de agendamento pelos usuários, 38,5% dos CD considera que, com certeza, é fácil para o paciente agendar uma consulta, entretanto 17,6% relatam que provavelmente não é fácil agendar consultas. Apenas 11% considerou que, com certeza, não é fácil agendar uma consulta (Tabela 7).

Sobre este aspecto, Rocha e Goes (2008) não relataram diferenças entre o acesso da população ao comparar áreas cobertas e descobertas por ESB, entretanto, constataram que o acesso aos serviços de saúde bucal sofre influência de fatores sócio-demográficos como

idade, renda, direcionamento para grupos prioritários nas políticas públicas e a adequação da formação profissional.

Um contraponto à visão dos CD, em relação à facilidade de agendamento de uma consulta, são os resultados do SB Brasil 2010 que apontaram as dificuldades de acesso da população aos serviços odontológicos. Este levantamento constatou que aos 12 anos de idade 60,8% dos indivíduos no Brasil relataram necessidade de tratamento dentário e 24,6% declarou ter sentido dor de dente nos 6 meses anteriores à entrevista. Para as faixas etárias de 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade foram observadas prevalências de necessidade de tratamento dentário para o Brasil igual a 75,2% e 46,6%, respectivamente, sem diferenças significativas entre as regiões. A prevalência de dor de dente foi de 27,5% e 10,8% para os grupos etários de 35 a 44 e 65 a 74 anos, respectivamente.

De uma forma geral, o tempo de espera para atendimento nas UBS para 49,5% dos entrevistados, provavelmente não é superior a 30 minutos. Entretanto, ao classificar de acordo com o porte populacional a frequência de ESB que responderam que com certeza o tempo de espera para atendimento é superior a 30 minutos, houve um aumento do percentual de equipes à medida que aumentou o porte populacional (Tabela 7).

Associação significativa foi encontrada entre o porte populacional e o atendimento das ESB pelo menos algum dia da semana até as 20 horas ( $p < 0,005$ . Coeficiente V de Cramer: 0,387). Assim, o fato do município possuir mais habitantes influenciou nas proporções de com certeza “Não” e com certeza “Sim.” Os municípios de grande porte tendem a ter atendimentos até 20 horas, o que difere nos municípios de pequeno e médio porte.

Tabela 7 - Distribuição das características do atributo “acesso/ primeiro contato” das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia em Saúde da Família (ESF), nos municípios da 11ª Região de Saúde, de acordo com o porte populacional, Sobral – CE, 2011

Variável	Com certeza, sim		Provavelmente, sim		Provavelmente, não		Com certeza, não		Não sei/não lembro		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Atendimento sábados e domingos</b>												
Até 10.000 hab.	-	-	1	8,3	-	-	11	91,7	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	1	3,7	1	3,7	3	11,1	22	81,5	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	1	3,6	2	7,1	6	21,4	19	67,9	-	-	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	2	8,3	-	-	6	25,0	16	66,7	-	-	24	100,0
Subtotal	4	4,4	4	4,4	15	16,5	68	74,7	-	-	91	100,0
<b>Atendimento pelo ou menos alguns dia da semana até as 20 horas</b>												
Até 10.000 hab.	1	8,3	1	8,3	-	-	10	83,3	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	2	7,4	-	-	4	14,8	21	77,8	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	1	3,6	1	3,6	5	17,9	21	75,0	-	-	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	8	33,3	2	8,3	4	16,7	10	41,7	-	-	24	100,0
Subtotal	12	13,2	4	4,4	13	14,3	62	68,1	-	-	91	100,0
<b>Facilidade de agendamento de consulta ou tratamento pelo paciente</b>												
Até 10.000 hab.	4	33,3	2	16,7	3	25	3	25	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	12	44,4	7	25,9	6	22,2	2	7,4	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	7	25,0	13	46,4	7	25	1	3,6	-	-	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	12	50	8	33,3	-	-	4	16,7	-	-	24	100,0
Subtotal	35	38,5	30	33,0	16	17,6	10	11,0	-	-	91	100,0
<b>Tempo de espera &gt; 30 minutos para atendimento</b>												
Até 10.000 hab.	1	8,3	1	8,3	7	58,3	3	25,0	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	4	14,8	2	7,4	16	59,3	5	18,5	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	3	10,7	8	28,6	10	35,7	7	25,0	-	-	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	4	16,7	1	4,2	12	50,0	7	29,2	-	-	24	100,0
Subtotal	12	13,2	12	13,2	45	49,5	22	24,2			91	100,0

Em relação à força do atributo acesso/primeiro contato, o escore médio foi fraco para 75% das ESB localizadas em municípios de pequeno porte. Municípios de pequeno porte não apresentaram ESB com escore médio forte. Encontrou-se semelhança em relação ao comportamento do escore médio em municípios de 10.001 a 20.000 hab. e de 20.001 a 50.000 habitantes. Um maior percentual de escore forte (12,5%) e moderado (50%) foi encontrado nas ESB do município de grande porte. Apenas 4,3% das equipes apresentaram alto escore médio para acessibilidade. (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição do escore médio do atributo “acesso/primeiro contato” das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia em Saúde da Família (ESF), nos municípios da 11ª Região de Saúde, de acordo com o porte populacional, 2011

Escore médio do atributo acesso/primeiro contato			N	%	%Acum.
Até 10.000 hab.	(0-2)	Fraco	9	75,0	75,0
	(2-3)	Moderado	3	25,0	100,0
		Total	12	100,0	-
De 10.001 a 20.000 hab.	(0-2)	Fraco	17	63,0	63,0
	(2-3)	Moderado	9	33,3	96,3
	(3-4)	Forte	1	3,7	100,0
		Total	27	100,0	-
De 20.001 a 50.000 hab.	(0-2)	Fraco	19	67,9	67,9
	(2-3)	Moderado	9	32,1	100,0
		Total	28	100,0	-
Acima de 50.000 hab.	(0-2)	Fraco	9	37,5	37,5
	(2-3)	Moderado	12	50,0	87,5
	(3-4)	Forte	3	12,5	100,0
		Total	24	100,0	-

Em relação ao escore médio geral do atributo acesso/primeiro contato (média de todos os escores médios das ESB), para os municípios menores de 50.000 habitantes, o escore geral do acesso encontrado foi “2” (< 6,6 em escala de 0 -10). Para o município de grande porte o escore médio geral do acesso/primeiro contato foi “2,3”. O escore médio geral do atributo acesso das ESB na 11ª CRES foi o mais baixo entre os atributos (2,1) e encontra-se abaixo de 6,6 em escala de 0 a 10, sendo assim considerado um

baixo escore. Os resultados assinalaram que a acessibilidade dos usuários aos serviços de Saúde Bucal ainda apresenta barreiras a serem superadas.

Estudos realizados em contextos diferentes com médicos e enfermeiros da ESF reforçam estes resultados. Chomatas (2009), ao avaliar a presença e extensão dos atributos da APS em Curitiba, Paraná, encontrou para este atributo o menor escore médio e, apesar de melhores resultados nas Unidades de Saúde que possuíam ESF, não atingiu o ponto de corte (6,6). Ibañez et. al. (2006) encontrou baixo escore geral para acessibilidade em estudo realizado no estado de São Paulo. Macinko, Almeida e Sá (2007) encontraram baixo escore geral para o acesso, tanto em Equipes de Saúde da Família como em Unidades Tradicionais de Atenção Básica, embora as Equipes de Saúde da Família tenham apresentado mais alto escore médio em relação à acessibilidade do que as unidades tradicionais. Leão, Caldeira e Oliveira (2011) encontraram no atributo do primeiro contato escores baixos e semelhantes na visão dos cuidadores de crianças, evidenciando que ainda existem barreiras que dificultam o acesso das crianças aos serviços de saúde.

### **7.3 Longitudinalidade do cuidado**

A longitudinalidade conceituada como existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo, é alcançada mediante alguma forma de registro do paciente, manutenção de cadastro de pacientes na unidade. Os benefícios da longitudinalidade não podem ser alcançados em períodos inferiores a dois anos. É a fonte habitual em que um paciente procura atenção à saúde, dependente da relação profissional paciente e da adscrição da clientela. (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

Na literatura especializada brasileira, a palavra "longitudinalidade" não é usual. Em trabalhos avaliativos que fazem referência à Starfield, as palavras "vínculo" e "continuidade" têm sido utilizadas em vez de "longitudinalidade". Mas tais opções podem restringir o significado do atributo à existência de uma relação entre usuário e



profissionais de atenção primária, sem a preocupação com as outras possíveis dimensões do atributo (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Nesta perspectiva as variáveis abordadas neste estudo foram: adscrição de clientela (pacientes atendidos pelo mesmo profissional), vínculo entre profissional paciente (saber quem mora com seus pacientes, conhecer o histórico de saúde de seus pacientes) e cadastro de pacientes nas ESB.

Em relação ao atendimento dos pacientes pelo mesmo profissional, 50,5% dos CD responderam que com certeza sim, a frequência de CD que responderam que com certeza os pacientes não eram atendidos pelo mesmo profissional, foi maior nos municípios entre 10.001 e 20.000 habitantes (Tabela 9).

Em relação à pergunta “Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?”, 88% dos CD responderam que “com certeza não” ou “provavelmente não”. Este resultado revela o pouco vínculo desenvolvido entre o CD e sua área de abrangência, provavelmente, deve-se considerar que a média de permanência do CD na mesma equipe foi de 2,1 anos e a mediana 1,3 anos. A alta rotatividade dos profissionais nas equipes prejudica a construção de vínculo com a população adscrita, neste sentido, o profissional não reconhece as famílias do seu território, conhece apenas os indivíduos que buscam atendimento no consultório odontológico (Tabela 9).

O vínculo é um dos princípios norteadores das ações da PNSB, que o define como a responsabilidade da unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas de sua área de abrangência. É a expressão-síntese da humanização da relação com o usuário e o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, *conhecimento do contexto familiar e laboral*, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais (BRASIL, 2004a).

Tabela 9 - Distribuição das características do atributo “longitudinalidade do cuidado” das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia em Saúde da Família (ESF), nos municípios da 11ª Região de Saúde, de acordo com o porte populacional, Sobral – ce, 2011

Variável	Com certeza, sim		Provavelmente, sim		Provavelmente, não		Com certeza, não		Não sei/não lembro		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Pacientes atendidos pelo mesmo profissional</b>												
Até 10.000 hab.	7	58,3	4	33,3	-	-	1	8,3	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	12	44,4	11	40,7	1	3,7	3	11,1	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	13	46,4	9	32,1	5	17,9	1	3,6	-	-	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	14	58,3	5	20,8	3	12,5	2	8,3	-	-	24	100,0
Subtotal	46	50,5	29	31,9	9	9,9	7	7,7	-	-	91	100,0
<b>Saber quem mora com seus pacientes</b>												
Até 10.000 hab.	-	-	-	-	9	75,0	3	25,0	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	-	-	4	14,8	9	33,3	14	51,9	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	-	-	3	10,7	12	42,9	13	46,4	-	-	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	2	8,3	2	8,3	11	45,8	9	37,5	-	-	24	100,0
Subtotal	2	2,2	9	9,9	41	45,1	39	42,9	-	-	91	100,0
<b>Conhecer o histórico de saúde de seus pacientes</b>												
Até 10.000 hab.	4	33,3	4	33,3	3	25,0	1	8,3	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	7	25,9	11	40,7	4	14,8	5	18,5	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	8	28,6	10	35,7	6	21,4	4	14,3	-	-	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	8	33,3	13	54,2	3	12,5	-	-	-	-	24	100,0
Subtotal	27	29,7	38	41,8	16	17,6	10	11,0	-	-	91	100,0

Outro aspecto estudado em relação à longitudinalidade do cuidado foi o conhecimento do histórico de saúde dos seus pacientes. Nesta variável, 71,5% dos CD responderam que com certeza ou provavelmente tinham ciência do histórico de saúde de seus pacientes. O reconhecimento do histórico de saúde dos pacientes implica-se diretamente com o cadastro dos usuários nas ESB e atualização dos prontuários (Tabela 10).

Reforçando os resultados descritos anteriormente, foram encontradas as seguintes frequências de ESB que não possuíam cadastro dos pacientes, de acordo com o porte populacional: 25% em municípios de até 10.000; 37% entre 10.001 e 20.000; 10,7% de 20.001 a 50.000; e 4,2% acima de 50.000. Entre as ESB que possuíam algum tipo de cadastro dos pacientes, 40,7% tem prontuários específicos da ESB; 39,6% utiliza os mesmos prontuários da ESF; e 18,7% trabalham sem nenhum tipo de cadastro dos pacientes (Tabela 10). Este resultado foi verificado por Lourenço *et al.* (2009) nas ESB de Minas Gerais, onde 69% das ESB responderam que não utilizavam prontuários únicos para as ESB e ESF.

Observou-se que a ESB ainda possui dificuldades de se integrar com a equipe da ESF, fato este confirmado na utilização de prontuários separados. Entretanto, a proposta de sua inserção em uma equipe multiprofissional, além de introduzir o "novo", afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que antecederam a ESF. Esta situação traz o desafio para a Saúde Bucal de se trabalhar em equipe, representando, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde (BRASIL, 2004a).

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas, quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (BRASIL, 2011).

Tabela 10 - Frequência da presença de cadastro dos pacientes (prontuários) nas ESB, por porte populacional, da 11ª Região de Saúde de Sobral - CE. 2011

<b>Cadastro de pacientes (prontuários) nas ESB</b>			
<b>Até 10.000 hab.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>%Acum.</b>
Sim. A ESB utiliza o mesmo prontuário da ESF	3	25,0	25,0
Sim. Existe prontuário específico da ESB.	6	50,0	75,0
Não. Os pacientes não possuem prontuário	3	25,0	100,0
Subtotal	12	100,0	-
<b>De 10.001 a 20.000 hab.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>%Acum.</b>
Sim. A ESB utiliza o mesmo prontuário da ESF	7	25,9	25,9
Sim. Existe prontuário específico da ESB.	9	33,3	59,2
Não. Os pacientes não possuem prontuário	10	37,0	96,2
Não informado	1	3,7	100,0
Subtotal	27	100,0	-
<b>De 20.001 a 50.000 hab.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>%Acum.</b>
Sim. A ESB utiliza o mesmo prontuário da ESF	6	21,4	21,4
Sim. Existe prontuário específico da ESB.	19	67,9	89,3
Não. Os pacientes não possuem prontuário	3	10,7	100,0
Subtotal	28	100,0	-
<b>Acima de 50.000 hab.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>%Acum.</b>
Sim. A ESB utiliza o mesmo prontuário da ESF	20	83,3	83,3
Sim. Existe prontuário específico da ESB.	3	12,5	95,8
Não. Os pacientes não possuem prontuário	1	4,2	100,0
Subtotal	24	100,0	-
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Associação significativa foi encontrada entre o porte populacional dos municípios e a presença de cadastro de pacientes através de prontuário ( $p < 0,001$  e Coeficiente V de Cramer = 0,440). A proporção das opções de respostas na variável “se existe cadastro de pacientes através de prontuário” é estatisticamente diferente em cada intervalo de porte da região, ou seja, em municípios de grande porte é mais provável que a ESB utilize o mesmo prontuário da ESF, em municípios com até 50000 hab. é mais provável que exista prontuário específico da ESB.

A variável presença de cadastro de pacientes através de prontuários influenciou positivamente o valor da força da longitudinalidade do cuidado. Associação significativa ( $p < 0,032$ . Coeficiente V de Cramer = 0,242) foi encontrada entre as duas variáveis, indicando que o cadastro afeta o escore obtido nos municípios.

Em relação ao escore médio da longitudinalidade 18,6% das ESB apresentaram alto escore médio (3-4) ou seja  $\geq$  a 6,6. O escore médio geral do atributo longitudinalidade (média de todos os escores médios das ESB), para os municípios menores de 50.000 habitantes foi “2,5” ( $<$  6,6 em escala de 0 -10). Para o município de grande porte o escore médio geral foi “2,8”. O escore médio geral deste atributo nas ESB na 11ª CRES foi maior que o encontrado para o acesso, entretanto, encontra-se abaixo de 6,6 em escala de 0 a 10, sendo assim considerado um baixo escore. Estes resultados são confirmados por outros estudos que avaliaram a questão do vínculo e continuidade do cuidado no contexto do processo de trabalho das ESB.

Tabela 11 – Grau de orientação das ESB para a longitudinalidade do cuidado, por porte populacional, da 11ª Região de Saúde de Sobral - CE. 2011

Escore médio do atributo longitudinalidade do cuidado			N	%	%Acum.
Até 10.000 hab.	(0-2)	Fraco	1	8,3	8,3
	(2-3)	Moderado	9	75,0	83,3
	(3-4)	Forte	2	16,7	100,0
	Total		12	100,0	-
De 10.001 a 20.000 hab.	(0-2)	Fraco	7	25,9	25,9
	(2-3)	Moderado	16	59,3	85,2
	(3-4)	Forte	4	14,8	100,0
	Total		27	100,0	-
De 20.001 a 50.000 hab.	(0-2)	Fraco	8	28,6	28,6
	(2-3)	Moderado	16	57,1	85,7
	(3-4)	Forte	4	14,3	100,0
	Total		28	100,0	-
Acima de 50.000 hab.	(0-2)	Fraco	4	16,7	16,7
	(2-3)	Moderado	13	54,2	70,8
	(3-4)	Forte	7	29,2	100,0
	Total		24	100,0	-

Martelli (2010) caracterizou o processo de trabalho das ESB do Recife, Pernambuco, em relação ao vínculo (que neste estudo tem o mesmo sentido de longitudinalidade) como incipiente, pois apesar dos documentos institucionais reconhecerem sua importância, a implantação não foi detectada. Cerávolo (2006) detectou que 38,8% dos dentistas em Campinas acreditavam que seria possível estabelecer vínculo com as famílias. Os CD apontaram como limitações no estabelecimento de vínculo com as famílias o fato dos usuários preferirem ser atendidos

emergencialmente, a grande demanda e o tempo de trabalho que as ações curativas demandam no dia-a-dia das equipes. O estabelecimento de vínculo com as famílias foi positivamente associado com a carga horária de trabalho.

Contudo, os resultados encontrados neste atributo nas equipes de Saúde da Família nas pesquisas de Leão, Caldeira e Oliveira (2011), Ibañez *et al.* (2006) e Chomatas (2009) apresentaram homogeneidade entre as ações de longitudinalidade dos profissionais médicos e enfermeiros, com valores satisfatórios para este atributo.

#### **7.4 Coordenação do cuidado**

Starfield (2002) definiu a coordenação do cuidado como a atenção compartilhada que envolve a disponibilidade de informações a respeito de serviços e problemas anteriores, e as relações com o presente atendimento. A coordenação é facilitada por meio de vínculos formais entre os níveis de atenção e linhas de comunicação.

Há uma necessidade dentro da APS de coordenar e integrar os serviços prestados dentro da própria unidade por diferentes membros da Equipe e na perspectiva do acesso a outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

Nesta perspectiva, as variáveis abordadas neste estudo foram: disponibilidade dos prontuários dos pacientes durante atendimento, conhecimento das consultas que seus pacientes fazem em serviços especializados, apoio na marcação da consulta encaminhada, informação escrita (referência) ao paciente para levar ao serviço especializado, informação sobre o paciente encaminhado (contrarreferência), acompanhamento junto ao paciente sobre os resultados da consulta com o especialista.

Ao avaliar a disponibilidade dos prontuários, no momento da consulta, 53,8% das ESB responderam positivamente este item. Em 25% das ESB dos municípios de até 10.000 hab., 7,4% entre 10.001 e 20.000 hab., 10,7% de 20.001 a 50.000 hab. e 4,2% acima de 50.000 hab. não havia prontuários disponíveis no momento da consulta. Estes

dados reforçam com os resultados sobre a presença ou não de cadastro dos pacientes nas ESB no atributo da longitudinalidade (Tabela 12).

Em relação ao conhecimento dos profissionais da APS sobre as consultas que seus pacientes realizam na atenção secundária, nos municípios de até 20.000 habitantes, entre 50% - 55,5% afirmaram positivamente, este valor variou entre 41,7% e 48,4% para municípios entre 20.001-50.000 hab. e acima de 50.000 habitantes, respectivamente. O fato de 49,5% das ESB assinalarem que “com certeza” ou “provavelmente não” estariam cientes das consultas em outros níveis de atenção, demonstra que ainda existem deficiências na atenção compartilhada dos pacientes na rede de atenção (Tabela 12). Entretanto, uma das atribuições da Equipe de Saúde da Família, descritas na PNAB, é responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde.

Em conformidade com estes dados, Lourenço *et al.* (2009) descreveram que 26,9% das ESB em Minas Gerais não articulavam ações de referência e contrarreferência. Cerávolo (2006) identificou alto nível de insatisfação dos CD das APS (84%) com os encaminhamentos para outras especialidades.

Nesta perspectiva, de articulação entre os níveis de atenção, 54,9% das ESB têm uma pessoa de referência no serviço que ajuda os pacientes a marcar a consulta especializada. Em relação à oferta de informação escrita (referência) ao paciente para levar ao serviço especializado, 89% das ESB afirmaram que com certeza encaminham pacientes para atenção secundária com referência (Tabela 12).

Chaves *et al.* (2010), em estudo com *usuários* nos CEO da Bahia, encontrou resultados próximos com relação à comunicação entre a atenção primária e secundária. 73,6% dos usuários afirmaram possuir ficha de referência, ainda que isso não garanta a realização de um dado procedimento na atenção especializada. Melhores resultados na articulação da referência e contrarreferência foram achados onde a cobertura das ESB era maior que 50%.

Entretanto, as informações do especialista ou serviço especializado sobre o paciente encaminhado (contrarreferência), são com certeza recebidas por 40,7% das ESB, percentual menor de contrarreferência (29%) foi relatado por as ESB do

município acima de 50.000 habitantes. Em relação à variável conversar com o paciente sobre os resultados da consulta especializada, 47,3% dos CD afirmaram fazer o acompanhamento das consultas encaminhadas (Tabela 12).



Tabela 11 - Distribuição das características do atributo “coordenação do cuidado” das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia em Saúde da Família (ESF), nos municípios da 11ª Região de Saúde, de acordo com o porte populacional, Sobral – CE, 2011

Variável	Com certeza, sim		Provavelmente, sim		Provavelmente, não		Com certeza, não		Não sei/não lembro		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Disponibilidade dos prontuários dos pacientes durante atendimento</b>												
Até 10.000 hab.	7	58,3	2	16,7	-	-	3	25,0	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	15	55,6	5	18,5	5	18,5	2	7,4	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	13	46,4	9	32,1	3	10,7	3	10,7	-	-	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	14	58,3	7	29,2	2	8,3	1	4,2	-	-	24	100,0
Subtotal	49	53,8	23	25,3	10	11,0	9	9,9	-	-	91	100,0
<b>Conhecer as consultas que seus pacientes fazem em serviços especializados</b>												
Até 10.000 hab.	1	8,3	5	41,7	2	16,7	4	33,3	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	3	11,1	9	33,3	8	29,6	7	25,9	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	7	25,0	6	21,4	8	28,6	7	25,0	-	-	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	7	29,2	7	29,2	6	25,0	4	16,7	-	-	24	100,0
Subtotal	18	19,8	27	29,7	22	24,2	22	24,2	-	-	91	100,0
<b>Alguém do serviço ajudar a marcar a consulta encaminhada</b>												
Até 10.000 hab.	7	58,3	5	41,7	-	-	-	-	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	15	55,6	8	29,6	2	7,4	2	7,4	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	13	46,4	10	35,7	5	17,9	-	-	-	-	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	15	62,5	6	25,0	1	4,2	2	8,3	-	-	24	100,0
Subtotal	50	54,9	29	31,9	8	8,8	4	4,4	-	-	91	100,0

Tabela 12 – Distribuição das características do atributo “coordenação do cuidado” das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia em Saúde da Família (ESF), nos municípios da 11ª Região de Saúde, de acordo com o porte populacional, Sobral – CE, 2011. Continuação

Variável	Com certeza, sim		Provavelmen te, sim		Provavelmen te, não		Com certeza, não		Não sei/não lembro		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Oferecer informação escrita (referência) ao paciente para levar ao serviço especializado</b>												
Até 10.000 hab.	12	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	23	85,2	3	11,1	-	-	1	3,7	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	24	85,7	4	14,3	-	-	-	-	-	-	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	22	91,7	1	4,2	1	4,2	1	4,2	-	-	24	100,0
Subtotal	81	89,0	8	8,8	1	1,1	2	2,2	-	-	91	100,0
<b>Receber do especialista ou serviço informações sobre o paciente encaminhado (contrarreferência)</b>												
Até 10.000 hab.	6	50,0	2	16,7	3	25,0	1	8,3	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	13	48,1	11	40,7	-	-	3	11,1	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	11	39,3	7	25,0	8	28,6	2	7,1	-	-	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	7	29,2	15	62,5	1	4,2	1	4,2	-	-	24	100,0
Subtotal	37	40,7	35	38,5	9	9,9	7	7,7	-	-	91	100,0
<b>Conversar com o paciente sobre os resultados da consulta com o especialista</b>												
Até 10.000 hab.	4	33,3	5	41,7	2	16,7	1	8,3	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	15	55,6	9	33,3	1	3,7	2	7,4	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	14	50,0	8	28,6	5	17,9	1	3,6	-	-	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	10	41,7	11	45,8	2	8,3	1	4,2	-	-	24	100,0
Subtotal	43	47,3	33	36,3	8	8,8	5	5,5	-	-	91	100,0

O escore médio da coordenação do cuidado em 60,4% das ESB apresentou-se forte (3-4) e em 39,6% moderado (2-3), não houve presença de escores menores que 2 (fraco) para este atributo. Considerando os resultados em escala de 0-10, todos os portes populacionais atingiram neste atributo escore  $\geq$  a 6,6, ou seja, alto escore (Tabela 13). O escore médio para todas as equipes foi 3,2 (7,3 em escala de 0-10).

Tabela 12 - Grau de orientação das ESB para a coordenação do cuidado, por porte populacional, da 11ª Região de Saúde de Sobral - CE. 2011

Escore médio do atributo coordenação do cuidado			N	%	%Acum.
Até 10.000 hab.	(2-3)	Moderado	6	50,0	50,0
	(3-4)	Forte	6	50,0	100,0
		Total	12	100,0	-
De 10.001 a 20.000 hab.	(2-3)	Moderado	10	37,0	37,0
	(3-4)	Forte	17	63,0	100,0
		Total	27	100,0	-
De 20.001 a 50.000 hab.	(2-3)	Moderado	12	42,9	42,9
	(3-4)	Forte	16	57,1	100,0
		Total	28	100,0	-
Acima de 50.000 hab.	(2-3)	Moderado	8	33,3	33,3
	(3-4)	Forte	16	66,7	100,0
		Total	24	100,0	-

Estes resultados estão em consonância com as pesquisas de Macinko *et al.* (2004), Kolling (2008) no Rio Grande do Sul; Chomatas (2009) em Curitiba; e Leão, Caldeira e Oliveira (2011) em Montes Claros, Minas Gerais, que encontraram valor próximo ao ideal para as equipes da ESF, para este atributo, sugerindo que a coordenação do cuidado estava relativamente adequada no âmbito da APS. Contudo, Oliveira (2007) e Cunha (2006) observaram baixo escore médio em Porto Alegre para este atributo, e ressaltaram que a baixa cobertura da ESF no contexto dos estudos poderia ter influenciado nos resultados.

Na análise estatística, associação significativa ( $p < 0,034$ . Coeficiente V de Cramer = 0,309) foi encontrada entre o porte populacional dos municípios e o retorno de informações sobre os pacientes encaminhados para os especialistas (contrarreferência), indicando que a variável porte populacional possui influência se o CD recebe do especialista ou serviço especializado informações sobre o paciente encaminhado no município. Esta associação foi mais forte em municípios acima de 50000 hab. e de 100001 a 20000 hab. onde também se observou que é mais provável a resposta “com certeza sim ou provavelmente sim”.

A coordenação do cuidado, na perspectiva do acesso a outros níveis de atenção, limita a autonomia do profissional da APS, pois está na dependência da oferta de vagas por os especialistas (STARFIELD, 2002). Esta prerrogativa dificulta o acompanhamento do profissional da APS e limita o acesso dos pacientes ao nível secundário, prejudicando o acompanhamento das ESB, dado o tempo de espera para marcação da consulta. Adequar-se a oferta, a demanda e necessidades em saúde, estabelecendo critérios de distribuição de vagas que considerem, além do porte populacional, as necessidades e demandas de saúde dos municípios é uma possibilidade de facilitar a coordenação do sistema de saúde por a APS.

Esse movimento exige que a atenção primária à saúde, além de sua tradicional função de resolução de mais de 90% dos problemas de saúde mais comuns, desempenhe a função de coordenação do sistema de saúde. Cabe à atenção primária à saúde integrar verticalmente os serviços que, normalmente, são ofertados, de forma fragmentada, pelos sistemas de saúde convencionais (MENDES, 2007).

Para fins dessa pesquisa foi calculado o escore essencial para os atributos do acesso, longitudinalidade e coordenação do cuidado, através da média aritmética simples do escore médio dos três componentes, pois não havia itens no PCATool que pudessem ser adaptados, sem mudar o sentido da pergunta, para contemplar o processo de trabalho do dentista no atributo da integralidade.

O atributo com menor escore geral foi o acesso, a longitudinalidade do cuidado atingiu escores médios próximos do ideal (3 ou  $\geq 6,6$ ) e a coordenação do cuidado foi o atributo que atingiu alto escore geral em todos os portes populacionais (Tabela 14).

TABELA 13 - ESCORE ESSENCIAL DOS ATRIBUTOS ACESSO, LONGITUDINALIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO.

<b>Porte Populacional</b>	<b>Escore médio Acesso</b>	<b>Escore médio Longitudinalidade</b>	<b>Escore médio Coordenação</b>	<b>Escore médio essencial</b>
Até 10.000 hab	2,0	2,6	3,2	<b>2,6</b>
De 10.001 a 20.000 hab.	2,0	2,5	3,2	<b>2,5</b>
De 20.001 a 50.000 hab.	2,0	2,5	3,1	<b>2,5</b>
Acima de 50.000 hab.	2,3	2,8	3,3	<b>2,8</b>
<b>Escore geral essencial</b>	2,1	2,6	3,2	<b>2,6</b>

Estes resultados estão em concordância com o estudo de Elias *et al.* (2006) que, ao aferir as opiniões de gestores, profissionais e usuários, no município de São Paulo, encontrou índices próximos a 2,5 para o atributo acesso (baixo escore) e alto escore para os atributos da longitudinalidade e coordenação em todos os grupos estudados. Embora tenha havido semelhança nas opiniões dos grupos estudados, os gestores e os profissionais atribuíram notas mais elevadas para as variáveis.

Ibañez *et al.* (2004), Chomatas (2009), em São Paulo e Curitiba, respectivamente, e Macinko *et al.* (2004), em Petrópolis, encontraram resultados semelhantes para acesso, longitudinalidade e coordenação, ao pesquisar médicos e enfermeiros da ESF.

É importante considerar que, embora o estabelecimento de vínculo longitudinal esteja no âmbito da prática do profissional, o atendimento a tal atributo só será possível se for uma prioridade da gestão, na medida em que envolve questões como a oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde (CUNHA; GIOVANELLA, 2011 ).

Os desafios para melhorar o acesso da população aos serviços da APS decorrem dos rígidos e limitados horários de funcionamento e as formas quase sempre presenciais de marcação de consultas que funcionam como constrangimento ao efetivo acesso à atenção básica (ELIAS *et al.*, 2006).

O alto escore para a coordenação do cuidado pode estar relacionado ao número de CEO na 11ª Região de Saúde. Atualmente estão em funcionamento 6 CEO municipais e 1 CEO Estadual, que têm financiamento compartilhado entre Ministério da

Saúde, Governo Estadual, Municípios e Universidade Federal do Ceará através de consórcio. Em relação aos CEO municipais, 4 estão localizados em municípios entre 20.001 e 50.000 habitantes (Coreaú, Ipu, Santana do Acaraú e Massapê), 1 em municípios entre 10.001 e 20.000 (Forquilha) e 1 em município acima de 50.000 habitantes (Sobral).

Ressalta-se que em todos os atributos, assim como no Escore Essencial, o município de grande porte atingiu escores maiores que as demais classes populacionais. Esta diferença está correlacionada ao perfil dos CD inseridos no município de grande porte, pois, conforme relatado no item “Perfil das ESB e CD”, há uma concentração de especialistas em Saúde da Família nos municípios de maior porte. Além disso, em municípios de maior porte os profissionais trabalham mais tempo na ESF.

## **7.5 Integralidade**

A integralidade exige que a APS reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize uma variedade de serviços capaz de abordá-las. Compreende a realização de atividades preventivas, procedimentos primários e secundários, e a realização de visitas domiciliares, quando necessário. Entretanto, no nível institucional, a variedade de serviços é estabelecida, geralmente, de acordo com diretrizes profissionais ou políticas (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a PNAB define, entre seus fundamentos e diretrizes, que a APS deverá ser a coordenadora da integralidade em seus vários aspectos, a saber:

“[...] integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica[...]” (BRASIL, 2011. p.48).

A PNAB, entre as atribuições comuns a todos os profissionais da ESF, descreve que as responsabilidades dos profissionais da APS neste atributo são: garantia da atenção à saúde, buscando a integralidade por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, garantia de atendimento da demanda espontânea, realização de ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde.

Nesta seara, as variáveis abordadas neste atributo foram: organização da demanda (programada e/espontânea), faixa etária, ciclos de vida ou grupos que são priorizados no atendimento, variedades de serviços ofertados pela ESB, e avanços e desafios da ESB em relação à Integralidade.

As perguntas para este atributo foram abertas e a análise de conteúdo temática foi utilizada como método para análise das respostas, conforme descrito na metodologia. A apresentação dos resultados compreendeu as categorias, as frequências e percentagens, as respostas mais significativas que condensaram as informações fornecidas pela análise.

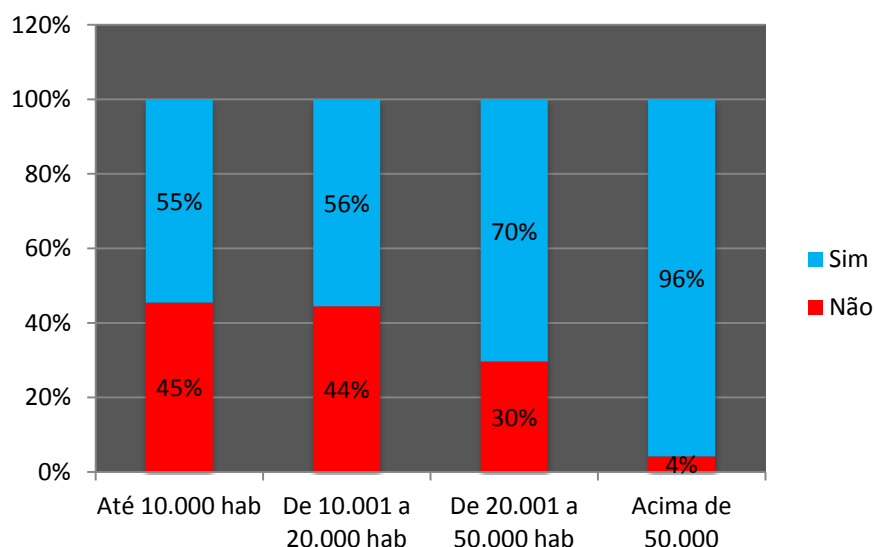
Em relação à programação da demanda, 89 das 91 ESB responderam a pergunta. Destas, 29,2% responderam que não atendiam por demanda programada e 70,8% afirmaram que programavam a demanda de alguma forma. Observou-se que a maior proporção de equipes que não têm nenhum tipo de programação de sua demanda está situada em municípios de até 20.000 habitantes. Nesta classe populacional, aproximadamente 45% das ESB implantadas não atendem por demanda programada. Por outro lado, em municípios acima de 20.001 habitantes a programação da demanda e

o atendimento através de faixas etárias específicas ou grupos específicos é mais comum. Cerca de 70% das ESB atuantes em municípios entre 20.001 e 50.000 habitantes programam seu atendimento de alguma forma. Esta proporção chegou a 96% no município de grande porte (Gráfico 4).

A dificuldade em realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, uma das atribuições especificadas na PNAB, foi verificada por Pimentel *et al.* (2010), que concluiu, em pesquisa realizada no Recife, que a existência de grande demanda reprimida por atendimento cirúrgico-restaurador, tanto na atenção básica, como na referência para os serviços de média complexidade, impede que o modelo hegemônico curativista seja completamente substituído por aquele centrado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Entretanto, verificou-se um movimento de transição rumo à superação do modelo hegemônico em saúde bucal nos municípios da 11ª RS, pois o processo de trabalho das ESB está substituindo o tradicional modelo de livre demanda por modelos organizativos programáticos, buscando atender os princípios e diretrizes da PNAB e PNSB. Mesmo assim, esta transição não está ocorrendo de maneira uniforme. Este fato foi confirmado quando se solicitou dos sujeitos de pesquisa que, se a ESB atendesse através de demanda programada, especificasse os grupos, faixas etárias ou ciclos de vida.

Gráfico 4 - Presença de programação da demanda nas ESB da 11ª RS, por porte populacional





Os grupos mais priorizados entre as ESB foram os de gestantes, crianças e adultos. Dessa forma, 51 ESB (81%) relataram incluir gestantes, 37 ESB (58,6%) crianças, 24 ESB (38%) adultos e 24 ESB (38%) incluem idosos, entre os grupos que atendiam através de demanda programada. O grupo de adolescentes foi o menos priorizado entre as equipes. Observou-se que 11 ESB (17,4%) atendem adolescentes através de demanda programada. Lourenço *et al.* (2009) relataram que, no estado de Minas Gerais, a proporção de ESB que inclui gestantes na demanda programática chega a 76,9%.

A priorização ao atendimento programático das gestantes, além de ser um grupo de fácil captação na Unidade de Saúde, justifica-se devido a possíveis alterações na composição da placa sub-gengival, ocasionados por resposta imune e a concentração de hormônios sexuais. A gravidez acentua a resposta gengival, modificando o quadro clínico em usuárias que já apresentam falta de controle de placa (BRASIL, 2008).

Outro fator importante é a diminuição da capacidade fisiológica do estômago, que faz com que a gestante passe a ingerir alimentos em menores quantidades, mas com maior frequência, o que pode aumentar o risco à cárie dentária (BRASIL, 2008).

Os grupos prioritários no atendimento entre os municípios ainda não têm um padrão definido, observou-se que as ESB não têm um consenso em relação à programação da demanda. Entre as formas de programação da demanda nas ESB, as mais frequentes foram por faixas etárias (14,3%); gestantes e crianças (11,1%); gestantes, crianças e idosos (11,1%); gestantes, crianças e adultos (11,1%); gestantes (7,9%); gestantes, crianças, adolescentes e idosos (7,9%). Nos municípios até 20.000 habitantes foi mais frequente o relato de atendimento programado por faixas etárias ou a priorização de um grupo, geralmente gestantes; ou dois, gestantes e crianças.

Entretanto, observaram-se padrões mais complexos de programação da demanda, incluindo grupos que são pouco frequentes, como, por exemplo, pacientes portadores de necessidades especiais (PNE). Outro padrão de agendamento observado em uma equipe de municípios de até 10.000 habitantes foi através da divisão por localidade e bairros (Tabela 15).

Tabela 14- Grupos e faixas etárias priorizados no atendimento através de demanda programada, por porte populacional

Programação da demanda	Até 10.000 hab.	De 10.001 a 20.000 hab	De 20.001 a 50.000 hab	Acima de 50.000 hab.	Total N <sub>T</sub>	%
	N	N	N	N		
Faixas etárias	2	3	3	1	9	14,3
Faixas etárias e gestantes	1	-	-	-	1	1,6
Gestantes	1	3	1	-	5	7,9
Crianças	-	-	1	-	1	1,6
Gestantes e crianças	-	1	4	2	7	11,1
Gestantes, crianças e idosos	-	1	1	5	7	11,1
Gestantes, crianças e adultos	1	1	4	1	7	11,1
Gestantes, idosos e PNE	-	1	-	1	2	3,2
Gestantes, crianças, adolescentes, idosos	-	1	3	1	5	7,9
Gestantes, PNE, adultos, idosos	-	1	-	3	4	6,3
Gestantes e adultos	-	2	1	-	3	4,8
Gestantes, crianças, adolescentes e adultos	-	-	1	3	4	6,3
Gestantes, crianças, adultos, idosos	-	-	-	4	4	6,3
Gestantes, crianças, adolescentes, adultos, idosos	-	-	-	2	2	3,2
Por localidade e bairros	1	-	-	-	1	1,6
Faixas etárias através de divisão de vagas por ACS	-	-	1	-	1	1,6
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Nos municípios entre 20.001 e 50.000 hab. as formas mais frequentes de programação da demanda foram através de: todas as faixas etárias; gestantes e crianças; gestantes, crianças e adultos; gestantes, crianças, adolescentes e idosos. Neste tipo de porte populacional observou-se que a programação da demanda pelas ESB abrange, geralmente, dois ou mais grupos. Uma equipe relatou que a programação da demanda era realizada por faixa etária, através da divisão de vagas por agentes de saúde.

No porte populacional acima de 50.000 habitantes, os grupos priorizados no atendimento da demanda programada mais citados foram: gestantes, crianças e idosos; gestantes, crianças, adultos e idosos; gestantes, crianças, adolescentes e adultos; gestantes, PNE, adultos e idosos. Duas equipes apresentaram na programação de sua demanda gestante, crianças, adolescentes, adultos e idosos. Esta forma de organizar a demanda foi a mais complexa, ou seja, a que apresentou mais grupos ou ciclos de vida.

No grupo dos adultos, relatados por as equipes, são priorizados hipertensos e diabéticos e no grupo das crianças são atendidos escolares até 14 anos.

Contudo, a falta de padronização na escolha dos grupos prioritários para desenvolvimento de ações programáticas é esperada, pois a PNAB e PNSB determinam que o atendimento a indivíduos, famílias e grupos específicos deveria ser feito de acordo com o perfil epidemiológico de cada território, as condições socioeconômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde (sentidas ou não). A organização do processo de trabalho e escolha de grupos prioritários para o atendimento são experiências que devem ser vivenciadas em cada território, não existem fórmulas ou receitas, existem caminhos possíveis que devem ser adaptados a cada realidade.

Para Starfield (2002), o alto nível de desempenho da integralidade nesta questão está na dependência do reconhecimento da APS das necessidades existentes na população. O desafio é reconhecer as situações nas quais uma intervenção é necessária e justificada, pois diferentes populações têm diferentes necessidades e requerem um complexo de serviços específico.

Este desafio é vivenciado no cotidiano dos serviços de saúde bucal, em especial nas atividades assistenciais. Embora haja priorização de grupos para atendimento programático, o universo de atenção à saúde bucal é constituído de toda a população da área de abrangência da ESF (BRASIL, 2008).

Além do atendimento à demanda programada, as ESB devem ser organizadas de forma a acolher a demanda espontânea e os casos de urgência, e dar respostas às necessidades sentidas na população (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

Neste sentido, 80 ESB responderam ao item que investigou o atendimento através de demanda espontânea: 41,3% afirmaram atender somente através de demanda espontânea e 58,8% asseguraram atender através de demanda espontânea e programada. Lourenço *et al.* (2009) encontraram a proporção de 39,9% de ESB, que atendiam somente por demanda espontânea, em Minas Gerais.

O fato de quase 50% das ESB atenderem apenas através de demanda espontânea demonstra que ainda existem dificuldades da saúde bucal em desenvolver atividades no

seu processo de trabalho que sejam congruentes com as atribuições da APS, visto que a garantia de atendimento à demanda espontânea e também a realização de ações programáticas são atribuições comuns a todos os profissionais da ESF.

Observou-se que nos municípios até 20.000 habitantes há maior dificuldade de programar a demanda, pois a proporção de ESB que atendem somente através de demanda espontânea é maior que nos outros tipos de porte populacional (Tabela 16).

Tabela 15 - Atendimento através de demanda espontânea, de acordo com o porte populacional, dos municípios da 11ªRS.

Atendimento somente através de demanda espontânea ou urgências	SIM.	SIM.	Total	%	NÃO.	
	Todos os grupos	Todas as faixas etárias			Demanda espontânea e programada	
	N <sub>1</sub>	N <sub>2</sub>	N <sub>(1+2)</sub>	%	N	%
<b>Até 10.000 hab</b>	3	4	7	77,8	2	22,2
<b>De 10.001 a 20.000 hab</b>	2	10	12	52,2	11	47,8
<b>De 20.001 a 50.000 hab</b>	5	6	11	40,7	16	59,3
<b>Acima de 50.000</b>	1	2	3	14,3	18	85,7
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	<b>33</b>	<b>41,3</b>	<b>47</b>	<b>58,8</b>

Rodrigues e Assis (2005) constataram que o CD nem sempre consegue atuar assegurando a integralidade do tratamento, devido ao conhecimento fragmentado da realidade, a baixa cobertura e a amplitude dos problemas de saúde bucal ocorre um descompasso entre o real e o legal.

O reconhecimento da realidade da população atendida envolve necessariamente a adscrição da clientela. Esta questão é abordada na PNAB, que determina a área de abrangência das equipes de Saúde da Família. A PNAB recomenda que a população adscrita para cada equipe de Saúde da Família deve ser igual a no máximo 4.000 pessoas, com uma média de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade e vulnerabilidade para esta definição, ou seja, *quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe* (BRASIL, 2011).

Os profissionais de saúde bucal se inseriram na APS sem considerar a demanda que já existia (demanda reprimida), a média de pessoas a ser cobertura por cada ESB e a

sua presença na equipe mínima ainda não é um consenso. Os trechos a seguir, da PNAB, confirmam esta declaração:

[...] São itens necessários à estratégia Saúde da Família: I - existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, **no mínimo**, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, **podendo acrescentar a esta composição**, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal [...] (BRASIL 2011. p. 51. Grifo nosso)

[...] Em todas as possibilidades de inserção do profissional médico descritas acima, considerando a importância de manutenção do vínculo e da longitudinalidade do cuidado, este profissional deverá ter usuários adscritos de modo que cada usuário seja obrigatoriamente acompanhando por 1 (um) ACS (Agente Comunitário de Saúde), 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, 1 (um) enfermeiro e 1 (um) médico, e **preferencialmente** por 1 (um) cirurgião-dentista, 1 (um) auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal [...] (BRASIL, 2011. p. 51. Grifo nosso.)

O fato da PNAB não deixar claro que os profissionais de saúde bucal são parte da equipe mínima da ESF, abre precedentes para que a proporção de ESF com profissionais de saúde bucal seja flexível. Isto contribui sobremaneira para a baixa cobertura das ESF com saúde bucal e a dificuldade em organizar a demanda. Este fato pode ser constatado nesta pesquisa, na fase de coleta de dados, quando evidenciou-se que a proporção de equipes de Saúde da Família com profissionais de Saúde Bucal é cerca de 60%.

Em relação à variedade de serviços ofertados por as ESB, das 85 ESB que responderam a pergunta subjetiva, 8 ESB (9,4%) estavam localizadas em municípios de até 20.000 habitantes, não realizam atividades preventivas e de promoção da saúde. Atividades de educação em saúde são realizadas em 7,1% das equipes. A educação em saúde, escovação supervisionada e aplicação de flúor em escolares foram as atividades mais frequentes relatadas entre as ESB (65,9%). Proporcionalmente, 45,5% das ESB inseridas em municípios até 10.000 hab., 76% das ESB dos municípios entre 10.001 e 20.000 habitantes, 81,5% das ESB dos municípios entre 20.001 e 50.000 hab. e 45,5% das ESB de municípios acima de 50.000 hab. afirmaram realizar estas atividades nos seus processos de trabalho.

A realização de atividades de educação em saúde, escovação supervisionada e aplicação de flúor em escolares e grupos (gestantes, idosos, adolescentes etc) é realizada em 17,6% das ESB, proporcionalmente o maior número de ESB que realizam estas atividades estão inseridas em município de grande porte (40,9%).

Além das atividades descritas anteriormente, a participação em grupos de planejamento familiar foi relatada por uma ESB (10.001 e 20000 habitantes), a realização de exames de prevenção de câncer foi citada por duas ESB de municípios entre 20.001-50.000 habitantes e três ESB do município de grande porte. Outras atividades como educação permanente com ACS, participação no Conselho Local de Saúde, articulação com CRAS e visitas domiciliares foram citadas por duas ESB do município de grande porte.

Araújo e Dimenstein (2006) e Santos e Assis (2006) relatam a dificuldade do CD em realizar atividades preventivo-promocionais no âmbito da APS nos estados do Rio Grande do Norte e na Bahia, respectivamente. Alguns motivos apontados nestas pesquisas foram a falta de material para o dentista realizar educação em saúde e a falta de capacitação para realizar atividades em grupo. Nesta perspectiva, a focalização destas atividades em grupos específicos fragmenta e reduz o campo do cuidado em saúde bucal.

A hegemonia do grupo de escolares nas atividades de prevenção e promoção da saúde reflete a história de inserção do campo da saúde bucal, que iniciou sua institucionalização com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares, por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo, e a partir da década de 50, com a criação do SESP organizou a atenção aos escolares, que foi o modelo hegemônico de atenção por mais de quatro décadas (ZANETTI; LIMA, 1996; COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006; NARVAI, 2006).

No entanto, assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, em articulação do individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência é um dos pressupostos da PNSB.

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, implica-se na

construção de políticas públicas saudáveis que gerem oportunidades de acesso à água tratada e incentivem a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados (BRASIL, 2004a).

As ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos, tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos nos grupos e espaços sociais da comunidade, através de ações intersetoriais (BRASIL, 2004a). A mudança das práticas no processo de trabalho das ESB está em processo incipiente, fato confirmado pelo total de equipes que realizam atividades em outros grupos, além dos escolares. Entretanto, verificou-se que em municípios de grande porte a sistematização das ações de prevenção e promoção da saúde estão mais aceleradas (Tabela 17).

Tabela 16 - Atividades de prevenção e promoção da saúde realizadas por ESB, de acordo com o porte populacional, dos municípios da 11ª RS

Atividades Prevenção e Promoção da Saúde	Até 10.000		De 10.001 a 20.000 hab		De 20.001 a 50.000 hab		Acima de 50.000		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não realize	3	27,3	5	20	0	0	0	0	8	9,4
Educação em Saúde	1	9,1	1	4	1	3,7	3	13,6	6	7,1
Educação em Saúde, escovação Supervisionada, aplicação de flúor em escolares	5	45,5	19	76	22	81,5	10	45,5	56	65,9
Educação em Saúde, Escovação supervisionada, aplicação de flúor em escolares e grupos	2	18,2	0	0	4	14,8	9	40,9	15	17,6
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

Quanto aos procedimentos clínicos ofertados nas ESB, os procedimentos básicos, que se referem a exodontias de dentes permanentes e decíduos, restaurações anteriores e posteriores, profilaxia, flúor, selantes, raspagens periodontais, selamentos provisórios, capeamento pulpar, exames e consultas de urgência, são realizados por 86% das ESB. Entretanto, outros procedimentos mais complexos como tomada radiográfica são realizados em uma ESB em município de até 10.000 habitantes. As urgências

endodônticas (acesso a polpa coronária, curativo de demora com ou sem preparo biomecânico) são realizadas em 7,0% das ESB (Tabela 18).

Tabela 17 - Procedimentos clínicos realizados por ESB, de acordo com o porte populacional, dos municípios da 11ª RS

Procedimentos Clínicos individuais	Até 10.000		De 10.001 a 20.000 hab		De 20.001 a 50.000 hab		Acima de 50.000		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Procedimentos básicos	7	70,0	22	88,0	24	88,9	21	87,5	74	86,0
Procedimentos básicos e Rx	1	10,0	0	0	0	0,0	0	0	1	1,2
Procedimentos básicos e urgências endodônticas	1	10,0	2	8	1	3,7	2	8,3	6	7,0
Só exodontias	1	10,0	0	0	1	3,7	0	0	2	2,3
Não faz		0,0	1	4	1	3,7	1	4,2	3	3,5
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

Observou-se que as ESB que realizam apenas exodontias somam 2,3%, contudo os CD justificaram a não realização dos procedimentos básicos devido à falta de material odontológico ou falta de manutenção do consultório.

Lourenço *et al.* (2009) e Araújo e Dimenstein (2006) confirmam estes resultados ao relatarem que a grande maioria dos profissionais de saúde bucal realizavam procedimentos clínicos básicos no cotidiano dos seus processos de trabalho, tais como dentística, periodontia básica, cirurgia simples. Araújo e Dimenstein (2006) descreveram que outras atividades, como as visitas domiciliares, eram pouco executadas nas equipes, e quando realizadas não havia priorização entre as famílias ou objetivo específico. No entanto Lourenço *et al.* (2009) encontraram resultados diferentes, e relataram que 69,4% das ESB realizavam visitas domiciliares; 63,6% participavam de reuniões com a ESF; 70,5%, realizavam planejamento; e 62,2% tinham interação com outros setores.

Os CD da 11ª RS, quando indagados sobre a realização de outras atividades ou procedimentos de reabilitação, 43,5% das ESB dos que responderam este item afirmaram não realizar nenhuma atividade extra ou procedimentos além dos já relatados. A realização de urgências endodônticas e encaminhamentos para serviços especializados foram apontadas em 32,2% das ESB. Em relação à realização de próteses



totais na APS, 16,1% das ESB afirmara realizar o procedimento. Note-se que em cada porte populacional pelo ou menos uma ESB inclui a confecção de prótese total no seu processo de trabalho. Contudo, a maior proporção de ESB que realizam este procedimento foi encontrada no município de grande porte. Atividades pouco comuns que foram relatadas nas ESB são visitas domiciliares (4,8%), organização de reuniões na equipe (1,6%) e educação permanente dos ACS (1,6%) (Tabela 19).

Tabela 18 - Outras atividades ou procedimentos de reabilitação realizados por ESB, de acordo com o porte populacional, dos municípios da 11ª RS

Outras atividades ou procedimentos de reabilitação	Até 10.000		De 10.001 a 20.000 hab		De 20.001 a 50.000 hab		Acima de 50.000		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não realiza	4	44,4	8	53,3	12	63,2	3	15,8	27	43,5
Urgências endodônticas e encaminhamento para serv. Especializados	2	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,2
Encaminhamentos para serviços especializados (CEO)	2	22,2	4	26,7	5	26,3	7	36,8	18	29,0
Próteses totais	1	11,1	2	13,3	2	10,5	5	26,3	10	16,1
Visita domiciliar	0	0,0	1	6,7	0	0,0	2	10,5	3	4,8
Organização de reuniões na ESF	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	1	1,6
Educação permanente com ACS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	1	1,6
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

A ampliação e qualificação das atividades realizadas por ESB devem considerar a organização do processo de trabalho de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos como a reabilitação protética (BRASIL, 2004<sup>a</sup>; BRASIL, 2008, BRASIL, 2011). O fato de 16,1% das ESB realizarem este procedimento aponta um avanço na integralidade. Contudo, outras atividades que compõem as atribuições das ESB, como a realização de urgências endodônticas, ainda são pouco frequentes na prática das equipes.

A vista domiciliar, presente no processo de trabalho de 4,8% das ESB, é um procedimento rotineiro na ESF. A ampliação e qualificação das ações de saúde bucal também se fazem através de organização de visitas com a equipe interdisciplinar no domicílio da família, a partir de um diagnóstico e com objetivos pré-definidos. Outra possibilidade de atuação da ESB no domicílio é a assistência às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, visando à identificação dos riscos e propiciando o acompanhamento e tratamento necessário (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2008).

A compreensão desses aspectos, principalmente do trabalho interdisciplinar, é fundamental para a discussão e reflexão sobre o processo de trabalho do CD na APS.

Na última pergunta acerca do atributo integralidade, foi solicitado que os sujeitos da pesquisa apontassem os avanços e desafios deste atributo no processo de trabalho das ESB. Nesta perspectiva, 65 ESB responderam a este tópico. As respostas foram categorizadas em uma tabela de dupla, avanços e desafios por porte populacional. O total expresso na tabela refere-se ao número de avanços ou desafios relatados pelas ESB e não ao total de equipes que responderam este item. Os resultados apontaram que as ESB consideram que em relação a este atributo existem mais desafios (n=65) do que avanços (n=29) (Tabela 20).

Tabela 19 - Avanços e desafios do atributo integralidade, relatados por ESB, de acordo com o porte populacional, dos municípios da 11ª RS

CATEGORIAS INTEGRALIDADE	Avanços						Desafios					
	Até 10.000 hab.	10.001 a 20.000 hab	20.001 a 50.000 hab	Acima de 50.000	Total	%	Até 10.000 hab.	10.001 a 20.000 hab	20.001 a 50.000 hab	Acima de 50.000	Total	%
Acesso a serv. Especializados (CEO-R/CEO-M)	1	3	6	1	11	37,9	-	-	-	-	-	-
Adequar oferta e demanda de procedimentos especializados	-	-	-	-	-	-	3	5	3	4	15	23,1
Atendimento a urgências/Atenção ao 1º contato	-	1	-	1	2	6,9	-	-	-	-	-	-
Atender a demanda espontânea/reprimida	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	6	9,2
Aumento de cobertura das ESB	-	-	-	-	-	-	1	1	1	4	7	10,8
Conclusão de tratamentos	-	-	-	-	-	-	2	2	1	-	-	7,7
Contratação de TSB	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1,5
Coordenar o cuidado (referência-contrarreferência)	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	3	4,6
Estrutura física/condições de trabalho	1	-	-	-	1	3,4	-	1	3	2	6	9,2
Incorporação da ESB na ESF	1	1	-	-	2	6,9	-	-	-	-	-	-
Integração ESB/ESF	-	1	4	-	5	17,2	-	-	-	-	2	3,1
Motivação/Valorização do profissional	-	-	-	-	-	-,-	-	3	-	-	4	6,2
Planejamento das ESB	-	-	-	1	1	3,4	-	1	1	1	3	4,6
Prevenção/Promoção/Ed. Saúde	-	1	1	-	2	6,9	-	2	-	-	2	3,1
Programar a demanda	-	1	2	2	5	17,2	4	2	3	-	-	13,8
Remuneração digna	-	-	-	-	-	-,-	-	1	-	1	2	3,1
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

O acesso a serviços especializados, a partir da implantação dos CEO Municipal (CEO-M) e do CEO Regional (CEO-R) foi o avanço mais frequente (37,9%), entretanto, a adequação da oferta e demanda dos procedimentos especializados se configurou como o desafio mais citado entre os sujeitos (23,1%). Esta dicotomia é claramente expressa na resposta dos sujeitos:

**“S12.2** – Foi fundamental para equipe referenciar seus pacientes naqueles procedimentos que não são realizados na ESB. Um grande desafio é o acesso devido à falta de transporte. As vagas ofertadas pelo turno da noite e tarde no Ceo Regional não são utilizadas porque só existe transporte pela manhã”.

**“S.19.3** – Avanço: referenciar o paciente. Desafio: escassez de vagas de algumas especialidades”.

**“S.19.3** – Os avanços vêm com a possibilidade de referenciar o paciente quando necessário. O desafio é muitas vezes a escassez de vaga para referencia de algumas especialidades. Ex: prótese.”

Chaves *et al.* (2010) também observaram que a proximidade do serviço especializado, a cobertura da ESF com ESB maior que 50% são fatores que influenciam no cumprimento da integralidade e não recomendam implantação de CEOs em municípios nos quais a APS não esteja totalmente estruturada.

Não mais do que 1/4 da população deveria necessitar de serviços especializados, diferentes dos oferecidos na APS. Se mais de 1/4 das pessoas são encaminhadas para o nível secundário, esse seria um resultado de maiores necessidades de saúde ou de integralidade inadequada da APS que pode indicar treinamento insuficiente dos profissionais, cargas excessivas de pacientes e tempo inadequado de consulta, recursos inadequados ou falhas na função de “filtro” do profissional da APS (STARFIELD, 2002).

Por outro lado, a inadequação entre oferta e demanda, relatada pelos profissionais pode indicar que os critérios de distribuição das cotas de consultas especializadas ou de serviços especializados não levaram em conta as necessidades da população. Para este caso específico, a fim de consolidar o atributo da integralidade e papel de ordenação e coordenação do cuidado dos profissionais da APS, seria necessário um levantamento sobre o total de demandas para serviços especializados na

11ª RS, e o estabelecimento de critérios de oferta de serviços que consideram as necessidades de cada município.

Quanto à incorporação da ESB na ESF, o atendimento à urgências/atenção ao 1º contato e a integração da ESB com os profissionais da equipe foram citados como avanços que contribuem para integralidade. Essas categorias constituíram 31% dos avanços referidos pelos sujeitos.

“**S8.2** – Na equipe implantada houve um grande avanço pois foi garantido o acesso à assistência odontológica através de procedimentos clínicos individuais e coletivos, e a promoção de saúde através de atividades preventivas em escolas e UBS, com atendimento à demanda programada e urgências”.

“**S.19.3** – A ESB trabalha em conjunto com os demais profissionais da UBS, atuando de forma curativa e preventiva na saúde como um todo do paciente”.

“**S20.3** – Não vejo dificuldade porque disponho de toda a equipe a poucos metros e estamos dispostos a sempre fazer mais pelos nossos pacientes”.

A programação da demanda e o planejamento das ESB se constituem como avanços (24,1%) e desafios (18,5%) que abrangem todos os portes populacionais. Entretanto, na opinião dos sujeitos, observou-se que para municípios de até 10.000 habitantes programar a demanda se constitui como um grande desafio. Um dos motivos citados foi a baixa cobertura das ESB e a o atendimento à demanda das pessoas que não são agendadas:

“**S1.1** - O maior desafio é realizar o agendamento de consultas, já que a demanda é altíssima, pois existem 2 ESB em todo o município”.

“**S.19.3** – A demanda é grande, impossibilitando-nos a realização de serviços de prevenção continuamente, como também atender demandas programadas em todas as faixas etárias”.

“**S23.4** – Avanços: organização da demanda. Desafios: diminuir a demanda reprimida de pacientes através da contratação de novas equipes de saúde bucal, honrando a questão da quantidade de famílias para cada dentista”.

“**S23.4** – Como desafio eu acho que um estudo específico de cada área para programação das atividades, o profissional deve ter autonomia nesse processo”.

A programação da demanda está relacionada com o atendimento da demanda espontânea, o aumento da cobertura das ESB e a conclusão dos tratamentos. Estas três categorias somadas compuseram 27,7% dos desafios mencionados pelas ESB de todos os portes populacionais. Mesmo para as ESB que desenvolvem ações programáticas, a questão do atendimento à demanda espontânea ainda é um desafio a ser superado:

“**S23.4** – Tivemos muito avanço nessa área, mas temos que melhorar na organização da demanda espontânea para se ter maior acesso à comunidade”.

“**S1.1** - O maior desafio é realizar o agendamento de consultas, já que a demanda é altíssima, pois existem 2 ESB em todo o município”

“**S11.2** – Continuamos tentando dar prioridade aos mais necessitados, apesar disto a demanda não é suprida”.

“**S1.1** - Como em meu município a demanda é espontânea, o maior desafio é a conclusão dos tratamentos. Outra dificuldade é a pequena quantidade de vagas nos serviços de referência”.

A questão da ampliação da cobertura dos serviços de saúde bucal ainda exhibe uma desproporção entre o número de famílias assistidas e a capacidade da unidade em prestar atenção e assistência a todas elas, gerando ineficiência na organização do processo de trabalho, principalmente nos municípios com menor cobertura. (RODRIGUES et. al., 2010).

Entre os desafios de organizar a demanda, concluir ou não o tratamento é hoje um dos grandes dilemas das ESB, o “tratamento não completado” gera, de um lado, uma maior rotatividade de usuários que utilizam os serviços, mas, por sua vez, cria um círculo vicioso, no qual a baixa resolubilidade acaba por gerar a permanência dos usuários por muito tempo no serviço, sem a garantia de que concluirão o tratamento ou conseguirão resolver os seus problemas (SANTOS e ASSIS, 2006).

As categorias estrutura física e condições de trabalho foram citadas como avanços (3,4%), entretanto, essa questão ainda se constitui como um desafio (9,2%) da Estratégia Saúde da Família:

“**S.19.3** – Em relação à integralidade, fica difícil a realização, pois a demanda é grande e fica difícil atender 100% dos serviços ofertados, problemas tais como falta de material de consumo, escovas dificultam a realização dos procedimentos”.

“**S.18.3** – Na comunidade rural os avanços são mínimos devido à carência de recursos, quanto aos desafios notamos a carência muito grande de ação comunitária de palestras, devido à falta de material didático para as mesmas “vídeos, *datashow* etc”. ”

Outro assunto abordado entre os desafios foi a valorização e remuneração dos profissionais. Para os CD estes desafios comprometem a integralidade da atenção, visto que o profissional mal remunerado e desmotivado tem menor desempenho no seu processo de trabalho:

“**S9.2** – Na minha opinião, acho essencial para funcionar uma equipe de saúde bucal, mas temos que obedecer aos nossos gestores e precisamos ser motivados.”

“**S9.2** – atendemos bem e com qualidade o paciente, apesar da demora na referência e contrarreferência. Precisamos que os municípios, estado e união valorizem mais o profissional, tanto em contratação de mais colegas, renovação de estruturas e de materiais para trabalho, quanto em aumento salarial.”

Embora a categoria de prevenção/ promoção da saúde /Educação em saúde seja um dos pilares da integralidade, houve pouca frequência entre os avanços (6,9%) e desafios (3,1%) citados pelos profissionais:

“**S9.2** – Não realizamos atendimento concluído. Só realizamos o que os usuários procuram, pois a nossa demanda é espontânea. Trabalhamos mais os procedimentos clínicos do que a prevenção e promoção de saúde. Não houve avanço. O desafio seria trabalhar mais a prevenção e promoção de saúde. Teríamos que ter mais apoio da própria população, dos gestores e contratação de THDs”.

De uma maneira geral os principais fatores associados aos avanços e desafios da integralidade, na visão dos CD, compreendem coordenação e ordenação do cuidado, a cobertura das ESB, a estruturação do processo de trabalho das ESB e a oferta e demanda dos serviços especializados.

## 7.6 Orientação Familiar

Starfield (2002) define a centralização na família ou orientação familiar como a avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, que considera o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar. Um segundo aspecto da centralização na família requer um reconhecimento dos problemas de saúde dos membros da família.

Para esta autora, na maioria dos países, nem a centralização na família, nem a orientação para a comunidade são um enfoque dos sistemas de atenção primária. A orientação para a comunidade é um ideal, mais do que uma realidade.

No âmbito da APS no Brasil, a PNAB descreve como atribuições a todos os membros das ESF praticar cuidado familiar dirigido a coletividades e grupos sociais visando propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade (BRASIL, 2011).

A PNSB, entre os princípios norteadores das ações da ESB, especifica a *responsabilidade profissional*, que significa implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se corresponsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais (BRASIL, 2004a).

Nesta perspectiva, as variáveis abordadas neste estudo foram: questionar sobre ideias e opiniões ao planejar o tratamento do paciente ou sua família, questionamento sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer na família do paciente e disposição para atender membros das famílias ou paciente para discutir um problema de saúde ou familiar.

A maioria dos CD (73,7%) está disposta a conversar com seus pacientes e famílias sobre o tratamento e promover a participação dos sujeitos no planejamento do



atendimento. Entre os CD, 91,2% com certeza ou provavelmente perguntam sobre histórico de saúde familiar dos pacientes e 90,1% estão dispostos a atender a família dos pacientes para discutir um problema de saúde. Estes resultados foram semelhantes nos diferentes portes populacionais (Tabela 21).

Elias *et al.* (2006) encontrou resultados semelhantes entre médicos e enfermeiros, embora este atributo tenha obtido menores índices entre os usuários. Trata-se de um resultado esperado se levarmos em conta que são duas dimensões bastante enfatizadas na ESF e que dificilmente seriam mal avaliadas pelos profissionais.

O escore médio da orientação familiar em 81,3% das ESB apresentou-se forte (3-4), ao lado da coordenação do cuidado este atributo obteve as maiores escores, independente do porte populacional. Embora se observe que em todos os tipos de porte populacional este atributo obteve alto escore para APS ( $\geq 6,6$  – em escala de 0-10), o menor escore foi encontrado em municípios com até 10.000 habitantes e o maior em municípios acima de 50.000 habitantes.

Os estudos de Macinko *et al.* (2004); Ibañez *et al.* (2006); Macinko, Almeida e Sá (2007); Chomatas (2009) com médicos e enfermeiros encontraram altos escores para a orientação familiar, embora Ibañez *et al.* (2006); Elias *et al.* (2006); e Leão, Caldeira e Oliveira (2011) tenham encontrado baixo escore geral para esse atributo na visão da população. Vale salientar que mesmo nos estudos populacionais que encontraram baixo escore para orientação familiar, a ESF tem resultados melhores que outros serviços, como as Unidades de Atenção Básica Tradicionais e hospitais.

Tabela 20 - Distribuição das características do atributo “orientação familiar” das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia em Saúde da Família (ESF), nos municípios da 11ª RS, de acordo com o porte populacional, Sobral – CE, 2011

<b>Perguntar ideias e opiniões ao planejar o tratamento do paciente ou sua família</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Até 10.000 hab.	5	41,7	3	25,0	3	25,0	1	8,3	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	10	37,0	9	33,3	5	18,5	3	11,1	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	12	42,9	9	32,1	4	14,3	3	10,7	-	-	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	13	54,2	6	25,0	4	16,7	-	-	-	-	24	100,0
Subtotal	40	44,0	27	29,7	13	14,3	7	7,7	-	-	91	100,0
<b>Perguntar sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer na família do paciente</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Até 10.000 hab.	5	41,7	5	41,7	2	16,7	-	-	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	19	70,4	6	22,2	-	-	2	7,4	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	15	53,6	11	39,3	1	3,6	1	3,6	-	-	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	16	66,7	6	25,0	1	4,2	-	-	1	4,2	24	100,0
Subtotal	55	60,4	28	30,8	2	2,2	7	7,7	1	1,1	91	100,0
<b>Atender membros das famílias ou paciente para discutir um problema de saúde ou familiar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Até 10.000 hab.	6	50,0	5	41,7	1	8,3	-	-	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	12	44,4	12	44,4	3	11,1	-	-	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	15	53,6	12	42,9	1	3,6	-	-	-	-	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	15	62,5	5	20,8	2	8,3	1	4,2	-	-	24	100,0
Subtotal	48	52,7	34	37,4	6	6,6	1	1,1	-	-	91	100,0

Associação significativa ( $p < 0,013$ . Coeficiente V de Cramer = 0,345) foi encontrada entre a variável porte populacional e a realização de visita domiciliar. Este resultado indicou que a variável porte populacional possui influência se o CD, ou alguém da ESB realiza visita domiciliar no município. As ESB inseridas em municípios de maior porte tendem a realizar esta atividade.

A análise das práticas de saúde dos profissionais das ESB direcionadas à orientação familiar se fez presente nas ações clínicas, embora se reconheça que a abordagem familiar requer uso de ferramentas, conhecimento das famílias adscritas e desenvolvimento de vínculo com a comunidade, o que na realidade das ESB ainda é incipiente, pois, conforme relatado nos resultados do atributo “longitudinalidade”, 88% dos CD responderam que “com certeza não” ou “provavelmente não” conhecem as famílias dos seus pacientes. Evidentemente, deve-se considerar a alta rotatividade dos profissionais nas equipes, o que prejudica a construção de vínculo com a população adscrita. Neste sentido, o profissional não reconhece as famílias do seu território, conhece os indivíduos que conseguem ter acesso aos serviços de saúde bucal.

### **7.7 Orientação comunitária e competência cultural**

O atributo orientação comunitária é definido como o reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos, distribuição das características de saúde e doença da comunidade. É o reconhecimento das necessidades dos pacientes e seu contexto social, expressa o quanto os profissionais se envolvem nos problemas da comunidade e o seu conhecimento em relação aos equipamentos sociais (BRASIL, 2010b; STARFIELD, 2002)

O ponto mais importante da orientação comunitária é garantir que os recursos fluam para áreas em que são mais necessários, diminuindo assim as iniquidades dentro das populações. A orientação comunitária na APS utiliza habilidades epidemiológicas e clínicas de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida. Fornece o reconhecimento específico para as interações no diagrama dos determinantes de saúde (STARFIELD, 2002).

Por sua vez, a competência cultural requer o reconhecimento das necessidades das subpopulações que podem não estar em evidência, como características éticas, raciais e outras. Este aspecto consiste na adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma (BRASIL, 2010b; STARFIELD, 2002).

Um dos pressupostos da PNSB é utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento, através de ações que sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde (BRASIL, 2004a).

A PNAB também aborda este tema e define, entre as atribuições comuns a todos os profissionais da ESF: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; e realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local (BRASIL, 2011).

A partir deste ponto de vista, as variáveis abordadas neste estudo foram: realização de visita domiciliar, escuta de ideias e opiniões da comunidade de como melhorar o serviço, realização de levantamento epidemiológico, pesquisa sobre a satisfação das necessidades das pessoas, presença de usuários no Conselho Local.

Os dados revelam que 59,4% das ESB “com certeza sim” ou “provavelmente sim” realizavam visitas domiciliares, entretanto, a distribuição da proporção de ESB que realizam visita domiciliar (VD) não foi uniforme entre os diferentes tipos de porte populacional. Mais de 58% das ESB dos municípios de até 10.000 habitantes “com certeza” ou “provavelmente não” realizam VD. Nos municípios acima de 10.000 habitantes e abaixo de 50.000 a proporção de não realização de VD variou entre 46,4% e 48,1%. A maior proporção de ESB (87,5%) que realiza VD encontrada foi no município acima de 50.000 habitantes (Tabela 21).

Tabela 21 – Distribuição das características do atributo “orientação comunitária e competência cultural” das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia em Saúde da Família (ESF), nos municípios da 11ª RS, de acordo com o porte populacional, Sobral – CE, 2011

Variável	Com certeza, sim		Provavelmente sim		Provavelmente, não		Com certeza, não		Não sei/ Não lembro		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Realizar visita domiciliar</b>												
Até 10.000 hab.	3	25,0	2	16,7	4	33,3	3	25,0	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	8	29,6	6	22,2	6	22,2	7	25,9	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	5	17,9	9	32,1	4	14,3	9	32,1	1	3,6	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	14	58,3	7	29,2	2	8,3	1	4,2	-	-	24	100,0
Subtotal	30	33,0	24	26,4	12	13,2	20	22,0	1	1,1	91	100,0
<b>Escutar ideias e opiniões da comunidade de como melhorar o serviço</b>												
Até 10.000 hab.	2	16,7	7	58,3	2	16,7	1	8,3	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	11	40,7	11	40,7	2	7,4	2	7,4	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	8	28,6	12	42,9	4	14,3	3	10,7	-	-	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	16	66,7	5	20,8	3	12,5	-	-	2	4,2	24	100,0
Subtotal	37	40,7	35	38,5	11	2,2	6	6,6	2	2,2	91	100,0
<b>Realizar levantamento epidemiológico</b>												
Até 10.000 hab.	3	25,0	3	25,0	2	16,7	4	33,3	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	8	29,6	5	18,5	6	22,2	8	29,6	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	4	14,3	10	35,7	4	14,3	9	32,1	1	3,6	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	12	50,0	5	20,8	4	16,7	3	12,5	-	-	24	100,0
Subtotal	27	29,7	23	25,3	14	15,4	24	26,4	1	1,1	91	100,0

Tabela 21 – Características dos atributos orientação comunitária e competência cultural nas ESB, por porte populacional, da 11ª RS. 2011. Continuação

Variável	Com certeza, sim		Provavelmente, sim		Provavelmente, não		Com certeza, não		Não sei/não lembro		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Pesquisar sobre a satisfação das necessidades das pessoas</b>												
Até 10.000 hab.	1	8,3	3	25,0	4	33,3	4	33,3	-	-	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	3	11,1	4	14,8	11	40,7	9	33,3	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	1	3,6	7	25,0	12	42,9	7	25,0	1	3,6	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	4	16,7	4	16,7	10	41,7	6	25,0	-	-	24	100,0
Subtotal	9	9,9	18	19,8	33	36,3	26	28,6	1	1,1	91	100,0
<b>Presença de usuários no conselho local de saúde</b>												
Até 10.000 hab.	6	50,0	2	16,7	3	25,0	-	-	1	8,3	12	100,0
De 10.001 a 20.000 hab.	11	40,7	7	25,9	9	33,3	-	-	-	-	27	100,0
De 20.001 a 50.000 hab.	7	25,0	12	42,9	6	21,4	2	7,1	1	3,6	28	100,0
Acima de 50.000 hab.	12	50,0	1	4,2	7	29,2	4	16,7	-	-	24	100,0
Subtotal	36	39,6	22	24,2	22	24,2	6	6,6	2	2,2	91	100,0

Os resultados deste estudo se aproximam dos de Lourenço *et al.* (2009), que encontraram, em relação às visitas domiciliares executadas pelos CDs, em Minas Gerais, que 47,8% dos CD as faziam sempre que necessário; 16,9%, semanalmente; 7,2% dos cirurgiões-dentistas as realizavam quinzenalmente; 12,9%, a cada dois meses; e 15,1% dos cirurgiões-dentistas nunca as realizavam por falta de tempo. Almeida e Ferreira (2008), em Natal, relataram que a visita domiciliar é realizada por um pouco mais da metade dos dentistas. Colussi (2010), Santa Catarina, referiram que 34% dos municípios responderam que nenhuma das suas Unidades de Saúde realizou visita domiciliar para idosos com impossibilidade de locomoção (acamados), seja para atendimento clínico ou para desenvolver atividades educativo-preventivas em saúde bucal.

Sebold (2006) considera que um avanço necessário é encontrar caminhos que levem a saúde bucal ao domicílio, pois os profissionais expressam dúvidas sobre este tema. A visita domiciliar é um recurso útil para a Odontologia quando utilizado em situações onde a dinâmica familiar interfere significativamente no processo saúde-doença, e a presença do profissional *in loco* traz benefícios para a compreensão da realidade do usuário, fortalecendo o vínculo e facilitando a adesão ao tratamento.

Embora na ESF a VD seja um procedimento rotineiro, realizado principalmente pelas ACS, a recomendação na PNAB é que seja realizado os cuidados em saúde, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Faz-se necessário a incorporação dessa ferramenta ao processo de trabalho às ESB de municípios de menor porte, principalmente às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, visando à identificação dos riscos e propiciando o acompanhamento e tratamento necessário.

Em relação à variável “escutar ideias e opiniões da comunidade de como melhorar o serviço”, 79,2% das ESB responderam que “com certeza” ou “provavelmente sim” levam em consideração a opinião da comunidade na organização dos serviços. Nos municípios de até 10.000 habitantes e nos de 20.001 a 50.000 habitantes, 25% das ESB relataram que “com certeza” ou “provavelmente não” consideravam a opinião da população para melhorar o serviço (Tabela 21).

A questão da participação da comunidade no planejamento, avaliação e execução das políticas públicas têm espaço institucionalizado nos sistemas de saúde através dos Conselhos Municipais de Saúde. Sobre esta questão 63,8% responderam que “com certeza” ou “provavelmente sim” existe presença de usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e 30,8% responderam que “provavelmente” ou “com certeza não” havia participação da população nos Conselhos. Nos municípios acima de 50.000 habitantes a proporção de ESB que relatou “com certeza” ou “provavelmente não” haver participação da comunidade nos conselhos chegou a 45,9% (Tabela 21).

Nickel (2008), em Santa Catarina, ao avaliar a participação popular nas políticas públicas de saúde bucal, relatou que este indicador obteve o maior número de municípios com classificação satisfatória. Entretanto, Crevelin e Peduzzi (2005), ao estudarem esta variável em São Paulo, relataram que os CD destacaram o trabalho em equipe para operacionalizar a saúde da família; no entanto, não incluíram os usuários na dinâmica do grupo de trabalho e no planejamento das ações.

Embora a estimulação da participação e mobilização da comunidade na construção das políticas públicas seja uma das atribuições da ESF e a gestão participativa seja um dos princípios da PNSB, os avanços na participação e no trabalho em equipe estão em fase incipiente e ainda não garantem a construção de um projeto assistencial comum, que leve em consideração a satisfação e as necessidades da comunidade.

Em relação à satisfação dos usuários, 29,7% das ESB afirmaram que “com certeza” ou “provavelmente sim” já realizaram pesquisas sobre satisfação das necessidades dos usuários e 64,9% afirmaram que “com certeza” ou “provavelmente não” realizaram. Apesar dos resultados apresentarem semelhanças entre os diferentes tipos de porte populacional, a proporção de ESB que não realizaram pesquisa de satisfação dos usuários foi maior nos municípios de 10.001 a 20.000 habitantes (75%).

Andrade e Ferreira (2006), ao estudarem a satisfação dos usuários em Minas, afirmaram que há desigualdades no acesso, ausência de integralidade, insuficiência de pessoal, insuficiência de recursos financeiros. Ramos e Lima (2003), em Porto Alegre, concluíram que há necessidade de aumento de profissionais, capacitação para o acolhimento, implantação de modalidade complementar de atendimento odontológico,



melhoria no acesso aos serviços. Nesta perspectiva, Reis *et al.* (2009) relataram que a população começa a valorizar a saúde bucal como algo importante dentro das condições de vida de cada indivíduo, embora persistam as dificuldades de acesso.

Observa-se poucos estudos sobre satisfação do usuário nos serviços de saúde bucal, ao realizar uma pesquisa na Bireme, utilizando o DeCs com os seguintes descritores: “Satisfação do Usuário” e “Serviços de Saúde Bucal”, foram encontrados em 31 estudos, entre os quais apenas 24 tinham como assunto principal serviços de saúde bucal.

Da análise dos dados sobre este tema, emerge a necessidade de pesquisas sobre a satisfação dos usuários em relação aos serviços de Saúde Bucal na APS, que podem ser desenvolvidos a partir da avaliação da satisfação dos usuários com a equipe da ESF.

Outro resultado importante foi sobre o tema “diagnóstico local em saúde”. Sobre esse aspecto, 55% das ESB da 11ª CRES asseguraram “com certeza” ou “provavelmente sim” já realizaram levantamento epidemiológico. Proporção mais alta de ESB que fizeram esta afirmação está em município acima de 50.000 habitantes (70,8% das ESB do município), nos outros tipos de porte populacional proporções próximas a 50% realizaram ou não realizaram o levantamento epidemiológico. Entretanto, surge o questionamento de como as ESB ou os municípios utilizam estes dados no planejamento das políticas públicas de saúde e na organização do processo de trabalho das ESB.

Outros estudos comprovam que o uso da epidemiologia nos serviços de saúde é incipiente. Lourenço *et al.* (2009) constataram que um baixo número de ESB utilizavam triagem de risco (26,9%), em Minas Gerais. Vilarinho, Mendes e Prado Júnior (2007), em Teresina, Piauí, relataram que a maioria dos CD (87,6%) afirmaram não conhecer o índice CPOD da área de atuação. Souza e Roncalli (2007) observaram que apenas um município do estado do Rio Grande do Norte realizou diagnóstico e este foi utilizado pelos dentistas da ESF. A maioria dos municípios ou não realiza esses diagnósticos ou, quando os realiza, eles não são instrumentos de trabalho dos dentistas. Entretanto, Cerávolo (2006), em Campinas, encontrou alto índice de uso de critérios de risco nas ESB (88,4%).

A questão do uso da epidemiologia no planejamento das políticas públicas de saúde bucal ainda é recente, Narvai *et al.* (2006) afirmam, em pesquisa sobre a evolução da cárie no Brasil, a partir de dados secundários produzidos em levantamentos epidemiológicos que não foram encontrados dados nacionais anteriores a 1980.

A PNSB considera em sua construção as diferenças sanitárias, epidemiológicas, regionais e culturais do Brasil, bem como os resultados da pesquisa "Condições de Saúde Bucal na População Brasileira", que a embasa do ponto de vista epidemiológico.

Um dos seus pressupostos é utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento das ESB. Esta ação é necessária para priorização dos grupos e organização do processo de trabalho. Conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das condições socioeconômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde, sentidas ou não, aí incluídas por extensão a infraestrutura de serviços disponíveis é imprescindível para que um serviço seja considerado como orientado para comunidade (BRASIL, 2004a).

Nesta perspectiva, a atenção à saúde bucal na APS deve considerar tanto as diferenças sociais quanto as peculiaridades culturais, e realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal, conforme recomenda a PNAB (BRASIL, 2011).

O escore médio da orientação comunitária e competência cultural em 38,5% das ESB se apresentou forte (3-4); em 9,9% das ESB foi encontrado uma fraca orientação para este atributo (0-2); a grande maioria das equipes (50,5%) obteve escore moderado (2-3) neste atributo. Maior proporção de ESB com escore forte para este atributo foi observada em município acima de 50.000 habitantes. A orientação comunitária e competência cultural apresentaram a média de 2,8 (6,0) e ficou próximo ao ponto de corte para alto escore geral ( $\geq 6,6$ ). Ressalta-se que os municípios abaixo de 10.000 habitantes e acima de 50.000 hab. obtiveram alto escore para este atributo (6,67) (Tabela 22).

Estes resultados estão em concordância com os estudos realizados com médicos e enfermeiros em diferentes contextos por Leão e Caldeira (2011); Chomatas (2009); Macinko, Almeida e Sá (2007) e Cunha (2006). Ressalta-se que o estudo de Kolling

(2008), ao avaliar médicos e enfermeiros em municípios de pequeno porte que participavam do telesaúde, encontrou alto escore geral para orientação comunitária.

Tabela 21 - Grau de orientação das ESB para a Orientação familiar e comunitária e competência cultural, por porte populacional, da 11ª RS. 2011

Porte populacional	Orientação Familiar			Orientação comunitária e competência cultural				
	N	%	% Acum.	N	%	% Acum.		
Até 10.000 hab.	(1-2)	Fraco	-	-	-	2	16,7	16,7
	(2-3)	Moderado	6	50,0	50,0	7	58,3	75,0
	(3-4)	Forte	6	50,0	100,0	3	25,0	100,0
		Total	12	100,0	-	12	100,0	-
De 10.001 a 20.000 hab.	(1-2)	Fraco	2	7,4	7,4	5	18,5	18,5
	(2-3)	Moderado	9	33,3	40,7	17	63,0	81,5
	(3-4)	Forte	16	59,3	100,0	5	18,5	100,0
		Total	27	100,0	-	27	100,0	-
De 20.001 a 50.000 hab.		Não infor.	-	-	-	1	3,6	3,6
	(1-2)	Fraco	1	3,6	3,6	4	14,3	17,9
	(2-3)	Moderado	11	39,3	42,9	17	60,7	78,6
	(3-4)	Forte	16	57,1	100,0	6	21,4	100,0
	Total	28	100,0	-	28	100,0	-	
Acima de 50.000 hab.		Não infor.	1	4,2	4,2	-	-	4,2
	(2-3)	Moderado	5	20,8	25,0	1	4,2	54,2
	(3-4)	Forte	18	75,0	100,0	12	50,0	100,0
		Total	24	100,0	-	11	45,8	-

Em suma, no contexto deste estudo, os atributos que obtiveram médias mais altas foram a orientação familiar (3,3/7,6) e a coordenação do cuidado (3,2/7,5). Todos os portes populacionais apresentaram alto escore geral para estas variáveis. A orientação comunitária e competência cultural apresentaram escore próximo ao ideal (2,8/6,0), embora tenha havido variações entre os diferentes portes populacionais. Os atributos da longitudinalidade e acesso apresentaram os menores escores, (2,6/5,3) e (2,1/3,6), respectivamente. Observou-se que o atributo acesso obteve o menor escore médio em todos os portes populacionais e em relação a todos os atributos da APS. Em relação ao escore geral da APS, os resultados foram semelhantes entre os municípios abaixo de 50.000 habitantes, e todos os tipos de porte populacional apresentaram baixo escore geral para APS. O município acima de 50.000 habitantes foi o único porte populacional que apresentou resultado compatível com alto escore geral para APS (3,0/6,6), embora

tenha apresentado baixo escore geral para acesso e longitudinalidade. A 11ª CRES apresentou baixo escore geral para APS, embora os resultados estejam próximos do ponto de corte (6,6).

Os resultados deste estudo são reforçados por outros estudos que avaliaram os atributos da APS. Resultados semelhantes foram encontrados no município de grande porte para o escore geral da APS (6,6), embora o presente estudo seja voltado para profissionais, enquanto que o trabalho de Leão e Caldeira (2011) e Leão, Caldeira e Oliveira (2011) avaliaram a qualificação profissional e os atributos na perspectiva do usuário. Os resultados do escore geral da APS são concordantes com o estudo realizado com médicos e enfermeiros por Cunha (2006), que encontrou escore geral da APS 6,5, embora Kolling (2008) tenha encontrado na avaliação geral dos atributos nas unidades tradicionais 6,6 e nas unidades do PSF 7,4, no Rio Grande do Sul.

Apesar de a satisfação dos usuários não ter sido foco deste trabalho, Zils *et al.* (2009) concluíram que os serviços devem ser orientados pelos atributos da APS para atingirem altos níveis de satisfação dos usuários.

O panorama da evidência científica disponível até o presente momento apresenta informações importantes, porém não suficientes para se avaliar o processo e os resultados da inserção da ESB na ESF (SOARES *et al.*, 2008). A utilização do PCATool se configura como uma possibilidade de analisar a presença e extensão dos atributos da APS no processo de trabalho das ESB, e como um método para obtenção de informações sobre o grau de orientação e desempenho dos serviços de saúde bucal para a APS.

Tabela 22 - Escore Geral da APS e dos atributos essenciais e derivativos

<b>Porte Populacional</b>	<b>Escore médio Acesso</b>	<b>Escore médio Longitudinalidade</b>	<b>Escore médio Coordenação</b>	<b>Escore médio Orientação Familiar</b>	<b>Escore médio orientação comunitária e competência cultural</b>	<b>ESCORE GERAL DA APS</b>	<b>ESCORE GERAL DA APS EM ESCALA DE 0-10</b>
Até 10.000 hab	2	2,6	3,2	3	3	2,8	5,9
De 10.001 a 20.000 hab.	2	2,5	3,2	3,3	2,7	2,7	5,8
De 20.001 a 50.000 hab.	2	2,5	3,1	3,3	2,6	2,7	5,7
Acima de 50.000 hab.	2,3	2,8	3,3	3,5	3	3,0	6,6
<b>ESCORE GERAL DA APS</b>	<b>2,1</b>	<b>2,6</b>	<b>3,2</b>	<b>3,3</b>	<b>2,8</b>	<b>2,8</b>	<b>6,0</b>

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo possibilitou caracterizar o perfil das ESB e CD inseridos na APS da 11ª RS. Constatou-se que a zona urbana concentra maior número de ESB e que o maior percentual de ESB estão inseridas em municípios de pequeno e médio porte. Quanto ao perfil dos CD, a maioria é do sexo masculino, estão nos primeiros anos de exercício profissional e são cirurgiões-dentistas generalistas, embora tenha-se observado um grande percentual de CD com pós-graduação completa. Entretanto, os especialistas em Saúde da Família estão em menor número do que os especialistas em áreas clínicas. A falta de políticas de valorização da qualificação profissional na APS contribui para escolha de pós-graduação em áreas clínicas, voltadas para atenção secundária e mercado privado.

Os vínculos empregatícios de quase metade dos CD são informais, com a contratação sem assinatura formal na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS). A precarização do trabalho em saúde no âmbito da APS dificulta a fixação dos profissionais nas ESB e promove alta rotatividade dos profissionais, o que diminui o desenvolvimento de vínculo com a população adscrita. A empregabilidade influenciou o tempo de permanência na equipe atual; os CD empregados, através de vínculos formais (CTPS e concurso público), permanecem mais tempo vinculados a mesma ESB. A qualificação profissional está positivamente associada ao tempo de trabalho dos CD na ESF. Assim, os CD especialistas em Saúde da Família permanecem mais tempo na ESF.

O porte populacional dos municípios influenciou na forma de empregabilidade da região e no período de atendimento na ESB. Municípios de grande porte não utilizam concurso público e possuem mais flexibilização no período de atendimento das ESB, enquanto municípios de pequeno e médio porte buscam concursos públicos e formas de contratação formais.

Em relação ao atributo acesso, constatou-se fraca disponibilidade das ESB, fora dos horários comerciais, o que implica em uma limitação de acesso ao grupo de adultos trabalhadores. O acesso foi o atributo com menor escore médio geral das ESB na 11ª RS. Em todos os tipos de porte populacional este atributo atingiu baixo escore, embora no município de grande porte tenha atingido o maior escore médio. Os resultados assinalam que a

acessibilidade dos usuários aos serviços de Saúde Bucal ainda apresenta barreiras a serem superadas e que este tema continua sendo um desafio no processo de trabalho das ESB.

A longitudinalidade do cuidado apresentou baixo escore geral para os todos tipos de porte populacional, embora no município acima de até 50.000 habitantes tenha apresentado o maior escore médio. O escore médio geral deste atributo nas ESB na 11<sup>a</sup> RS foi maior que o encontrado para o acesso. O porte populacional influenciou a presença de cadastro ou prontuários dos pacientes, em municípios de grande porte é mais provável que a ESB utilize o mesmo prontuário da ESF e em municípios com até 50000 habitantes, é mais provável que exista prontuário específico da ESB. O fato das ESB possuírem cadastro dos pacientes está positivamente associada ao escore médio da longitudinalidade. Contudo, conhecer as famílias de sua área de abrangência se constitui como desafio para as ESB.

A coordenação do cuidado apresentou alto escore geral em todos os portes populacionais e o maior escore médio para todas as equipes. O porte populacional influenciou no retorno de informações dos pacientes encaminhados aos especialistas, sendo mais provável que municípios acima de 50.000 habitantes e entre 10.001 e 20.000 habitantes recebam contrarreferência dos serviços especializados.

Em relação à integralidade, a programação da demanda é mais presente nas ESB inseridas em municípios acima de 20.000 habitantes. Os grupos mais priorizados entre as ESB que apresentam algum tipo de programação de demanda foram os de gestantes, crianças, adultos e idosos. Entretanto, não existe um consenso nas ESB sobre os grupos que devem ser priorizados na demanda programada. A garantia de atendimento à demanda espontânea e também a realização de ações programáticas, ainda se constituem como desafios para as ESB.

A mudança das práticas no processo de trabalho das ESB está em processo incipiente, fato confirmado pelo total de equipes que realizam atividades de prevenção e promoção da saúde em outros grupos, além dos escolares. Entretanto, verificou-se uma maior sistematização destas ações em municípios de grande porte.

Os procedimentos clínicos básicos são realizados na maioria das ESB, entretanto, a realização de outras atividades, para ampliação e qualificação das ações de saúde bucal, como visitas domiciliares e instalação de próteses totais estão em fase inicial de implantação.

A inserção da ESB na ESF, o atendimento de urgências, a integração da ESB com ESF e o acesso a serviços especializados foram considerados avanços que contribuem para efetivação da integralidade. Contudo, a adequação da oferta e demanda dos procedimentos especializados, a programação da demanda, o atendimento à demanda espontânea e a ampliação da cobertura das ESB se configuraram como um grande desafio para este atributo.

O atributo orientação familiar obteve os maiores escores, independente do porte populacional. Embora se observe que em todos os tipos de porte populacional este atributo obtenha alto escore para APS, o menor escore foi encontrado em municípios com até 10.000 habitantes e o maior em municípios acima de 50.000 habitantes.

O escore médio da orientação comunitária e competência cultural apresentou baixo escore para APS, entretanto ressalta-se que os municípios abaixo de 10.000 habitantes e acima de 50.000 obtiveram alto escore para este atributo. O porte populacional está positivamente associado à realização de visita domiciliar por as ESB.

Em relação ao escore geral da APS, os resultados foram semelhantes entre os municípios abaixo de 50.000 habitantes, e todos os tipos de porte populacional apresentaram baixo escore geral para APS. O município acima de 50.000 habitantes foi o único porte populacional que apresentou resultado compatível com alto escore geral para APS, embora tenha apresentado baixo escore geral para acesso e longitudinalidade. A 11ª RS apresentou baixo escore geral para APS, embora os resultados estejam próximos do ponto de corte (6,6).

A utilização do PCATool se configurou como uma possibilidade de analisar a presença e extensão dos atributos da APS no processo de trabalho das ESB, e como um método para obtenção de informações sobre o grau de orientação e desempenho dos serviços de saúde bucal na APS.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G.C.M.; FERREIRA, M.Â.F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p.2131-2140, 2008. Disponível em : [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000900019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000900019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Dez. 2011.
- ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da Odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 123-130, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11n1/29456.pdf>>. Acesso em: 14 Dez.2011.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. cap.25, p.783-832.
- ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev. Saúde Pública* , v.44, n.2, p. 360-365. Fev. 2010.
- ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, Mar. 2006. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232006000100031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000100031&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Jan. 2012
- BALDANI, M.H.P. *et al.* A Odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil – perfil do programa de atenção precoce à saúde bucal. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.31, p.210-216, maio/jun. 2003.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução: Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.
- BOTAZZO, C. Saúde Bucal e Cidadania: transitando entre a teoria e a prática. In: PEREIRA, A.C. (org). *Odontologia em Saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed. 2003. Cap. 1. p.17-27.
- BRASIL, M.S. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal, Fundação Serviços de Saúde Pública. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana. 1986. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.137p.
- BRASIL, M. S. Divisão Nacional de Saúde Bucal. *Programa nacional de prevenção da cárie dental-PRECAD*. Brasília, 1989.
- BRASIL, M.S. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico de cárie dentária, 1996—banco de dados. Disponível em:<[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)> Acesso em: 15 de fevereiro de 2011.

BRASIL. M.S. Portaria G.M. n. 692, de 25/03/94; cria o Programa de Interiorização do SUS e o programa de Saúde da Família, com códigos específicos na tabela do SIA/SUS. *DOU*, Brasília; 29 mar. 1996.

BRASIL. M. S. Portaria GM/MS 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União 2000; 29 dez. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. *DOU*. 29 de dezembro de 2000.

BRASIL, M.S. Portaria nº 673/GM de 3 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica –PAB. *DOU* n.º 106 de 4 de junho de 2003, seção 1, p. 44

BRASIL. M.S. Portaria n. 74/GM, de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. *DOU* . n. 15, Seção 1:55. Brasília, 23 de janeiro de 2004.

BRASIL. M.S. (2004a) *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf) www.saude.gov.br/bucal>. Acesso em: Jan. 2011.

BRASIL, M. S.(2004b). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.*Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.68 p

BRASIL. M.S. Fundação Oswaldo Cruz.*Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados* / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2. ed. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 210 p.

BRASIL. M. S.(2006a). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.*Política Nacional de Atenção Básica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a.60p.

BRASIL. M.S. (2006b) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica; 17*– Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92p.

BRASIL, M.S. DATASUS. Cadernos de Informação em Saúde. Unidade de Federação: Ceará. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ce.htm>>. Acesso em: 13 nov. de 2010.

BRASIL, MS. Datasus. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde do Brasil. 2010. Disponível em: <. [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em 14 de Nov. 2010

BRASIL, MS. Datasus. Estimativas de 1992 a 2009 utilizadas pelo TCU para determinação das cotas do FPM (sem sexo e faixa etária). 2010. Disponível em: < [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) > Acesso em 14 de Nov. 2010.

BRASIL. M S (2010a). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 144 p.

BRASIL. M.S (2010b). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATtool. Brasil Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 80 p.

BRASIL. M.S. (2010c). Portaria Nº 4.279, Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: *DOU*, 30 De Dezembro de 2010c.

BRASIL, M.S. Portaria GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *DOU* n.º 204 de 24 de outubro de 2011, seção 1, p. 48-55.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. *The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health*. *Am J Public Health*, Washington, v.96, n.1, p. 62-72, jan. 2006.

CEARÁ. Plano Diretor de Reigionalização. Fortaleza: Estado do Ceará, 2006. 83p.

CERÁVOLO, M.C.S. *Perfil do cirurgião dentista no programa Paidéia Saúde da Família, na cidade de Campinas/SP*. 2006. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba, SP, 2006.

CHAVES, S.C.L. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v.44, n.6, p. 1005-1013, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000600004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000600004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 Fev. 2012. ISSN 0034-8910.

CHOMATAS, E.R.V. Avaliação da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária na rede básica do município de Curitiba, no ano de 2008. 2009. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

CNSB. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Outras ações do Brasil Sorridente. Brasília: Ministério da Saúde-Departamento de Atenção Básica, 2011. Disponível em: < [http://dab.saude.gov.br/cnsb/outras\\_acoes.php](http://dab.saude.gov.br/cnsb/outras_acoes.php) >. Acesso em: mar 2011.

COCHRAN, W. G. *The combination of estimates from different experiments*. *Biometrics*, v. 10, p. 101-129, 1954.

COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde: *In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.) Saúde e Democracia: história e democracia do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.cap.12, p. 385-406.

COLUSSI, F.C. *Avaliação da qualidade da atenção em Saúde Bucal em Santa Catarina*. 2010. Tese (Doutorado em Odontologia e Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. 3.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social, Brasília, DF, de 29 de julho a 1.<sup>o</sup> de agosto de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.148 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8<sup>a</sup>, Brasília, 1986. *Relatório Final*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24 suppl.1, p. s7-s16, 2008.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. *In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Ed.). Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Editoras Hucitec-Fiocruz, 2006.cap.17, p. 563-613.

CONOVER, W.J. (1971). *Practical Nonparametric Statistics*. 2th. New York: John Wiley & Sons, 1971.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). *Dados estatísticos*. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/>. Acesso em: 14 Jan. 2012.

CORBO, A. D'A.; MOROSONI, M. V.; PONTES, A. L. M. As:de da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. *In: MOROSINI, M. V. G.C.; CORBO, A. D'A.(Orgs.) Modelos de Atenção e Saúde da Família*. Rio de Janeiro:EPSJV/Fiocruz, 2007.Cap. 3, p.69-106.

COSTA, J. F. R. ; CHAGAS, L.D.; SILVESTRE, R. M. (orgs.). *A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.67p.

CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução: Luciana Oliveira da Rocha. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.248p.

CREVELIN M.A.; PEDUZZI M. A. Participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, p. 323-31, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n2/a10v10n2.pdf> >. Acesso em: 14 Dez. 2011.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective Primary Health Care. *Am J Public Health*, Washington, v.94, n.11, p. 1864-1874, nov.2004.

CUNHA, C. R. H. *Percepção da qualidade da atenção à Saúde Materno Infantil pelos médicos e enfermeiros: comparação entre o Programa Saúde da Família e o modelo tradicional*. 2006. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

CUNHA, E. M. Â; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.16, suppl.1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Feb 2012.

DAMASO, R. Saber e Práxis na Reforma Sanitária, avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEXEIRA, S.F. Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria. São Paulo: Editora Cortez/Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. p. 61-90

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. *Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde*. Alma-Ata: URSS, 6-12 de setembro 1978. Disponível em:  
<<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 22 jan 2011.

DIAS, M.S.A. *et al.* Perfil de atuação profissional dos egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) de Sobral, Ceará. *Sanare* (Revista de Políticas Públicas de Sobral/CE), Sobral, v.7, n.2, p.1-105, jul./dez. 2008. Disponível em:  
<[http://www.esf.org.br/downloads/sanare/Sanare\\_v7\\_n2.pdf](http://www.esf.org.br/downloads/sanare/Sanare_v7_n2.pdf)>. Acesso em: 12 Feb. 2012.

DONABEDIAN, A. Milbank Mem Fund Q. 1966 Jul;44(3):Suppl:166-206. Review. *CMAJ*, v.150, n.6, p. 839–847 mar.1994. PMID: PMC1486734.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. *Science*, v.200, mar/1978.p. 856–863

DONNANGELO, M.C.F. Estado e Assistência Médica. In: DONNANGELO, M.C.F. Medicina e sociedade. São Paulo: Pioneira, 1975. cap.1, p. 1-46.

ELIAS, P. E *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 633-641, 2006. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Feb 2012.

ELY; CARVALHO; SANTOS, H. C.; CARVALHO, D. Q.; SANTOS, M. *Políticas de Saúde Bucal*. Texto preliminar, de circulação interna, escrito para subsidiar a elaboração dos Cadernos de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, volume nº 17, Saúde Bucal. Brasília/Porto Alegre: Abril de 2006. Atualizado em 2009. Mimeo.

ENCONTRO NACIONAL DE ADMINISTRADORES E TÉCNICOS DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO (ENATESPO). 20ed, 2010, Vitória, Espírito Santo. Carta do ENATESPO – 2010. Vitória: 2010. 4p.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária no SUS. In: LIMA, N.T. *et al.* (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Cap.2, p.59-82.

FACCHINI, L.A. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Set. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232006000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 Jan. 2012.

FALLEIROS, I *et al.* A Constituinte e o Sistema Único de Saúde. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Orgs.). *Na corda bamba de sombrinha : a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro : Fiocruz/COC;Fiocruz/EPSJV, 2010.p.239 – 278.

FERNANDES, J.L.M. *Análise do perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família das cidades pertencentes à DRS VII – Campinas – São Paulo*. 2008. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

FERREIRA, J.R. BUSS, P.M. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: BRASIL, M. S. Projeto promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.7-15.

FERREIRA, R. C.F. *Uma aproximação da relação entre saúde bucal e determinantes sociais: um estudo da relação entre indicadores de saúde-doença*.1999 . 158p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia. Belo Horizonte, 1999.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ªed. São Paulo: Atlas, 2002. 176p.

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

GIOVANELLA, L *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, Jun. 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde In: GIOVANELLA, L. *et AL.* (Orgs). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. Cap. 16, p.575-625.

HEIMAN, L.S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do programa saúde da família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N.T. *et al.* (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.cap.15. p. 481-502.

IBAÑEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 683-703 , 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232006000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 Jan. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Municípios Brasileiros. Gestão Pública, 2005.

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 2010.

IPECE. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Indicadores sociais do Ceará, 2009. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, 2009. 79p.

KOLLING, J. H. G. *Orientação à atenção primária à saúde das equipes de Saúde da Família nos municípios do projeto Telessaúde RS : estudo de linha de Base*. 2008. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians*. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. 77p.

LEAO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol.16, n.11, p. 4415-4423 , 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232011001200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001200014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 Jan. 2012.

LEAO, C.D.A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* Recife, v.11, n.3, p. 323-334, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292011000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300013&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1519-3829>. Acesso em: 02 Fev. 2012.

LEAO, C.D.A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* Recife, v.11, n.3, p. 323-334, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292011000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300013&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1519-3829>. Acesso em: 02 Fev. 2012.

LIMA, N. T. *et al.* (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e democracia do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. cap.12, p. 385-406.

LIMA, N.T. FONSECA, C.M.O. HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional do Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA. N.T.*et al.* (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Cap.1, p.27-58.

LOURENÇO, E. do C. *A inserção de equipes de saúde bucal no programa de saúde da família no Estado de Minas Gerais*. 2005. 99p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Piracicaba, 2005.

LOURENCO, E.C.*et al.* . A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Out. 2010.

MACINKO *et al.* Organization and delivery of primary health care services in Petroópolis, Brazil. *Int J Health Plann Mgmt*.v.19, p. 303–317, 2004. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque82.pdf>>. Acesso em: 02 Nov. 2011

MACINKO, J. M.; ALMEIDA, C.; SÁ, P.K. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in BrazilHealth. *Policy Plan*, Oxford University Press, v.22, n.3, p.167-177, 2007. Disponível em : <<http://heapol.oxfordjournals.org/content/22/3/167.short#cited-by>> . Acesso em: 02 Fev. 2012.

MARTELLI, P. J. L. *et al.* Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol.15, suppl.2, Out. 2010 . p. 3243-3248. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000800029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000800029&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 Jan. 2012.

MARTELLI, P.J.L. *Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-pe no período 2000 a 2007*. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães). Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2010.

MARTINS JUNIOR, T. *et al.* A Residência Multiprofissional em Saude da Família de Sobral-CE. *Sanare* ( Revista de Políticas Públicas de Sobral/CE), Sobral, v.7, n.2, p.1-105, jul./dez. 2008. Disponível em: <[http://www.esf.org.br/downloads/sanare/Sanare\\_v7\\_n2.pdf](http://www.esf.org.br/downloads/sanare/Sanare_v7_n2.pdf)>. Acesso em: 12 Fev. 2012.

MATTA, G. C.; FAUSTO, M. C. R. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G.C.; CORBO, A. D’A.(Orgs). *Modelos de Atenção e Saúde da Família*. Rio de Janeiro:EPSJV/Fiocruz, 2007.Cap. 2, p. 43-68.

MENDES, E.V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.89p.

MENDES, E.V. *Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde*. Belo Horizonte: [s.n]; 2009. Disponível em: <<http://new.paho.org/bra/apsredes/>>. Acesso em: 12/12/2010.

MENDES, E.V. Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Disponível em: <[http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Redesatencao/Acervo/RAS\\_revBblg.pdf](http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Redesatencao/Acervo/RAS_revBblg.pdf)>. Acesso em: 26 Dez. 2011.

MIALHE, F. L.; OLIVEIRA, C. S. R.; SILVA, D. D. Acesso e avaliação dos serviços de saúde bucal em uma localidade rural da região sul do Brasil. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, Umuarama, v. 10, n. 3, p. 145-149, set./dez. 2006.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 239-262, jul/set, 1993.



MINAYO, M.C.S. Contradições e consensos na combinação de métodos quantitativos e qualitativos. In MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ªed. Revista e Aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINISTRY OF HEALTH. Consultative Council on Medical and Allied Services. *Interim report on the future provision of medical and allied services*. London, 1920. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>> Acesso em: 25 nov.2010.

MORITA, M.C.;HADDAD.A.E.;ARAÚJO.M.E. *Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro*. - Maringá: Dental Press, 2010. 96p.

NARVAI, P. C. *et al*. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v.19, n.6, p.385–93, jun.2006.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.40, n.3, p. 141-147, jun. 2006.

NASCIMENTO, A. C. *et al* . Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009.

NAVARRO, C.M. A assistência odontológica na Europa. In: PINTO. V.G. *Saúde Bucal Coletiva*. 5ª ed. São paulo: Santos. 2008. Cap.3, p. 83-108

NEWELL, K.W. Selective Primary Health Care: The Counter Revolution. *Social Science and Medicine*, v.26, n.9, p. 903–906, 1988.

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

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

NUNES, E.D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G.W.S. *et al* (organizadores). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.cap.1, p. 19-40.

OLIVEIRA, A.G.R.C. *et al*. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*, 1999; v.2, p.9-13, jan/mar 1999.

OLIVEIRA, M.M.C. *Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária Saúde em Porto Alegre: uma análise*. 2007. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

PADILHA, W.W.N. *et al*. Planejamento e programação odontológicos no programa saúde da família do estado da Paraíba: estudo qualitativo. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, João Pessoa, v.5, n.1, p. 65-74, jan/abr 2005.

PAHO, Pan American Health Organization. *Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization*. World Health Organization (PAHO/WHO). Washington, 2007.

PEREIRA, M.G. Seleção dos participantes para estudo. In PEREIRA, M.G. *Epidemiologia teoria e prática*. Brasília: Guanabara Koogan S.A., 2002. Cap.16, p. 337-357.

PIMENTEL, F.C. *et al*. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2189-2196 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000400033&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400033&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Fev. 2012.

PONTE, C.F. *et al*. A reorganização da atenção básica no Brasil. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Orgs.). *Na corda bamba de sombrinha : a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro : Fiocruz/COC;Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 239 – 278.

PONTE, C.F. O sanitarismo redescobre o Brasil. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Orgs.). *Na corda bamba de sombrinha : a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro : Fiocruz/COC;Fiocruz/EPSJV, 2010 .p. 75 a 112.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 27-34, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em: 26 Dez. 2011.

REIS, C. *et al*. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: “a voz do usuário”. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1287-1295, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n4/a30v14n4.pdf>> . Acesso em: 26 Dez. 2011.

ROCHA, R.A.C.P.; GOES, P.S.A. 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, p. 2871-2880, 2008. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2008001200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001200016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 Jan. 2012.

RODRIGUES, A.A.A.O *et. al*. Práticas da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família e a construção (des)construção da integralidade em Feira de Santana – BA. *Rev. APS, Juiz de Fora*, v. 13, n. 4, p. 476-485, out./dez. 2010.

RODRIGUES, A.A.A.O. ASSIS, M.M.A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v.29, n.2, p.273- 285, jul/dez 2005.

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

SANTOS, A. M.. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da Família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. *Revista APS*, Juiz de fora, v.9, n.2, p. 190-200, jul./dez. 2006.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 53-61, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n1/29448.pdf>>. Acesso em: 13 Fev. 2012.

SOARES, F.F. *et al.* Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. *Ciênc. saúde coletiva*. v.16, n.7, p. 3169-3180, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/17.pdf>>. Acesso em: 13 Jan. 2012.

SOUSA, M.; HAMANN, E. M.; Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 1325-1335. 2009.

SOUSA, M.F. A cor-agem do PSF. São Paulo: Hucitec, 2001. 126p.

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

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.726p.

TORRES, T.Z.G, MAGNANINI, M.M.F, LUIZ, R.R. Amostragem. *In: MEDRONHO, R.A et al.* Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. Cap 22. p. 413-414.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, Jun. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Mar. 2011

VIANA, A . L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, vol.15, n. 2, suppl., pp. 225-264. Dez. 2005.

VILARINHO, S. M.M.; MENDES, R.F.; PRADO JÚNIOR, R.R. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do programa saúde da família em Teresina (PI). *Rev. odonto ciênc.* Porto Alegre, v.22, n.55, p.48-54, 2007.

WERNECK. M. A.F. FERREIRA.R.C. Tecnologia e Saúde Bucal: desafios para incorporação tecnológica.. *In: PINTO. V.G. Saúde Bucal Coletiva*. 5ª ed. São paulo: Santos. 2008. Cap 88, p. 343-374.

WHO. World Health Organization. *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: World Health Organization, 2008. 156p.

WORLD BANCK. *World Development Report. Investing in Health*. Washington: Oxford University Press, 1993. 344p.

ZANETTI, C. H. G.; LIMA, M. A.U. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo. *Divulgação em Saúde para Debate*, CEBES, Londrina, n. 13, p. 18-35, jul. 1996.

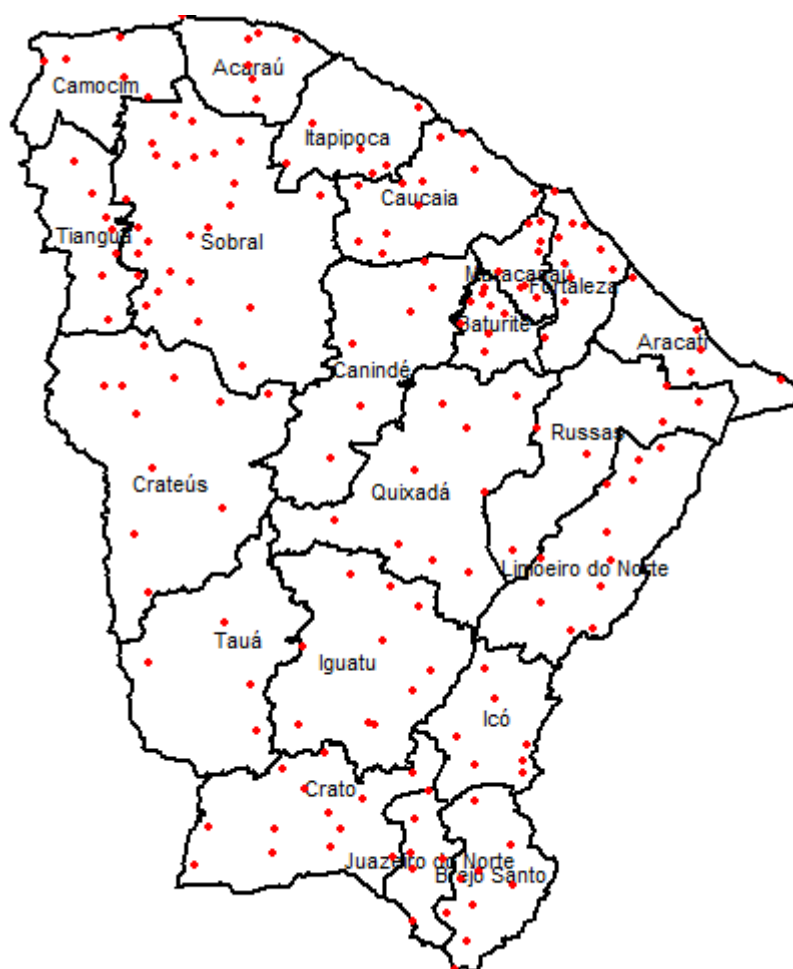
ZANETTI, C. H. G. *OPINIÃO: a inclusão da Saúde Bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS*. Trabalho Acadêmico (Pólo UnB / Planaltina SUS-DF de Ensino e Pesquisa em Saúde Bucal ) - Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília, UnB. Brasília, 2001.

ZANETTI, C. H. G. *A utilidade como função para universalidade e equidade: uma análise formal da validade instrumental do ordenamento administrativo federal da assistência à saúde bucal no saúde da família*. Rio de Janeiro, 2005. 189p. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2005.

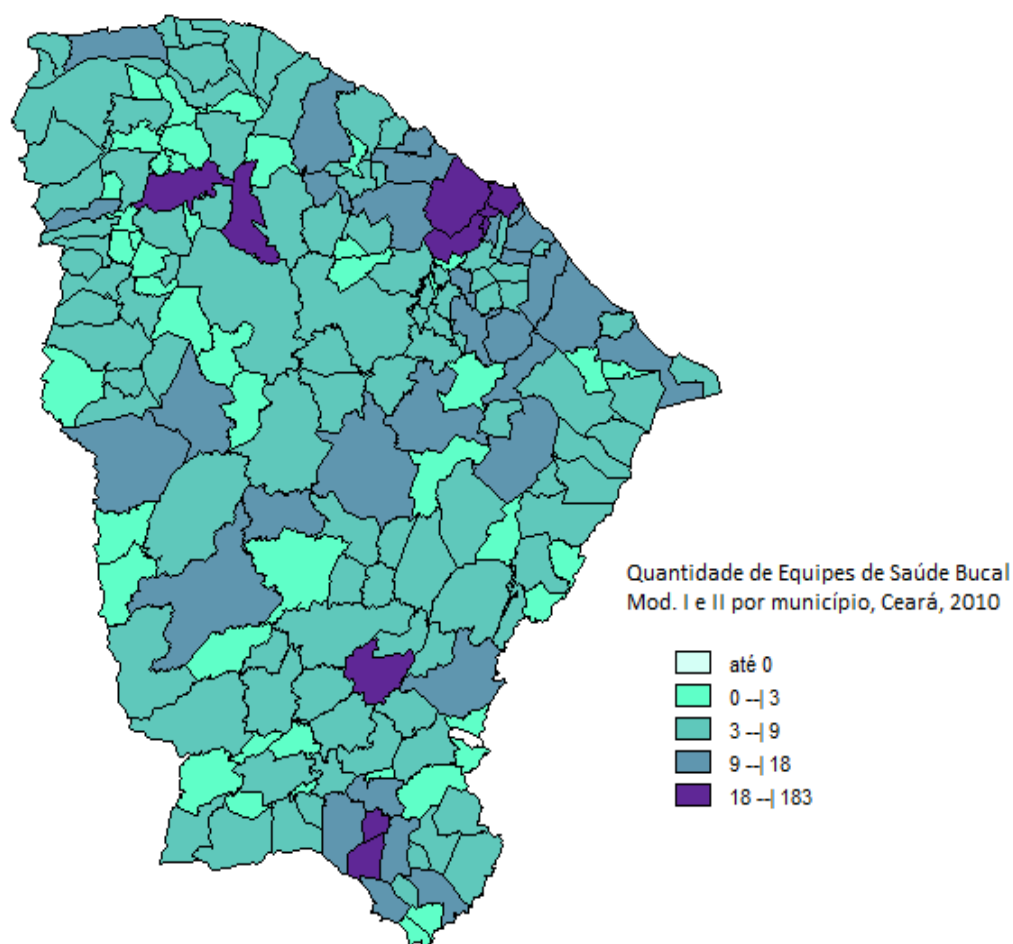
ZILS, A.A. *et al.* Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. *Rev Bras Med Fam e Com.* Rio de Janeiro, v.4, n.16, p. 270-276. Jan/Mar, 2009.

## APÊNDICES

APÊNDICE A - Divisão das microrregionais de saúde no estado do Ceará e total de municípios por Região. Fonte: Elaborado pelo autor no Programa Tabwin a partir de dados do DATASUS, 2011



APÊNDICE B – Distribuição das ESB nos municípios cearenses segundo quantidade de equipes, 2010. Elaborado pelo autor no Programa Tabwin a partir de dados do CNES, 2011



Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

## APÊNDICE C – Instrumento de Pesquisa



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**  
**Programa de Pós-Graduação – Mestrado Acadêmico em Saúde da Família**



ESTA PESQUISA NAO É UM TESTE. NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS PARA AS PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO. DESEJAMOS APENAS QUE VOCE, BASEADO EM SUAS EXPERIÊNCIAS, DÊ SUA OPINIÃO SINCERA SOBRE OS TEMAS QUE ESTAMOS PESQUISANDO. NÃO ASSINE SEU NOME.

DATA DE APLICAÇÃO: ____/____/____	Nº DO FORMULÁRIO:			
-----------------------------------	-------------------	--	--	--

A. PERFIL DO CD E DA ESB	
A. 1.	Município
A. 2.	Zona 1. Urbana 2. Rural
A. 3.	Sexo 1. Masculino 2. Feminino
A. 4.	Idade _____ anos completos
A. 5.	Status marital 1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Desquitado(a) 4. Divorciado(a) 5. Viúvo (a) 6. Outros 9. Não Informado
A. 6.	Você tem filhos? 1. Sim 2. Não
A. 7.	Grau de Instrução 1 Superior completo 2. Pós graduação incompleta 3. Pós-graduação completa 9. Não Informado
A. 8.	Tipo de pós-graduação completa Especifique a área 1. Especialização/residência _____ 2. Mestrado _____ 3. Doutorado _____ 4. Especialização/residência + Mestrado _____ 5. Mestrado + Doutorado _____
A. 9.	Empregabilidade 1. Empregado formalmente (seleção, carteira assinada, nomeção) 2. Empregado informalmente (contrato sem carteira assinada) 3. Concurso público 9. Outro/Não especificado
A. 10.	Exerce função de chefia 1. Sim 2. Não
A. 11.	Há quanto tempo você trabalha na Estratégia em Saúde da Família _____ anos e _____ meses
A. 12.	Há quanto tempo você trabalha <b>nesta</b> equipe _____ anos e _____ meses
A. 13.	Qual sua carga horária de trabalho <b>diária</b> ? _____ horas
A. 14.	Qual sua carga horária de trabalho <b>semanal</b> ? _____ horas
B. ACESSO/PRIMEIRO CUIDADO	
<i>Por favor, indique a melhor opção (B1 a B4)</i>	
B. 1.	A ESB faz atendimentos aos sábados e domingos?
B. 2.	A ESB atende, pelo ou menos em alguns dias da semana até às 20hs?
B. 3.	É fácil para o paciente agendar uma consulta ou revisão ou tratamento odontológico?
B. 4.	Na média, os pacientes tem que esperar mais de 30 minutos para atendimento na Unidade de Saúde pela ESB?
B. 5.	Na sua opinião, quais os <u>avanços e desafios</u> da ESB em relação ao <u>acesso/primeiro contato</u> ?
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
<i>Obs: Se necessário utilize o verso da página</i>	





## APÊNDICE C – Instrumento de Pesquisa. Continuação



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Programa de Pós-Graduação – Mestrado Acadêmico em Saúde da Família



E. INTEGRALIDADE	
E.1.	Você atende paciente através de demanda programada? Se sim, especifique faixas etárias e/ou ciclos de vida e/ou grupos.
E.2.	Você atende paciente somente através de demanda espontânea ou urgências? Se sim, especifique faixas etárias e/ou ciclos de vida e/ou grupos.
E.3.	Quais os serviços ofertados pela ESB: a) <i>Atividades Preventivas e de Promoção da Saúde</i> b) <i>Procedimentos clínicos individuais</i> c) <i>Outras atividades ou procedimentos de reabilitação</i>
	a)
	b)
E.4.	Em sua opinião, quais os <u>avanços e desafios</u> da ESB, em relação a <b>Integralidade</b> ?
	<i>Obs: Se necessário utilize o verso da página</i>
	_____
	_____

F. ORIENTAÇÃO FAMILIAR						
<i>Por favor, indique a melhor opção. (F1 a F3)</i>						
		Com certeza, sim (4)	Provavelmente, sim (3)	Provavelmente, não (2)	Com certeza não (1)	Não sei/não lembro (9)
F.1	Você pergunta ao paciente idéias e opiniões ao planejar o tratamento dele ou de membro de família?					
F.2	Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer na família do paciente?					
F.3	Você está disposto e é capaz de atender membros das famílias ou paciente para discutir um problema de saúde ou familiar?					
G. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA E COMPETÊNCIA CULTURAL						
<i>Por favor, indique a melhor opção (G1 a G5)</i>						
		Com certeza, sim (4)	Provavelmente, sim (3)	Provavelmente, não (2)	Com certeza não (1)	Não sei/não lembro (9)
G.1	Você, ou alguém da ESB realiza visita domiciliar?					
G.2	A ESB escuta opiniões e idéias da comunidade de como melhorar o serviço?					
G.3	A ESB já realizou levantamento epidemiológico para identificar as necessidades e condições de saúde bucal da comunidade?					
G.4	A ESB faz pesquisas para ver se está satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas.					
G.5	Existe presença de usuários no Conselho Local de Saúde?					
G.6	A ESB reconhece as necessidades das subpopulações (raça, etnias, minorias, características culturais) do território? É prestado algum tipo de serviço para atender as necessidades culturais?					
	<i>Obs: Se necessário utilize o verso da página.</i>					
	_____					
	_____					

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE D – Carta de Informação sobre a pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Programa de Pós-Graduação – Mestrado Acadêmico em Saúde da Família



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Sou **Pollyanna Martins**, Cirurgiã-Dentista, Mestranda em Saúde da Família na Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa é intitulada “**Análise do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na microrregião de Sobral e sua relação com atributos essenciais e qualificadores da atenção primária à saúde**” e tem como objetivo “analisar o processo de trabalho das ESB, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), na microrregião de Sobral, no Estado do Ceará, em 2011”. A pesquisa será realizada com os cirurgiões-dentistas atuantes nas ESB da ESF dos municípios componentes da 11ª Microrregião de Saúde do Estado do Ceará, em 2011.

A pesquisa limita-se a coleta e avaliação de dados, não causando nenhum prejuízo e risco ao entrevistado. A sua identidade será mantida em absoluto sigilo, sendo os dados utilizados apenas para fins científicos. A sua participação nesta 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. A fim de não restar dúvidas quantos aos procedimentos adotados nesta pesquisa, sinta-se à vontade para fazer qualquer pergunta que desejar. Em nenhum momento haverá ônus financeiro para você, assim como sua saúde não estará exposta a riscos ou desconforto ao participar da pesquisa. Também não haverá compensação financeira condicionada à sua participação.

**Se necessário favor entrar em contato:**

Nome: Pollyanna Martins  
Endereço: Rua José Nicodemos de Araújo, 71. Campo dos Velhos, Sobral, Ceará. CEP: 62030-180  
Telefones p/contato: (88) 36431088 / (88) 96187191. Email: pollysobral@yahoo.com.br

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  
Telefone: 3366.8338

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO ou  
DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:**

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.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura (ou digital)  
do(a) voluntário(a)

**Pollyanna Martins**  
**Pesquisador Responsável**

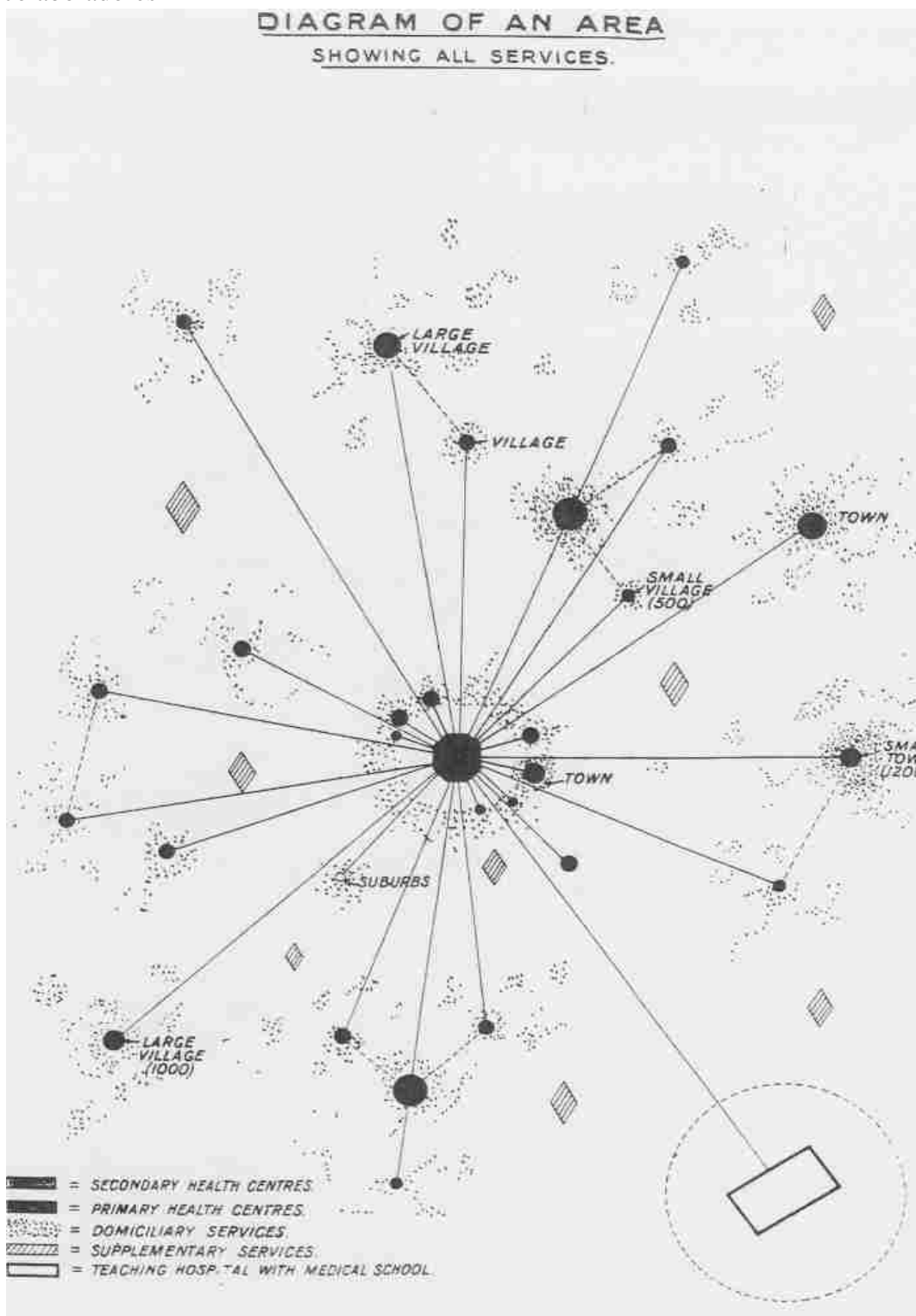
\_\_\_\_\_  
Nome do profissional que aplicou o TCLE

DADOS DO VOLUNTÁRIO:

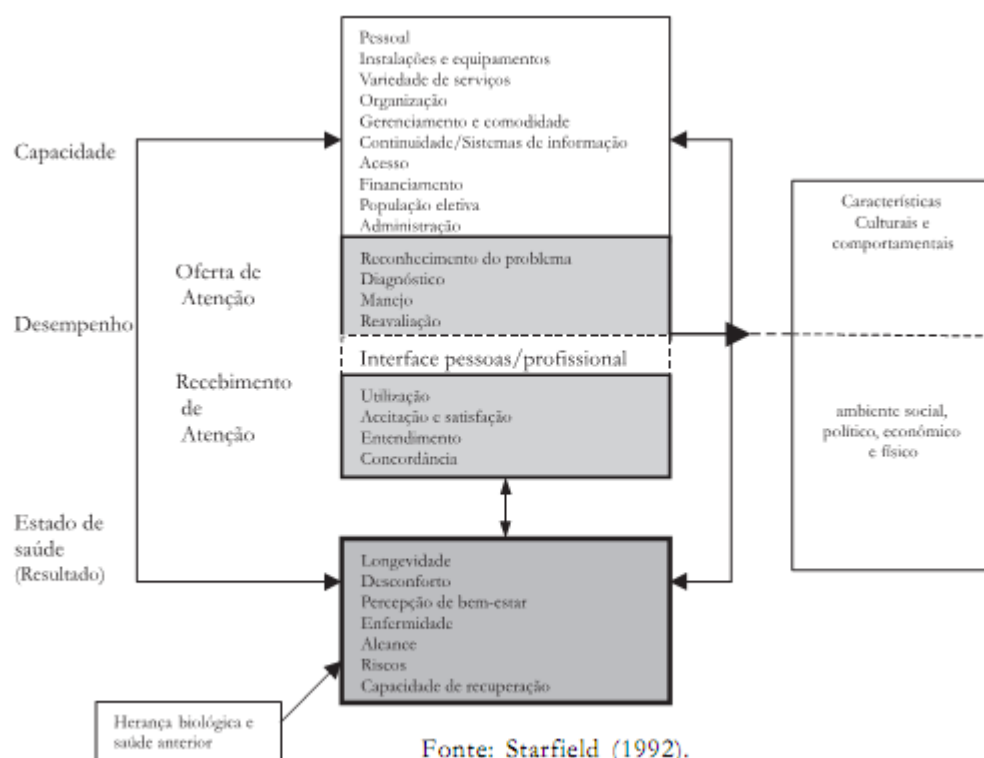
Endereço:  
Telefone:

## ANEXOS

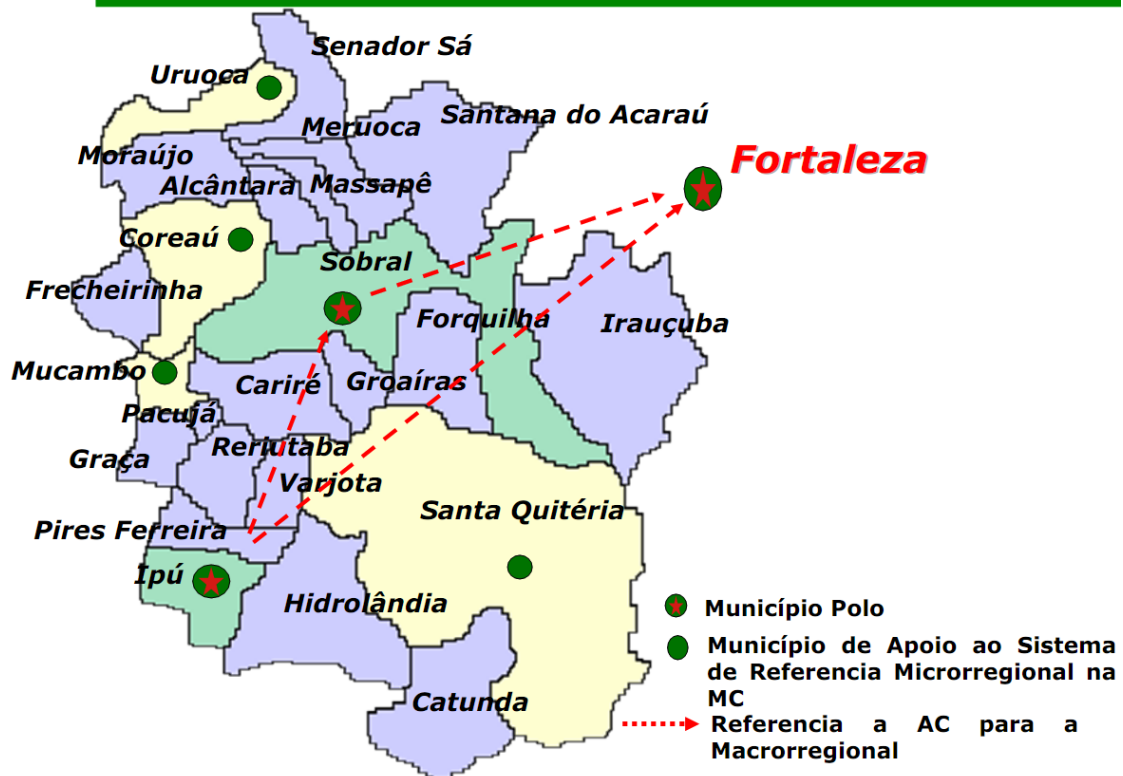
ANEXO A – Diagrama de uma área do sistema de saúde idealizado por Dawson e colaboradores



## ANEXO B – Componentes do sistema de saúde: estrutura, processo e resultado



## ANEXO C - Mapa da 11ª Região de Saúde Sobral

**11ª Microrregional de Saúde de Sobral - PDR 2006**

ANEXO D – Protocolo 125/11 do CEP/UFC, autorizando realização de coleta de dados na região de Sobral



Universidade Federal do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 137/11

Fortaleza, 29 de Junho de 2011

**Protocolo COMEPE nº 125/11**


**Pesquisador responsável:** Pollyanna Martins.

**Título do Projeto:** “Análise do Processo de trabalho das equipes de saúde bucal na microrregião de Sobral e sua relação com atributos essenciais e qualificadores da atenção primária à saúde .”

Levamos ao conhecimento de V.S<sup>a</sup>. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 16 de junho de 2011.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

  
Dr. Fernando A. Frota Bezerra  
Coordenador do Comitê  
de Ética em Pesquisa  
COMEPE/UFC

