



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**



**MARIA CRISTINA SILVEIRA CERÁVOLO
CIRURGIÃ DENTISTA**

**PERFIL DO CIRURGIÃO DENTISTA NO PROGRAMA PAIDÉIA
SAÚDE DA FAMÍLIA, NA CIDADE DE CAMPINAS/SP**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva.

**PIRACICABA
2006**

MARIA CRISTINA SILVEIRA CERÁVOLO
CIRURGIÃ DENTISTA

**PERFIL DO CIRURGIÃO DENTISTA NO PROGRAMA PAIDÉIA
SAÚDE DA FAMÍLIA, NA CIDADE DE CAMPINAS/SP**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Profa. Dra. Dagmar De Paula Queluz

Banca Examinadora

Profa Dra Dagmar de Paula Queluz

Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira

Profa. Dra. Vanessa Pardi

PIRACICABA
2006

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE
PIRACICABA**

Bibliotecário: Marilene Girello – CRB-8ª / 6159

C334p Cerávolo, Maria Cristina Silveira.
Perfil do cirurgião dentista no programa Paidéia Saúde da Família, na cidade de Campinas/SP. / Maria Cristina Silveira Cerávolo. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2006.

Orientador: Dagmar de Paula Queluz
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde coletiva. 2. Promoção da saúde. 3. Programas de saúde. I. Queluz, Dagmar de Paula. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

Título em Inglês: The profile of dentists of the Paidéia Health Services program in the municipality of Campinas, State of São Paulo, Brazil

Palavras-chave em Inglês (Keywords): 1. Public health. 2. Health promotion. 3. Health services

Área de Concentração:

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca Examinadora: Dagmar de Paula Queluz, Antonio Carlos Pereira, Vanessa Pardi

Data da Defesa: 20-07-2006

Programa de Pós-Graduação: Mestrado Profissionalizante em Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO
PROFISSIONALIZANTE, em sessão pública realizada em 20 de Julho de 2006, considerou a
candidata MARIA CRISTINA SILVEIRA CERAVOLO aprovada.



PROF^a. DR^a. DAGMAR DE PAULA QUELUZ



PROF^a. DR^a. VANESSA PARDI



PROF. DR. ANTONIO CARLOS PEREIRA

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais, Romeu e Elza, que sempre me estimularam pela busca do conhecimento, e a meus familiares a compreensão dos momentos ausentes e pela colaboração e incentivo ao meu trabalho.

Aos usuários do Centro de Saúde Dr. Antonio Costa Santos, que me incentivam diariamente em buscar a forma de poder concretizar minha vocação, ao me solidarizar-se com suas angústias, dificuldades e apelo por uma sociedade mais justa e equânime.

AGRADECIMENTOS

Agradeço todos funcionários da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, inseridos em toda estrutura da instituição, desde o nosso Exmo. Sr. Reitor Prof. Dr. José Tadeu Jorge, Exmo Sr. Diretor Prof. Dr Thales Rocha de Mattos Filho, e a todos que trabalham nos bastidores, atuando nas mais humildes funções, mas que sem dúvida, são pessoas fundamentais a organização dessa renomada instituição.

A todos os nossos queridos mestres da Saúde Coletiva, que se dispuseram a dividir seus conhecimentos e nos orientar para trabalharmos coletivamente.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira pelo incentivo e amizade conquistada através dos anos que compartilhamos idéias e experiências profissionais.

Ao Prof. Dr. Marcelo Meneghim pela prazerosa convivência e carinho que tem com todos.

A Profa. Dr^a. Dagmar de Paula Queluz minha orientadora, pela sua paciência, compreensão, estímulo, e confiança depositada em minha pessoa.

A Profa. Dr^a. Gláucia M. Bovi Ambrosano, pela sua dedicação, e presteza no tratamento dos dados estatísticos, como também pela sua presença incansável nos momentos mais difíceis, sempre com uma palavra de incentivo.

A Profa. Dr^a. Maria da Luz de Souza pela presença sempre estimulante, compartilhando seus saberes com muita competência.

A todos os colegas do mestrado pelo maravilhoso tempo que convivemos, trocando experiências e, sobretudo criando laços de amizade.

As minhas queridas jovens amigas pesquisadoras, Stela M.Pereira e Elaine Tagliaferro que me adotaram e compartilharam suas experiências.

Ao Dr. Isamu Murakami pela colaboração efficientíssima na realização da pesquisa, e a todos apoiadores dos distritos de Campinas que eficientemente proporcionaram a distribuição dos questionários.

Ao Prof. Dr. Roberto Marden, diretor de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas em 2004, que colaborou e incentivou a pesquisa.

Ao meu irmão Carlos Tadeu S.Cerávolo que não mediu esforços em colaborar com as minhas idas e vindas para Piracicaba

A Heloisa Cecotti que, apesar da distância, atendeu minhas solicitações com muito carinho.

Ao meu pai Romeu Cerávolo (in memorian), educador e mestre de vida, que afortunadamente me deixou como herança em sua biblioteca já amarelecida um exemplar de 1942 do livro Paidéia, o qual me estimulou a entender a importância do investimento na educação da vida dos homens na comunidade, onde estes se apropriam de valores que regem a vida humana e estruturam e traçam o destino da sociedade.

"Como vejo o mundo"

Não basta ensinar ao homem uma especialidade. Porque se tornará assim uma máquina utilizável, mas não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale à pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto. A não ser assim, ele se assemelhará, com seus conhecimentos profissionais, mais a um cão ensinado do que a uma criatura harmoniosamente desenvolvida. Deve aprender a compreender as motivações dos homens, suas quimeras e suas angústias para determinar com exatidão seu lugar exato em relação a seu próximo e à comunidade.

Albert Einstein (1953)

SUMÁRIO

LISTAS DE ABREVIATURAS	1
RESUMO	3
ABSTRACT	5
1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	11
2.2 HISTÓRICO DA SAÚDE EM CAMPINAS	14
2.3 IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINAS E A ORIGEM DO PAIDÉIA SAÚDE DA FAMÍLIA	15
2.4 REFORMA E AMPLIAÇÃO DA REDE BÁSICA DE ATENÇÃO A SAÚDE	16
2.5 DIRETRIZES DO PROJETO PAIDÉIA	18
2.5.1 Cadastro de Saúde da População e Vinculação de Famílias à Equipe Local de Referência	20
2.5.2 Clínica Ampliada e Ampliação das Ações de Saúde Coletiva no Nível Local	21
2.5.3 Acolhimento e Responsabilização	23
2.5.4 Sistema de Co-Gestão	24
2.6 ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS	25
2.7 INDICADORES DE QUALIDADE NA LÓGICA DO PAIDÉIA	27
2.8 COMPARAÇÃO ENTRE O PSF E O PAIDÉIA	28
2.9 PROPOSTA DA SAÚDE BUCAL NO PAIDÉIA	29
2.10 A REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS	34

3 PROPOSIÇÃO	51
4 MATERIAL E METODOS	53
4.1 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	53
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS	53
4.3 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	53
4.4 COLETA DE DADOS	54
4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	55
5 RESULTADOS	57
5.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	57
5.2 ASPECTOS TÉCNICOS	63
5.3 AVALIAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA FRENTE A NOVAS DIRETRIZES DO PROGRAMA PAIDÉIA SAÚDE DA FAMÍLIA	81
6 DISCUSSÃO	83
7 CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS	97
ANEXOS	105

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAT	Condições Adversas de Trabalho
CD	Cirurgião-Dentista
CDs	Cirurgiões-Dentistas
COVISA	Coordenadoria de Vigilância em Saúde Ambiental
CS	Centro de Saúde
DATA-SUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ELR	Equipe Local de Referência
ELS	Equipes Locais de Saúde
ERSA	Escritório Regional de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAPA	Laboratório de Planejamento e Administração
MS	MS
NSC	Núcleo de Saúde Coletiva
PA	Pronto Atendimento
PS	Pronto Socorro

PSF	Programa Saúde da Família
RMC	Região Metropolitana de Campinas
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGAB	Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial de Atenção Básica
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SILOS	Sistema Local de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSC	Secretaria Municipal de Saúde de Campinas
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
TABNET	Ferramenta de trabalho para acessar e tirar relatórios de bancos de dados dos sistemas de informação
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

O objetivo deste estudo é verificar o perfil do cirurgião-dentista, inserido nas equipes de referência do Programa Paidéia Saúde da Família na cidade de Campinas, implementado no ano de 2001, ancorado nas diretrizes do Programa de Saúde da Família, visando a complementaridade das ações no sistema de saúde. O Paidéia se mostra, buscando inovações norteadas pela necessidade de rupturas com o processo de trabalho em saúde que visam a integralidade do indivíduo. Um estudo qualitativo e quantitativo, focando 47 Unidades Básicas de Saúde, distribuídas nos 5 distritos de saúde de Campinas, onde se desenvolveu um estudo transversal através da aplicação de questionários com perguntas abertas e estruturadas em 200 cirurgiões-dentistas, com retorno de 121 questionários, sendo 76 (62,8%) do gênero feminino e 45 (37,2%) do gênero masculino; 109 (90,1%) foram contratados através de concurso público; 107 (88,4%) relataram que adotam critérios de risco em saúde bucal; 92 (76,0%) e percebem a importância na mudança assistencial; 65 (53,7%) consideraram as reuniões de equipe de referência muito importante; 87 (71,9%) responderam que estas reuniões são semanais; 47 (38,8%) consideraram a possibilidade de estabelecer vínculo com os familiares dos usuários; 55 (45,5%) realizavam visitas domiciliares; 17 (14,0%) são membros do núcleo de saúde coletiva; 12 (9,9%) participavam das reuniões do conselho local, e 58,7% tem curso de especialização, onde 29,8% são especialistas em Saúde Coletiva; a jornada de trabalho com carga horária irregular(36 horas) talvez seja o dificultador de firmar vínculo com famílias e usuários, como também estabelecer a integração com as equipes multidisciplinares.

Palavras Chave: Saúde Pública, Promoção de saúde, Serviços de saúde

ABSTRACT

The objective of this study is to verify the profile of the dental surgeon in multidisciplinary teams of the Paidéia Health Services Program in the municipality of Campinas, State of São Paulo, Brazil. Created in 2001, within the policies of the nationwide Family Health Program, the Paideia should produce a complementary effort within the local public health system, innovating the relationships between patient and health provider and among the team members themselves. It is understood that these innovations place the emphasis on a holistic view of the individual and arise from the necessity of a break with past ways of viewing public health. A qualitative and quantitative study was produced, focusing on 47 Fundamental Health Units distributed in five districts in Campinas: a transversal study on the basis of a survey with open and closed questions was distributed to 200 dental surgeons, of which 121 actually filled out the questionnaire, 76 (62.8%) females and 45 (37.2%) males. 109 (90.1%) had been hired by the system on the basis of competitive examination. 107 (88.4%) related the adoption of risk criteria for dental health. 92 (76.0%) understand the importance of the change that has taken place in assistential relationships; 65 (53.7%) hold the view that meetings of the multidisciplinary team are of the utmost importance. 87 (71.9%) responded that these meetings are weekly; 47 (38.8%) have considered the possibility of establishing a connection to the family members of the patients. 55 (45.5%) make house calls. 17 (14.0%) are members of a health collective; 12 (9.9%) participate in meetings of the local council; 58,7 are specialists where 29,8 are Public Health specialists. This study also concluded that irregularities in work schedules among part time and full time staff (36 hours) worked against the connection with families and patients, or making integration with the multidisciplinary teams more difficult to establish.

Keywords): 1. Public health. 2. Health promotion. 3. Health services

1 INTRODUÇÃO

Em resposta aos anseios da sociedade por uma assistência à saúde que reproduza a solução para os problemas que se relacionam com a forma de adoecer surge no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) com a constituição de 1988, sendo regulamentado pelas leis 8080 e 8142 de 1990 determinando grandes mudanças no modelo assistencial, como também reconhecendo o papel importante da saúde coletiva, que se encarrega de priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos da família e da comunidade.

O SUS constituiu um marco histórico na saúde, pois na constituinte recebeu um capítulo exclusivo à saúde (Título VIII, Cap II, Seção da Saúde), artigo 196 :

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.(BRASIL,1988).

A inadequação deste sistema apesar de se embasar em princípios doutrinários e organizativos bem definidos não respondia eficazmente, pois não encontraram respaldo nas políticas governamentais e os recursos eram insuficientes agravando a crise do modelo assistencial.

Segundo Baldani *et al.* (2003)

“O reconhecimento da crise no âmbito da saúde coletiva vem suscitando a emergência de propostas que visem a transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde, dentro destas mudanças surge o Programa Saúde da Família”.

O PSF teve origem em 1994 criado pelo Ministério da Saúde com base nos princípios do SUS: integralidade, universalidade e equidade. onde o foco principal é a família. O PSF desponta como uma estratégia de forma a organizar a atenção básica, como sendo a porta de entrada para a solução dos problemas que emergem da sociedade, rompendo com a prática hospitalocêntrica e individualista.

“A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família..Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade”.(Brasil, 2000)

Rompendo-se com a lógica da organização disciplinar tradicional (tecnicista) configura-se através de uma iniciativa governamental, por intermédio da Portaria nº 1444 do Ministério da Saúde em 2001 (Diário Oficial da União 2000), a inclusão do cirurgião-dentista nas equipes do PSF para que este possa integrar-se ao novo conceito. Este se propõe a nova prática de saúde voltada não só para a dimensão biológica do processo saúde-doença, como também buscar uma diversidade de ações, que contemple o fortalecimento do sistema correspondendo às necessidades individuais e coletivas dos usuários

A Saúde Bucal inserida nas lutas pela saúde pública encontra-se vinculada ao expandir e desenvolver um pensamento social em saúde que emerge de uma problemática política-ideológica, socioeconômica e cultural do contexto analisado. A Odontologia neste momento abandona o caráter tecnicista e se engaja no Programa Saúde da Família ousando, problematizando, tanto teoricamente como politicamente, ao responder ao novo modelo.

Em 2001 o Programa Paidéia Saúde da Família surge na cidade de Campinas como um modelo promissor, resgatando os conceitos fundamentais de vínculo, humanização, co-responsabilidade, reorientando o modo de se fazer saúde (SMSC, 2001).

O Programa Paidéia Saúde da Família, desde sua implantação, teve como maior preocupação capacitar no primeiro momento todos os profissionais que já atuavam sob o modelo assistencial anterior, de forma a construir possibilidades de superação de fragmentação da organização do trabalho, ao que se refere às equipes multiprofissionais, promovendo a integração de saberes e da interação entre sujeitos, entre os profissionais e destes com os usuários.

.O processo de construção de atenção, e não de assistência somente às pessoas e grupos sociais, depende única e exclusivamente do engajamento e compromisso dos profissionais de saúde com a gestão de ações e serviços de saúde.

A complexidade da atuação desses profissionais de saúde independe muitas vezes de seu potencial beneficiário, mas sim da estrutura institucional favorável, como também a apropriação do conceito de saúde pelos próprios sujeitos sociais enfermos, que está imerso no próprio subjetivismo.

A forma como se organiza o trabalho em saúde no novo modelo está intimamente ligada à necessidade de “novos trabalhadores”, que incorporem a nova metodologia e que superem o enraizamento das heranças trazidas dos modelos de produção de saúde anteriores, adequando-se aos novos tempos.

A proposta de trabalho enfatizada hoje está na reformulação da atenção básica, que requer como estratégia a extensão e racionalização dos serviços com a incorporação de agentes produtores de serviços com formações diversas, onde o cirurgião-dentista colabora ancorando sua prática no conceito de promoção de

saúde, ou seja, no seu sentido mais amplo, a promoção de saúde do corpo e da alma, promovendo a felicidade humana.

A reformulação da rede básica instiga todo pesquisador da área a debruçar-se sobre o percurso e a produção de como se faz saúde após este movimento instaurado, onde todos profissionais de saúde incluindo-se especificamente neste estudo, os cirurgiões dentistas, tornam-se os principais atores responsáveis pela sua construção.

Este estudo se propõe a demonstrar o perfil do cirurgião-dentista frente às novas diretrizes implementadas pelo PSF e o modelo gerado na cidade de Campinas sob a égide do Programa Paidéia Saúde da Família, o qual apresenta peculiaridades importantes quanto aos aspectos organizativos e doutrinários, buscando um aprofundamento nas transformações ocorridas na forma de se fazer saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge com a constituição de 1988 e é regulamentado pela Lei 8080/90, que define princípios e diretrizes que norteiam todo sistema de saúde do território nacional. Esta lei, através do Ministério da Saúde, estabelece princípios e diretrizes para obtenção de uma rede assistencial à saúde, configurando uma diversidade de conceitos fortalecendo o sistema –usuário e que estão descritos a seguir.

2.1 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Campinas, 2003)

A Secretaria Municipal de Saúde elaborou um documento “ Estrutura do SUS” em Campinas onde se definem os seus princípios e diretrizes, o qual orienta o modelo da cidade de Campinas, o qual transcrevesse a seguir:

Universalidade: é a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão pelo Sistema Único de Saúde.

Integralidade: é o reconhecimento de que cada pessoa é um todo indivisível, integrante de uma comunidade. As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser compartimentalizadas. As unidades de saúde, com seus diversos graus de complexidade, configuram um sistema capaz de prestar atenção integral.

Eqüidade: é o princípio de que o acesso aos serviços em seus variados níveis de complexidade seja adequado à necessidade específica de cada cidadão, sem barreiras e sem privilégios.

Descentralização: é a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde nos vários níveis de governo, federal, estadual e municipal, tornando a gestão mais próxima do cidadão usuário.

Municipalização: é um passo importante de descentralização, em que a gestão desloca-se do nível federal e estadual para o nível municipal, levando à maior responsabilização na promoção das ações diretamente voltadas para seus cidadãos.

Distritalização: é um processo de responsabilização crescente da descentralização, em que cada Distrito de Saúde passa a exercer papel de gestão do Sistema no seu território.

Regionalização: Definição de espaço territorial e população a ser atendida. Como essa população tem direito a ter acesso a todo tipo de recursos assistenciais, o conceito envolve também a articulação intermunicipal de recursos à saúde que garantam esse direito.

Hierarquização: é a organização do acesso ao sistema a partir das ações de atenção primária, realizadas pelo Centro de Saúde, que deve estar estruturado para poder resolver 80% dos problemas de saúde da população e pelas ações de atenção secundária e terciária, com complexidade tecnológica crescente, que são realizadas nos serviços de retaguarda de especialidades, centros de referência, hospitais. Essas retaguardas visam a atenção à saúde dos usuários com problemas que ultrapassam a capacidade resolutive dos níveis precedentes.

Acolhimento: é a facilitação do processo de entrada no Sistema de Saúde, dos problemas de saúde de uma população/indivíduo pelos profissionais e serviços de saúde, através de mecanismos estruturais e de processo de trabalho. Isso ocorre através da proximidade geográfica, cultural, da disponibilidade de horários de atendimento, da busca ativa, escuta, disponibilidade em estabelecer

uma compreensão empática, de mecanismos facilitadores do fluxo dos usuários no sistema.

Responsabilização: é a capacidade do sistema de saúde ativamente assumir responsabilidade pelos problemas de saúde de uma população ou indivíduo. Isso implica em que cada equipe de saúde e cada profissional deve se responsabilizar pelas ações e encaminhamentos necessários para cada usuário, visando a atenção integral à saúde. Isto inclui os problemas de saúde coletiva.

Vínculo: é a ligação que se estabelece entre o usuário/população e o sistema de saúde/equipe local/profissional de saúde. Quando o vínculo é personalizado, ou seja, a equipe conhece os usuários, seus familiares, sua inserção na comunidade e seu ambiente, os resultados das ações de saúde podem ser favorecidos. O mesmo se dá quando o usuário/população vincula-se a uma equipe ou profissional de saúde.

Recursos financeiros: são vitais para a operacionalização do SUS. Originam-se do Governo Federal, Estado e Município. Sua utilização é acompanhada pelo Fundo Municipal de Saúde.

Recursos humanos: são os profissionais de saúde e suas relações de trabalho.

Controle Social: é o exercício do controle que a sociedade exerce sobre o estado, através da participação dos cidadãos na gestão.

O Programa de Saúde da Família (PSF) originou-se através do Ministério da Saúde, em 1994, embora se tenha notícia de que já nesta data, guardadas suas particularidades, havia sido implantado em alguns municípios. Desde então, tem sido uma das prioridades do governo federal, de alguns governos estaduais e municipais uma reorganização dos serviços de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, o PSF surgiu com o propósito de superação de

um modelo de assistência à saúde, responsável pela “ineficiência do setor”, “insatisfação da população”, “desqualificação profissional”, “iniquidades”. O mesmo documento relata a visão biologicista do processo saúde doença, voltando-se para ações prioritariamente “curativas”. Portanto, o PSF apresenta-se como estratégia ou resposta pelos órgãos governamentais, no âmbito da assistência, à crise do modelo assistencial (Brasil, 2000).

2.2 HISTÓRICO DA SAÚDE EM CAMPINAS (Campinas, 2003)

A cidade de Campinas tem um histórico na saúde que a diferencia de outros modelos assistenciais, mas que, muitas vezes, interrompe-se por decisões partidárias.

“Contrapondo-se a modelos já existentes na década de 80, tais como: Sistemas Locais de Saúde (SILOS), Cidades Saudáveis, Ações Programáticas em Saúde e outros, todos enfatizando a necessidade de racionalizar custos e partilhando da convicção de que a Epidemiologia, a Educação em Saúde e a prevenção são potentes para mudar as condições de saúde de uma população aonde o papel da clínica fica secundarizado. Surge em Campinas, na década de 90, o modelo “Em Defesa da Vida”, cuja maior expressão é o Laboratório de Planejamento – LAPA – da UNICAMP, coordenado pelo Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos. Esta proposta confere ao conceito de necessidade em saúde um pronunciado enfoque político. É proposta uma organização dos serviços que possibilite orientar suas intervenções a partir da conjunção das necessidades identificadas pelos saberes epidemiológicos, pelas demandas pessoais, reconhecendo as subjetividades existentes. O modelo se preocupa com o aumento da eficiência dos serviços e também com o grau de satisfação para os usuários e trabalhadores” (Campinas, 2003).

Para o LAPA , a superação dos problemas se dará pela implementação dos conceitos de vínculo, responsabilização e acesso, conceitos estes considerados centrais (Campinas, 2003).

Em 1994, o Ministério da Saúde apropria-se de modelos baseados nos conceitos acima, transforma-os em Programa de Saúde da Família e inicia gestões para sua implementação. Este programa parte da crítica ao modelo médico hegemônico, de uma avaliação dos altos custos dos sistemas de saúde e da ineficácia da assistência à saúde centrada em procedimentos e não no usuário.(Campinas, 2003).

2.3 IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINAS E A ORIGEM DO PAIDÉIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo Campos (2003), então Secretário Municipal de Saúde, em 2001, o objetivo que justifica a existência do SUS é a produção de saúde, sendo esta um atributo das pessoas. Não há, portanto, como se falar em saúde desconsiderando os sujeitos concretos, mesmo levando-se em conta que a produção de saúde dependa do contexto. Por este motivo, acrescenta-se Paidéia à força substantiva da palavra saúde. Paidéia é um conceito antigo, clássico, que significa desenvolvimento integral do ser humano. Foi criado na época em que os gregos sonhavam com cidades democráticas. A construção destas cidades dependeria de um método novo de governar e de viver. Para fundar um governo democrático eles se valiam do Ágora, que era uma assembléia do povo: “as pessoas reunidas para traçar o próprio destino”. No entanto, eles sabiam que era necessário, também, um trabalho com eles mesmos, para que as pessoas fossem capazes de gerir a própria vida. Imaginaram, então, um sistema de formação integral dos cidadãos, uma educação para a vida, e daí a palavra Paidéia: a formação integral do ser humano. Cuidar da saúde, da educação, das relações sociais, do ambiente, de tudo, e fazê-lo respeitando a diferença entre as pessoas e

os grupos. Paidéia, o desenvolvimento integral do ser humano, considerando tanto as necessidades da coletividade, quanto dos indivíduos.

O Projeto de Saúde Paidéia visa unir o tempo todo a saúde e a cidadania, ainda que combinados em variadas proporções. Em Campinas, em 2001, novas modificações e novas ênfases (trabalhar a família, maior relação intersetorial, superação da organização por área, incorporação do agente de saúde e outros) deram origem ao Paidéia (Campinas, 2001b).

2.4 Reforma e ampliação da Rede Básica de Atenção a Saúde (Campinas, SMS; 2001 a).

“O sucesso e a viabilidade do SUS dependem da instalação de uma rede básica eficaz, que tanto promova saúde, quanto previna riscos e cuide de doenças e da reabilitação de pessoas com problemas crônicos”.

“A atenção básica é um direito universal: todo brasileiro deveria ter livre acesso às Equipes Locais de Saúde; a equidade seria assegurada pelo encaminhamento discriminado aos outros níveis de assistência: o princípio da hierarquização. Em Campinas haveria que se instalar uma rede de Equipes Locais de Referência suficiente, pelo menos, para garantir atenção básica aos 70% da população considerados dependentes do SUS. Cadastrar e matricular todos os cidadãos. Depois, somente depois, estabelecer-se diferenças de atenção conforme o risco biológico, subjetivo e social”.

O Ministério da Saúde tem dado ênfase ao Programa de Saúde da Família como estratégia para a implantação de uma rede básica. Em Campinas, entretanto, já havia Centros de Saúde, com centenas de Equipes Locais que há anos vinham cumprindo parte deste papel. Desde a década de setenta, sob a direção pioneira de Sebastião de Moraes, secretário de saúde de Campinas, havia

em Campinas programas comunitários de atenção em saúde. Posteriormente, construíram-se Centros de Saúde, contrataram-se equipes e ampliou-se a capacidade de atendimento da rede. Hoje, a rede básica da cidade oferece atenção ao adulto, à criança e à mulher, bem como conta com programas em saúde mental e bucal. Instalou-se razoável apoio na área de diagnóstico por imagens e laboratório.

“Diagnósticos realizados na rede pública indicaram que havia falta de recursos em regiões específicas ou em determinadas áreas de atendimento. No entanto, havia também evidências de que o modo com que se organizou a atenção não vinha cumprindo com os objetivos da atenção primária. Havia filas de espera, sobrecarga de trabalho e dados que indicam a incapacidade desse sistema absorver a demanda ou mesmo atender às necessidades básicas de saúde. A maior parte da demanda ambulatorial é atendida em PSs ou PAs e não pelas Equipes Locais; havia pouco trabalho de promoção à saúde e baixa capacidade de atenção no domicílio ou na comunidade”.

O acesso achava-se burocratizado em grande parte da rede, praticando-se uma clínica com baixa capacidade de resolver problemas de saúde. Havia pouca educação em saúde e investia-se pouco em ampliar a autonomia e capacidade de autocuidado dos pacientes e comunidades. As Equipes Locais são multi-profissionais, mas trabalha-se de maneira isolada, vertical, não havendo processo de trabalho interdisciplinar (Campinas, 2001b).

Além disto, cometeu-se um sério equívoco durante os últimos oito anos: quase metade dos recursos investidos na atenção primária foi destinado a Pronto Atendimentos, que nem faziam clínica ampliada, nem prevenção, nem cumprem plenamente com a função de atender urgências e emergências. A mudança do modelo de atenção implica, portanto, em inversão desta tendência; em transformar, gradualmente, o Pronto Atendimento existente em Pronto Socorros em Centros de Saúde e ampliar a capacidade das Equipes Locais de atender intercorrências

clínicas, de resolver problemas individuais e coletivos de saúde (Campinas, 2001b).

2.5 DIRETRIZES DO PROJETO PAIDÉIA

Tendo sido aprovado o Projeto Paidéia em 2001 através do Conselho gestor estabelecendo que os profissionais se orientariam no exercício de sua competência técnica através dos seguintes conceitos:

FOCO – o cidadão, doente ou sadio, considerando-se as suas subjetividades, a sua inserção socioeconômica, sua cultura, sua família e o seu território.

MISSÃO – resolver problemas que afetam a saúde através do cuidado longitudinalizado, personalizado e singularizado (adscrição da clientela) e da relação do cidadão com o seu caminhar da vida; assistência individual, ao cidadão doente, em risco de adoecer ou sadio (clínica ampliada), na unidade básica e, quando necessário, no domicílio; promoção de saúde através da intervenção no território.

ORGANIZAÇÃO – baseada em “especialistas gerais” – pediatras, clínicos e ginecologistas, dentistas, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, profissionais da saúde mental e outros. A base da organização é a Equipe de Referência: médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários, matriciada por outros profissionais da própria unidade (assistente social, psicólogo e outros) ou de unidades de apoio (serviços secundários e terciários).

RESPONSABILIDADES – colaboração intersetorial, participação da comunidade, auto-responsabilidade e autonomia (tanto dos profissionais quanto dos cidadãos usuários). Garantias de acesso (eliminação de barreiras geográficas, administrativas, financeiras e culturais); vínculo personalizado (relação protetora do

profissional de saúde sobre o usuário, sua família e sobre o ambiente); responsabilização (dever de dar conta da maioria das necessidades de saúde do indivíduo, encaminhamento aos níveis secundários e terciários, exames, medicamentos, educação em saúde, informações que aumentem a autonomia).

Vários países do mundo, tais como Reino Unido Canadá e Cuba, principalmente aqueles onde os Sistemas de Saúde têm se mostrado mais eficiente e com maior satisfação dos usuários, se organizam com várias características comuns ao Paidéia e ao PSF:

- Adscrição de clientela, em alguns países se dá através das famílias e em outros através dos indivíduos;
- A adscrição pode se dar a uma equipe multiprofissional ou ao médico;
- Os médicos que atuam na atenção primária podem ser clínicos gerais, médicos de famílias ou composições como clínicos gerais e pediatras ou clínicos gerais, pediatras e ginecologistas;
- Hierarquização do Sistema com ênfase maior na rede básica (atenção primária);
- Financiamento público, porém as formas são diferenciadas: assalariamento dos profissionais, pagamento por produção ou pela quantidade de população adscrita (captação de clientela).(Campos, 2003).

2.5.1 Cadastro de Saúde da População e Vinculação de Famílias à Equipe Local de Referência (Campos, 2003).

Os Centros de Saúde serão reorganizados em Equipes Locais de referência, responsáveis pelo atendimento básico integral às famílias, e Equipes de Apoio Matricial, encarregadas de cooperar com as primeiras em áreas específicas, como saúde mental, saúde coletiva, reabilitação, entre outros.

Conforme metodologia sugerida pelo Programa de Saúde do Ministério, acrescida com dados do interesse da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), serão realizados cadastros domiciliares, com classificação de risco familiar e individual, bem como matrícula de famílias às Equipes Locais de Referência. Este trabalho deverá ser realizado por Agentes de Saúde, com apoio das equipes do Centro de Saúde e dos Distritos. Proposta de dois modelos básicos de Equipe Local de Referência:

- Clássica: composta por 1 médico generalista e 1 enfermeiro, auxiliares de enfermagem e 4 agentes de saúde (em turno completo) – com cobertura de 700 famílias ou 3500 pessoas. A equipe de saúde bucal (Dentista, ACD e THD) apoiariam pelo menos duas equipes; a equipe de saúde mental apoiaria 5 Equipes Locais; um Núcleo de Saúde Coletiva também apoiaria 5 equipes.
- Ampliada: 1 médico generalista e 1 enfermeiro (em turno completo), 1 pediatra e 1 gineco-obstetra (ambos meio período), dentista, THD e ACD, auxiliares de enfermagem e 8 agentes de saúde – com cobertura de 1400 famílias ou 7000 pessoas. Para 3 ou 4 destas Equipes Ampliadas haveria apoio matricial de Saúde Mental, Saúde Coletiva e Reabilitação.

2.5.2 Clínica Ampliada e Ampliação das Ações de Saúde Coletiva no Nível Local. (Campos, 2003).

Para aumentar a capacidade da rede básica em resolver problemas de saúde (individuais ou coletivos) há que se proceder a uma reformulação do processo de trabalho nestas unidades:

Clínica ampliada: Considera-se que todo profissional de saúde que atende ou cuida de pessoas estará realizando clínica, havendo, portanto, várias modalidades de clínica: a do enfermeiro, a do psicólogo, a do médico etc.

Clínica ampliada é a redefinição (ampliada) do “objeto de trabalho” da assistência à saúde a uma pessoa, ou grupo, ou uma família, ou um coletivo institucional, com doença ou risco de adoecer. Superar a clínica tradicional que toma como objeto somente a doença. Objeto ampliado da clínica: um sujeito enfermo ou com possibilidade de adoecer. E ainda outra ampliação: considerar não somente um paciente, mas também o grupo de sujeitos (a família e outros coletivos, uma classe, um agrupamento institucional) como objeto da clínica ampliada. De qualquer forma, no horizonte, não há como fugir da evidência de que o objeto de trabalho inclui a doença, ainda quando como uma possibilidade remota; a saúde é o objetivo, o resultado almejado.

Assim, tanto no diagnóstico quanto na terapêutica, tomar elementos orgânicos (biológicos), subjetivos e sociais do processo saúde e doença. Isto implica em ampliar os meios de trabalho: modificar a escuta, a entrevista, a intervenção terapêutica, descentrando-a do uso quase que exclusivo de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos. Valer-se com maior freqüência de técnicas de prevenção, de educação em saúde e de reconstrução da subjetividade.

Este tipo de clínica depende da existência de vínculo continuado (relação horizontal no tempo) entre profissionais e pacientes, famílias ou comunidades. Interação e personalização das relações entre equipe e usuário. Ampliação do

objetivo: a finalidade da assistência individual é a produção de saúde por meio da cura ou da reabilitação, ou até mesmo de alívio do sofrimento. No entanto, a ampliação inclui também o esforço simultâneo para aumentar o coeficiente de autonomia e de autocuidado dos pacientes, famílias e comunidades. Uma linha de combate a medicalização, à institucionalização e à dependência excessiva das pessoas aos profissionais ou serviços de saúde.

Esta ampliação nunca poderá ser levada a cabo por um profissional isolado; é um desafio concreto para a equipe interdisciplinar e será uma tarefa da Equipe Local de Referência e das Equipes de Apoio.

Ampliação das ações da saúde coletiva no nível local: sem dúvida, a própria ampliação da clínica é um recurso poderoso para tornar realidade essa diretriz.

Entretanto, com objetivo de ampliar as ações de promoção e de prevenção sugere-se a organização de Núcleos de Saúde Coletiva em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Funcionarão em apoio às Equipes Locais de Referência. Serão compostos por profissionais com formação em Saúde Pública, com tempo reservado para este tipo de trabalho, e pelos Agentes de Saúde Pública.

Os Agentes de Saúde Pública serão preparados e contratados como profissionais técnicos em Saúde Pública (não como auxiliares de enfermagem), ampliando a capacidade da UBS agirem na comunidade e nos domicílios. Eles trabalharão ligados às Equipes de Referência e ao Núcleo.

A função destes núcleos será dupla: tanto apoio às Equipes de Referência, quanto desenvolver ações diretas sobre grupos, instituições, ambiente e outros. Faz-se necessário uma definição mais precisa de suas atribuições, tanto levando em conta problemas específicos da região, quanto o projeto de descentralização da Vigilância à saúde em curso.

2.5.3 Acolhimento e Responsabilização (Campos, 2003).

São conceitos amplos e que exigem mudança de postura em todo o sistema de saúde, no sentido de receber os casos e de responsabilizar-se de modo integral por eles. Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um, sem abrir mão de colocar limites necessários. Inicialmente, o tomaremos em sentido restrito: no de garantir acesso, qualificando a recepção nos Centros de Saúde. Assim, a recepção nas UBS deverá ser técnica e não administrativa, permitindo a avaliação clínica dos casos durante todo o horário de funcionamento do serviço. A ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento de casos, mas sua gravidade ou sofrimento do paciente. O pessoal administrativo servirá de apoio: matrícula, orientação, abertura de prontuários e outros.

Tarefas do acolhimento: consiste em avaliar o risco e as necessidades de saúde caso a caso; resolvê-los conforme complexidade e capacidade do técnico em serviço; encaminhar os examinados conforme gravidade e disponibilidade para atendimento na própria UBS, ou Pronto Socorro ou Serviço de Referência, responsabilizando-se pelo sucesso do encaminhamento; cadastramento de pacientes ainda não matriculados e que pertençam à região de cobertura da UBS; desenvolver ações preventivas e de educação em saúde.

Portas de entrada: as UBS devem funcionar com várias portas de entrada; todo paciente com retorno para qualquer atividade deve dirigir-se diretamente ao setor, sem passar pelo acolhimento. O acolhimento será porta de entrada para casos novos e para intercorrências. As Equipes de Referência serão responsáveis pelo atendimento de suas próprias intercorrências, apoiando-se eventualmente na Equipe de Acolhimento.

Agendamento: somente haverá agenda futura para indicações terapêuticas (retorno), ninguém deve ser agendado sem avaliação de risco. Há que se terminar com a prática de abrir agendamento em alguns dias do mês sem avaliação prévia dos casos.

Funcionamento: o local do acolhimento deverá respeitar a privacidade (balcão não serve). Haverá protocolos para avaliação do risco à criança, mulher e adulto em geral. O pessoal designado para o acolhimento deverá passar por capacitação e contar com apoio do tipo educação continuada. Poderão trabalhar no acolhimento: auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, assistentes sociais e outros, contando sempre com pelo menos um médico na retaguarda de maneira a solicitar-se a imediata avaliação conjunta do caso.

2.5.4 Sistema de Co-Gestão (Campos,2003).

A gestão participativa é um instrumento poderoso para construir eficácia e eficiência, bem como uma diretriz ética-política fundamental. A gestão é um modo de racionalizar os meios para atingir um fim, mas é também uma forma de democratizar o poder (controlar o estado e o governo, ou os excessos dos distintos corporativismos), bem como motivar e de educar os trabalhadores.

Considera-se que o SUS tem três objetivos básicos: a produção de saúde; a realização profissional e pessoal de seus trabalhadores; e a sua própria reprodução enquanto política democrática e sistema solidário.

Opera-se com a idéia de um sistema de co-governo: conselhos locais de saúde-coordenação, equipe e usuários compartilhando o poder; colegiados de gestão poder centrado na equipe interdisciplinar e não nas corporações; dispositivos variados - oficinas, reuniões por categoria profissional, sala de espera, assembléia com usuários e, finalmente, gestão cotidiana democrática – com análise de temas e tomada de decisão envolvendo os interessados. Cada um

destes espaços coletivos deve ser considerado deliberativo e tomar decisões no seu âmbito de governo e em conformidade aos contratos e diretrizes definidas. Trabalhar-se-á com a construção progressiva de projetos, envolvendo todo este sistema. O governo tem diretrizes, que são ofertadas como temas a serem reconstruídos pelas equipes. A gestão deve completar também temas oriundos de demanda destes vários segmentos: usuários, famílias, equipes.

As equipes dos Distritos e dos Departamentos da SMS passarão a funcionar como Apoiadores Institucionais, somando-se ao esforço das Equipes Locais e de segmentos de usuários para mudança de modelo e dos processos de trabalho.

2.6 ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS (Campinas,2001b)

“ O objetivo, em médio prazo, era implantar o sistema de Equipe Local de Referência para 70% da população (porcentagem estimada de dependentes do SUS em Campinas pela SMS). No entanto, tendo em vista limitações financeiras e legais, elaborou-se um programa progressivo para a conversão do modelo tradicional em Equipes de Referência”.

Redefinição da política de prêmio produtividade, da CAT (condições adversas de trabalho), e outros, objetivando valorizar o envolvimento das Equipes com as famílias e os resultados alcançados. De imediato foram criados dois novos cargos: o de Agente de Saúde, conforme definido acima; e o de médico generalista, contratado exclusivamente em turno completo (36 horas semanais).

Capacitação: com apoio das Universidades, dos Pólos de Capacitação de Saúde da Família, a SMS desencadeou um amplo e progressivo processo de educação continuada, tomando como foco a Equipe de Referência e a de Apoio, objetivando ampliar a clínica e modificar o processo de trabalho nas UBS. O

modelo pedagógico adotado seria o construtivo, com concentração e dispersão, possibilitando discussão de casos e de elementos teóricos, e assegurando a circulação de informação e de outras experiências entre profissionais (Campinas, 2001a).

2.7 INDICADORES DE QUALIDADE NA LÓGICA DO PAIDÉIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas propôs:

- Trabalho em horários horizontalizados, diariamente, por toda equipe;
- Participação em atividades de capacitação;
- Participação em atividades de acolhimento aos usuários da unidade;
- Desenvolvimento de atividades intersetoriais;
- Exercício da clínica ampliada dentro de seu núcleo de atuação;
- Atuação solidificando o vínculo com os usuários;
- Cuidar das pessoas pensando-as incluídas em redes sociais;
- Assumir o paciente como de sua responsabilidade mesmo quando o encaminhe para outros níveis de complexidade;
- Exercer suas atividades em sintonia com outros profissionais da equipe;
- Participação em atividades de grupo;
- Participação em atividades de educação em saúde;
- Participação em atividades do núcleo de saúde coletiva;
- Discussão de casos;
- Atendimento à demanda dos usuários inscritos sob sua responsabilidade;
- Promover o atendimento às intercorrências de sua população adscrita;

- Participação nas reuniões de sua equipe;
- Atuação visando a prevenção de riscos;
- Atuação visando o cuidar das doenças, estimulando a autonomia e os autocuidado;
- Elaboração dos projetos terapêuticos individuais por toda equipe, incluindo os Agentes Comunitários;
- Participação, quando necessário, de visitas domiciliares;
- Participação em atividades de vigilância;
- Atuação voltada para a preservação e proteção ambiental;
- Atuação voltada para a prevenção de riscos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

2.8 COMPARAÇÃO ENTRE O PSF E O PAIDÉIA

Quadro 1 – Comparação entre o PSF e o PAIDÉIA

	PSF	PAIDÉIA
Foco	A família e o território	O cidadão, considerando-se o seu caminhar da vida, a sua família e o seu território.
Missão	Promoção da saúde através da Vigilância à saúde (vigilância epidemiológica e sanitária; a clínica é secundária).	Resolver problemas de saúde – cuidado longitudinal através da clínica ampliada e saúde coletiva (conceito ampliado de vigilância à saúde).
Responsabilidades	Acesso planejado através de programas (a livre demanda não é bem vista); colaboração intersetorial, participação da comunidade nas ações sobre o território, vínculo, responsabilização.	Acesso livre e facilitado (acolhimento), colaboração intersetorial, participação da comunidade nas ações sobre o território e na gestão dos serviços, vínculo e responsabilização.
Gestão	Importância secundária	A gestão participativa é fundamental para a produção de saúde. Equipes com autonomia. Participação do usuário na gestão. Coordenador tem papel mais horizontal que vertical.
Equipe	Generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários.	Generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, pediatra, ginecologista, Dentista, THD e ACD Outros profissionais fazem apoio matricial.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2001.

2.9 Proposta da Saúde Bucal no Paidéia

A Coordenadoria de Saúde Bucal, em 2001, apresentou a seguinte proposta:

- Horizontalização do horário de trabalho, com presença diária na unidade;
- Desenvolvimento das atividades dentro da lógica da clínica geral em odontologia;
- Acolhimento à população cadastrada com tratamento das urgências e elaboração de projetos terapêuticos individuais;
- Definição de prioridades de atuação a partir de critérios de risco;
- Participação nas reuniões das equipes;
- Participação na elaboração e execução de projetos coletivos;
- Participação em atividades em educação em saúde;
- Participação em atividades do núcleo de saúde coletiva;
- Atuação em projetos junto às comunidades;
- Atuação em atividades em domicílios quando necessário;
- Participar da capacitação de Agentes Comunitários de Saúde para atuação na área de saúde bucal;
- Participar de atividades intersetoriais.

A - Características do município de Campinas na atenção à saúde bucal (Campinas, 2004).

A1 - Sistema de água de abastecimento público

Responsável pelo serviço: SANASA autarquia municipal

Rede de distribuição 98% da cidade é abastecida com água fluoretada.

2% abastecimento com caminhões pipa e torneiras coletivas

Heterocontrole realizado pela Secretaria de Saúde (vigilância sanitária), análise realiza-se pelo Instituto de Biologia da PUCCAMP (teores dentro dos parâmetros de “adequado”).

A2 - Dados Epidemiológicos

O último levantamento oficial aponta que em relação à carie o município atingiu as metas estipuladas pela OMS, que preconizava CPOD aos 12 anos no ano 2000 \leq a 3,0 (SB, 2000), ano 2002, CPOD 1,34

A3 - Recursos Humanos

257 Cirurgiões dentistas

Na assistência 216

Nas áreas de meio 20

Nas especialidades 13

Comissionamentos 8

16 THD

135 Auxiliares de Consultório Dentário

A4 - Recursos Físicos

47 UBS todos com serviços odontológicos

110 cadeiras odontológicas e equipos odontológicos

Atenção secundária possui Referência em :

Endodontia 3

Radiologia 3

Serviço especializado em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial no Hospital Mário Gatti.

Serviço de prótese: média de 90 próteses anuais (2004/2005)

A5 - Sistema de Informação

O sistema de procedimentos individuais e coletivos é realizado diretamente nas UBS, através do SIGAB o sistema de informação utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

A6 - Indicadores de avaliação

Procedimentos coletivos realizados nos espaços sociais públicos e privados (creches, escolas de educação infantil, escolas de ensino fundamental, ONG, escolas de Educação).

Equipes de PSF 128

Equipes de Saúde Bucal 33

B – Evolução do perfil de assistência odontológico dos distritos no período de 2004.

Tabela 1 - Perfil de Assistência Odontológica dos Distritos no Período de 2004

RELATÓRIO	Norte	Sul	Leste	Sudoeste	Noroeste	Total
TOTAL	38.006	72.514	33.309	44.686	38.862	227.377
1ª Consulta	8.859	19.895	9.792	11.675	12.170	62.391
Cons Básica Urg/Emerg	13.345	21.967	8.683	20.595	15.471	80.061
Proced Coletivos	-	24	-	-	1	25
Odontol Preventiva	6.914	11.300	6.951	4.436	4.315	33.916
Dentística Básica	5.484	12.091	4.602	4.622	4.906	31.705
Cirurg Odontol Básica	1.924	3.997	1.767	2.177	1.180	11.045
Outros Proced Básicos	75	35	8	13	20	151
Atividade Educativa	26	253	14	18	-	311
Dentística	921	2.106	1.032	617	588	5.264
Endodontia	72	128	268	261	154	883
Periodontia	129	199	59	205	16	608
Prótese	13	36	34	12	31	126

Fonte: Sistema de Informações tabnet 2004I – Especialidades Odontológicas,

Tabela 2 - Perfil de Assistência Odontológica dos Distritos no Período de 2005

Relatório	Norte	Sul	Leste	Sudoeste	Noroeste	Total
TOTAL	8.680	12.242	6.317	10.204	5.749	43.192
1a Consulta	3.024	4.842	2.511	4.270	2.601	17.248
Cons Básica Urg/Emerg	2.354	3.029	1.453	3.335	1.719	11.890
Odontologia Preventiva	1.481	1.658	1.095	738	584	5.556
Dentística Básica	1.093	1.542	767	1.162	614	5.178
Cirurg Odontol Básica	373	653	257	436	142	1.861
Outros Proced Básicos	49	9	6	6	1	71
Dentística	207	350	188	171	85	1.001
Endodontia	10	36	27	24	-	97
Periodontia	23	40	1	55	-	119
Prótese	2	12	6	-	3	23
Cirurg Odontol Espec	21	6	6	6	-	39
Odontoradiologia	16	43	-	-	-	59

Fonte: Sistema de Informação tabnet 2005 - Especialidades Odontológicas.

2.10 A REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS (J Correio Popular, 2004)

O Jornal Correio Popular (2004) faz uma análise sobre a realidade de Campinas e sua região Metropolitana (RMC) conforme descrito abaixo:

Campinas é uma cidade de fortes expressões sócio-culturais, fluxos incessantes e circulação permanente.

Totalizando uma área de 887 km², Campinas é uma cidade espraiada, onde 53% do território corresponde à área rural, muito embora se trate mais exatamente de um “rural de expansão urbana”, marcado fortemente pela atividade comercial, de prestação de serviços de alto valor agregado e, particularmente, por configurar-se como espaço de moradia das camadas de alta renda, onde se pode observar uma grande concentração de renda (Campinas, 2004).

A cidade conta com aproximadamente com um milhão de habitantes, contingente esse formado, sobretudo, entre os anos 70 e 80, quando cerca de 2/3 da população da cidade era constituída de pessoas não nascidas no município.

Campinas conta com um pólo de alta tecnologia, no curso dos anos 70, impulsionado pela criação e desenvolvimento da Unicamp, uma das maiores e mais importantes instituições de ensino e pesquisa do país.

Os municípios que compõem a Região Metropolitana de Campinas (RMC) vivem dias de contradição entre carências sociais e desenvolvimento, com 19 Municípios. A RMC nasceu oficialmente com a Lei Complementar 870, de 19 de junho de 2000. A partir daquela Lei e dessa data, criou-se nova realidade política, econômica e social na região. Fruto da mobilização de anos, a RMC tornou-se uma das esperanças para que sejam resolvidos os múltiplos desafios que vêm enfrentando os mais de 2,4 milhões de moradores da região (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2001).

Maior novidade da RMC é que alguns dos principais assuntos que interessam aos moradores dos 19 Municípios, nas áreas de saúde, educação, habitação, saneamento básico e segurança pública, passaram a ser discutidos e encarados com visão regional. A idéia é que os enormes problemas existentes nessas áreas, como um déficit habitacional de mais de 200 mil moradias e a escalada da violência, apenas serão resolvidos com ações integradas entre prefeituras e demais órgãos públicos, empresas e organizações sociais de todos os 19 Municípios, não se esquecendo a imprescindível parceria dos governos estadual e federal.

A região também sofre com a persistência de bolsões de miséria (são 382 mil habitantes em pobreza extrema, segundo dados da Fundação SEADE, além de ser afetada por modalidades de degradação da qualidade de vida, como : contaminação ambiental e baixos índices de tratamento de esgotos urbanos, uma das principais causas da poluição dos rios.

O perfil paradoxal da região de Campinas, que conjuga miséria e riqueza, barbárie e inteligência, tem explicação. Nas décadas de 1960 e 1970 a região adquiriu formato metropolitano, com a conurbação (ligação de áreas urbanas de mais de uma cidade) de vários municípios, mas isto aconteceu de modo desordenado, sem preocupação com o planejamento. Na década de 1970 a 1980, enquanto a população brasileira crescia a uma média de 2,48% ao ano, a população na RMC cresceu em 6,49% ao ano. O destaque ficou com Sumaré, que cresceu a uma média impressionante de 13% ao ano.

Na década de 1980 a 1990, a população cresceu 1,93% ao ano no Brasil e 3,51% ao ano na RMC. A desproporção foi ainda maior em termos da população favelada. Somente em Campinas, a população favelada cresceu a uma taxa de 5,25% no período 1980 a 1991, contra o crescimento da população em geral na cidade de 2,24% ao ano. No período 1991 a 1996, a população favelada

cresceu em 6,78% ao ano em Campinas, contra o crescimento geral da população local de 1,39% ao ano (RMC ...2004).

Municípios integrantes da RMC - Americana, Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Engenheiro Coelho, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Jaguariúna, Monte Mor, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara D'Oeste, Santo Antônio de Posse, Sumaré, Valinhos e Vinhedo.

A cidade de Campinas apesar da sua grandeza e capacidade de desenvolvimento, infelizmente, analogamente, vive um “apartheid” social e territorial, pois pode-se vivenciar uma discrepância entre os limites da pobreza e da riqueza, que só será solucionada ou minimizada com o envolvimento da sociedade campineira como um todo, participando de forma solidária e racional para equacionar os problemas das classes sociais que estão impossibilitadas de realizar sua cidadania.(RMC,2004)

Cidade de Campinas, Censo Demográfico (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000)

Área territorial: 887 km²

Área Rural: 470 km²

Área Urbana: 417 km²

Pessoas Residentes: 969.596

Homens Residentes: 472.175

Mulheres Residentes: 497.221

Pessoas Residentes:

Área Urbana: 953.218

Área Rural: 16.178

Grau de Urbanização: 98,33%

Densidade Demográfica: 1.118,83 hab/km²

IDHM: 0,852 (alto desenvolvimento humano)

População residente de 10 anos ou mais de idade

Total: 818.876 / Alfabetizada: 780.770 / Taxa de alfabetização: 95,3%

a) Distribuição dos Distritos de Saúde de Campinas (Campinas, 2001 a)

A rede básica do município de Campinas é composta por 47 Centros de Saúde e 13 Unidades de Saúde da Família – estas últimas denominadas Módulos de Saúde da Família – distribuídas em 5 distritos de Saúde, conforme mapa a seguir:

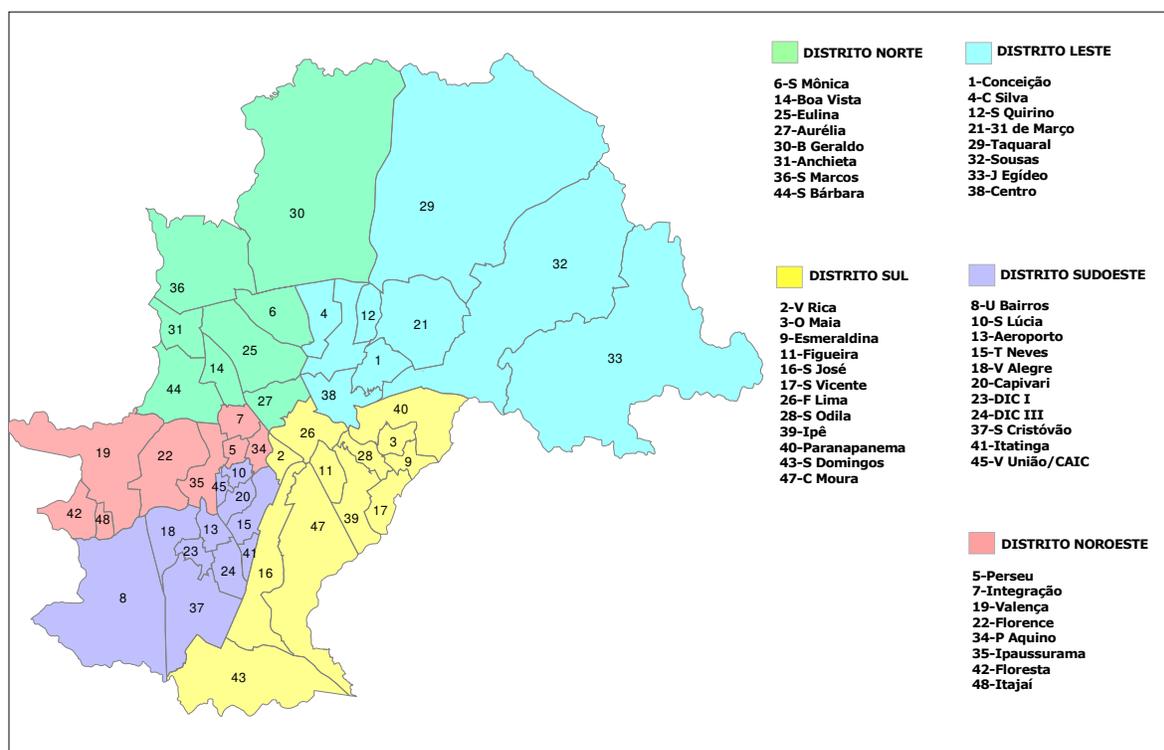


Figura 1 - Mapa segundo a distribuição das Unidades Básicas de Campinas e seus respectivos distritos.

b) Indicadores demográficos

Índice de Condição de Vida (Campinas, 2001 a).

O Índice de Condição de Vida (ICV) está sendo proposto como método para identificação de diferenciais nos níveis de qualidade de vida e saúde das áreas de abrangência dos Centros de Saúde de Campinas. O ICV é um índice composto por 8 indicadores, selecionados dentre um conjunto de dados facilmente disponíveis nos sistemas de informações existentes na SMS. O exercício ora apresentado é uma primeira contribuição para a avaliação comparativa de indicadores de vida e saúde, tendo como referencial as diferentes regiões “de saúde” do município. O ICV é um dos componentes do Prêmio Paidéia e foi elaborado a partir da necessidade de revisão do prêmio “CAT” (Condições Adversas de Trabalho), devendo ser testado, aperfeiçoado e modificado.

Indicadores utilizados:

- a) proporção de chefes de família sem ou com menos de 1 ano de instrução (IBGE, 1996);
- b) taxa de crescimento anual 91-96 (IBGE 1991, 1996);
- c) proporção média de mães com menos de 20 anos de idade (COViSA, 1998-2000);
- d) coeficiente médio de mortalidade infantil (COViSA, 1998-2000);
- e) coeficiente médio de mortalidade por homicídios (COViSA, 1998-2000);
- f) incidência média de desnutrição entre os menores de 5 anos (CoViSA, 1996-2000);
- g) incidência média de tuberculose (COViSA, 1996-2000).

Os bancos de dados de saúde foram analisados com auxílio do programa Tabwin. As informações referentes ao Censo de 1991 e Contagem Populacional de 1996 foram trabalhadas através do programa Mapinfo.

Todos os indicadores foram classificados de forma a agrupar as áreas de abrangência em 3 classes com aproximadamente o mesmo número de Centros de Saúde (CS). Foram atribuídas notas de 1 a 3 para os CS de cada uma das classes, a partir daquela com os maiores valores de cada indicador.

As áreas de abrangência foram então ordenadas segundo a média das notas atribuídas para cada indicador. Indicadores com valores extremos foram excluídos da ponderação, como ocorrido na região do CS Itatinga, na análise das incidências de tuberculose e desnutrição (denominador populacional muito pequeno, levando a interpretações equivocadas). O resultado final classificou os CS em 3 grupos, distribuídos segundo a tabela e mapa a seguir:

Tabela 3 - Distribuição do ICV de acordo com os Centros de Saúde e suas áreas de abrangência

Grupo I Pior ICV		Grupo II		Grupo III Melhor ICV	
Florence	1,1	Itatinga	2,0	13 de Março	2,6
S. Domingos	1,3	S. Bárbara	2,0	J. Egideo	2,6
S. Marcos	1,3	Aeroporto	2,1	Sousas	2,6
V. Alegre	1,3	Anchieta	2,1	T. Neves	2,6
S. José	1,4	Ipê	2,1	V. Rica	2,6
S. Quirino	1,4	P Aquino	2,1	B. Geraldo	3,0
Ipaussurama	1,5	Capivari	2,3	C. Silva	3,1
Dic III	1,6	Esmeraldina	2,3	Eulina	3,1
Floresta	1,6	B. Vista	2,5	Paranapanema	3,1
S. Cristóvão	1,6	Conceição	2,5	S. Odila	3,1
Dic I	1,8	Figueira	2,5	Centro	3,3
S. Mônica	1,8	Integração	2,5	F. Lima	3,3
O. Maia	1,9	Perseu	2,5	Aurélia	3,4
S. Lúcia	1,9			Taquaral	3,4
S. Vicente	1,9				
Valença	1,9				

Fonte:Secretaria Municipal de Campinas, .Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental. ICV, 2001a

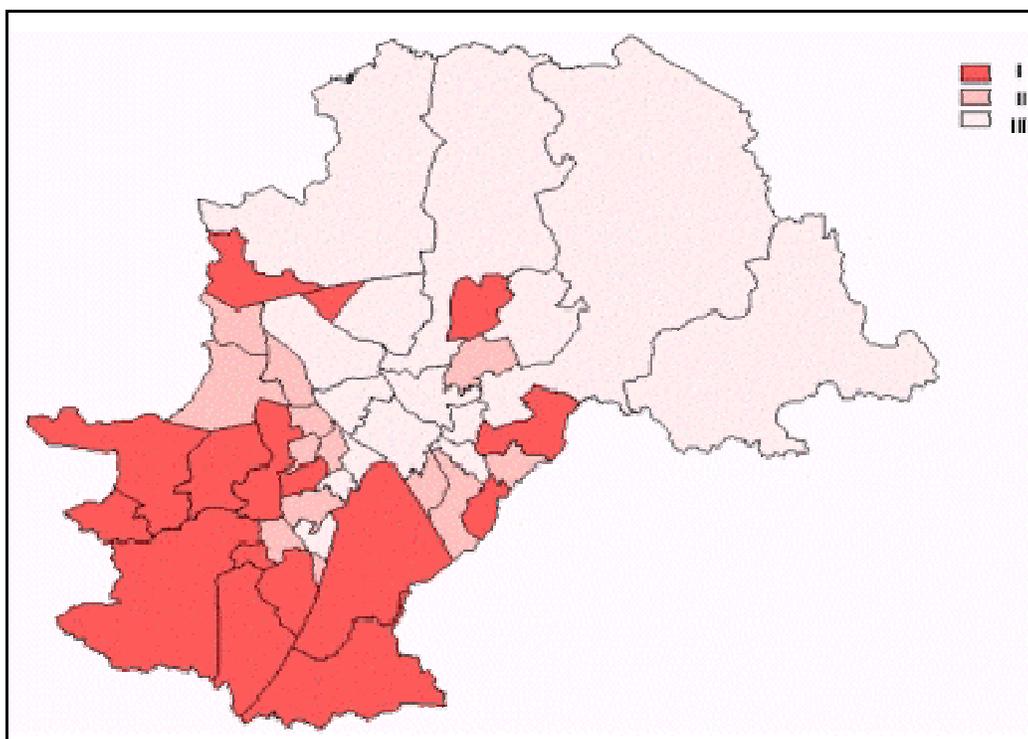


Figura 2 - Mapa de distribuição das áreas dos Centros de Saúde segundo o Índice de Condição de Vida

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2001 a).

O mapa da distribuição do ICV em Campinas mostra que as regiões situadas ao longo dos eixos Amoreiras, Dunlop e rodovia Santos Dumont concentram a maioria das unidades com piores índices.

A maior parte das unidades do Distrito **Sudoeste e Noroeste** está classificada no grupo I; nenhum CS da região Noroeste foi incluído no grupo III. No Distrito Leste, 60% das unidades concentram-se no grupo de melhor ICV e apenas uma delas está incluída no pior grupo.

Os CS dos Distritos Sul e Norte estão distribuídos mais homoganeamente entre os 3 grupos de ICV.

As novas unidades União de Bairros e Carvalho de Moura estão incluídas nas antigas regiões, Vista Alegre e São José, respectivamente, até que

os limites precisos das áreas de abrangência sejam definidos. Por trabalhar com as médias de cada região, o ICV como proposto, tem como principal limite a impossibilidade de detectar a presença de desigualdades intra-áreas. Deve ser ressaltada a dificuldade da construção de indicadores de saúde quando o número de eventos estudados é pequeno, como ocorre na análise das desigualdades intramunicipais. Por esse motivo, optou-se pela agregação de dados em períodos maiores de tempo (3 ou 5 anos), como tentativa de resolver a instabilidade do indicador, diminuindo a possibilidade de interpretações errôneas. Infelizmente, ainda não foi disponibilizado pelo IBGE o resultado do Censo de 2000 desagregado pelos setores censitários, refletindo em informações desatualizadas em função da dinâmica demográfica intra-urbana ocorrida principalmente nos últimos 5 anos em Campinas. Finalmente, deve ser esclarecido que o resultado deste trabalho não resulta imediatamente na definição de faixas de valores para o prêmio produtividade PAIDÉIA, devendo ser interpretado apenas como parte da proposta final (Campinas, 2001a).

Em 2004, a Prefeitura, através da Lei 12012/04, cria o Plano de Cargos e Carreiras do funcionalismo municipal, uma proposta elaborada por uma comissão de trabalhadores e técnicos administrativos, contemplando aumento de piso salarial de todas as classes profissionais, assegurando o direito de ascensão a profissionais de acordo com o grau de especialização através do plano e cargos. Com o plano, o sistema de progressões na carreira também muda. De acordo com a Secretaria de Recursos Humanos essa é uma forma de premiar a capacidade profissional, o mérito e a busca por titulação, o que beneficiará a administração, a categoria e principalmente o munícipe, que passa a ter um atendimento cada vez mais qualificado.

No entanto, esta foi interrompida provisoriamente por decreto, com a entrada da nova gestão em 2005, alegando que havia alguns aspectos que deveriam ser mais bem estudados. A atual gestão reúne-se com profissionais de todas as áreas para a solução desse impasse.

Assim, torna-se importante referir-se às críticas na visão dos pesquisadores em relação às limitações que permeiam todo processo de reconstrução dos sistemas de saúde, que tem como enfoque os princípios da universalidade, equidade e hierarquização, para que se torne possível uma melhor visualização do contexto em que se insere o processo de organização da saúde bucal no Programa Paidéia Saúde da Família.

Com a implementação do SUS e o empreendimento dos vários municípios que aderiram ao PSF, inserindo o cirurgião dentista nesta estratégia, vários autores se debruçaram em analisar os conteúdos que embasam todo o processo de trabalho dos profissionais de saúde e suas formas de articulação.

Pode-se citar que pesquisadores como Zanetti (1993) preocupou-se com a historicidade que permeou os caminhos das relações entre Estado e Sociedade, e o caráter relacional na formulação das políticas de saúde no Brasil.

“O modelo universalizante também deve ser voltado para trabalhar a “idéia da solidariedade na sociedade, reforçando nas pessoas a consciência cidadã e organização social por motivos sanitários. Isso conformará a base política potente para contribuir com a constituição de uma base material que sustente as novas propostas. Conformadas essa bases, material e política surgirão às condições para que as mudanças necessárias ocorram” (Zanetti, 1993).

Na odontologia estabelecem-se prioridades quanto aos danos causados por uma determinada doença, grupos populacionais por faixa etária e por situação econômica e tipo de serviço prestado à comunidade. Especialmente em relação à situação econômica, por ser a oferta de atenção odontológica, via de regra, privada e de alto custo, naturalmente, as pessoas de baixa renda passam a ser prioritárias para o setor público (Pinto, 2000).

“Considerando-se os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde: universalização, integralidade e de modo relevante a equidade, que objetiva

diminuir as desigualdades, investindo mais onde a carência e a necessidade são maiores, portando-se como um princípio de justiça social” (Cunha & Cunha, 1998, citados por Roncalli, 2000), a determinação dos indivíduos com maiores necessidades de atenção, através de levantamento epidemiológico, e dentre esses, por meio da classificação socioeconômica, aqueles mais prioritários em função das desigualdades sociais, seria viável e possibilitaria a organização mais adequada da demanda dos serviços.

“Nas atividades da atenção básica à saúde, com a mudança do modelo de programação, o tradicional paciente pode ser recuperado como parte de uma família que vive uma realidade concreta e que tem benefícios de acordo com o seu envolvimento e motivação para o “auto cuidado”. Assim, o paciente pode ser entendido como sujeito que unifica ações preventivo-promocionais e curativas. Ele ainda pode estabelecer ativamente um vínculo de co-responsabilidade com os serviços para a obtenção de melhorias sanitárias”.

“A constituição de vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quando da equipe. Do lado do paciente, somente se constituirá vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir, de algum modo, para a defesa da sua saúde” (Campos, 2003).

“O vínculo se dá através do ouvir o paciente, para que se possam detectar os rumores que serão importantes para se detectar as causas que determinam seu sofrimento. Para tal, o profissional deverá estar disponível e ter conhecimento sobre a inter-relação entre e as pessoas que precisam de ajuda e a equipe com recursos para intervir”.

Donabedian (2003) distingue duas dimensões da acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica e indica que essas dimensões se inter-relacionam. Acessibilidade sócio-organizacional inclui todas as características da oferta dos serviços, exceto os aspectos geográficos, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso dos serviços, por exemplo, políticas formais ou

informais que selecionam os pacientes em função de sua condição social, situação econômica ou diagnóstico. Acessibilidade geográfica; relaciona-se à fricção do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo de viagem, entre outros. Acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes.

Starfield (2002) distingue acesso de acessibilidade. Acessibilidade refere-se a características da oferta e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Outros autores apontam também que a forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta a decisão de procurá-los. Essa percepção é influenciada pela experiência passada com os serviços de saúde.

A recente pesquisa recente de Vilela (2005) demonstra a importância de todos os profissionais da UBS, em participar do Núcleo de Saúde Coletiva, tendo em vista um diferencial criado pela nova diretriz do Paidéia, que descentraliza as ações de vigilância à saúde de um único profissional, que até então era a “moça da vigilância”, assim como ela o denominou. Os profissionais de todas as áreas se apropriam de novos saberes e utilizam banco de dados para poder utilizar ferramentas epidemiológicas para construir intervenções na comunidade e minimizar os agravos à saúde

Vilela (2005), utilizando como referência os documentos oficiais da SMS sobre as atribuições dos NSC, afirmou que “é possível dizer que a realidade cotidiana ainda está distante do ‘ideário’ construído pela direção da Secretaria. Pelo menos no que diz respeito a três aspectos importantes: a organização e produção de dados, realização de análises e disseminação da informação; o apoio técnico e operacional às equipes de referência, ‘matriciando-as’ e promovendo a articulação das ações coletivas interna e externamente à Unidade de Saúde , contribuindo inclusive com a organização de um sistema

hierarquizado de vigilância em saúde no município, e, por último, o conhecimento detalhado do território, seus problemas, riscos e recursos disponíveis, colaborando com a tomada de decisões junto às equipes de referência, acerca das intervenções necessárias nas áreas de abrangência das equipes e da Unidade como um todo, de preferência em conjunto com a comunidade”.

Na tentativa de mudança do modelo assistencial vigente com a mudança do objeto de atenção (a família), forma de atuação (primária) e organização geral dos serviços, a estratégia de Saúde da Família passa a ser o desenho de um novo modelo, elegendo como ponto central, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e população (Acurcio *et al.*, 1991; Acurcio, 1995; Trad & Bastos, 1998).

As definições de avaliação são numerosas e poder-se-ia até chegar a dizer que cada avaliador constrói a sua. Avaliar envolve, necessariamente, um julgamento. Trata-se de atribuir um valor, uma medida de aprovação ou desaprovação a uma política ou programa, de analisar a partir de uma certa concepção de justiça, explícita ou implícita, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão (Contandriopoulos *et al.*, 1997).

A avaliação, enquanto poderoso instrumento para melhorar o desempenho dos programas sociais, é entendida como uma instância de aprendizagem que permite reelaborar e melhorar esses programas (Sulbrandt, 1994).

Segundo Pinto (1986), o que torna científica uma avaliação não é a descoberta de uma única verdade e, sim, o esforço para verificar observações e validar o seu significado ou seus diferentes significados.

O termo processo refere-se à atenção que médicos e outros provedores dispensam aos pacientes, como diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação, além da habilidade com que efetuam essa atenção. Também se incluem as

contribuições que os pacientes e seus familiares trazem para o cuidado (Donabedian, 1990). A apreciação do processo trata de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados (Contandriopoulos *et al.*, 1997).

Essas atitudes revelavam a não-responsabilização pelo usuário; refletindo também o entendimento de que o problema do usuário é sempre de ordem biológica, sem perceber as outras dimensões (mental, epidemiológica, cultural e social). Se o problema é de ordem biológica, define-se sempre um fluxo unidirecional de resposta, agendando-se para o médico todas as demandas, o qual torna-se o único profissional com real inserção na assistência. Nega-se, assim, as possíveis intervenções da equipe multiprofissional; desqualificando o trabalho da toda equipe, além de "subaproveitar" o saber médico, já que inúmeras respostas podem advir dos outros profissionais da equipe, os quais, por sua vez, têm suas potencialidades inibidas, pois o acesso é restrito e direcionado para um ato médico, pobre, simplificado e desarticulado do trabalho dos demais profissionais, sem ação de vínculo e responsabilidade (Malta, 1998).

Cabe aqui ressaltar que todo processo de trabalho instituído pelas diretrizes do Programa Saúde da Família, através dos conceitos que o envolvem, implica a necessidade de avaliações constantes do objeto de trabalho, como também a ação dos agentes de trabalho e as ferramentas disponíveis e o produto do trabalho, visando a interação entre serviço e usuário, às respostas obtidas através da dinâmica estabelecida. As proposições tecnológicas para a atenção primária baseadas no projeto da Ação Programática em Saúde (Schraiber, 1993; Schraiber *et al.*, 1996, citados por Sala *et al.* 1998) indicam, nessa linha, a constituição de práticas de avaliação orientadas a partir do processo de trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves, 1992; Nemes, 1995; Sala *et al.* 1996, citados por Sala *et al.* 1998).

Conceitos para avaliar todo o processo de trabalho tornam-se de grande importância, de acordo com os autores a seguir:

Nessa perspectiva conceitual, a aproximação intelectual realizada pela avaliação dá-se pela análise dos vários momentos do processo de trabalho, a saber (Sala *et al.*, 1998):

- a) Apreensão do objeto de trabalho considera quais questões o conjunto das atividades realmente toma como relevantes, para exercer aí sua intervenção, contrapondo-se às proposições formais que deveriam orientar o conjunto do trabalho ao que, efetivamente, recortou-se como objeto;
- b) Ação dos agentes do trabalho considera o desempenho dos agentes em relação aos conteúdos previstos para seus postos de trabalho e sua compreensão acerca das dimensões parcelares e da dimensão coletiva do trabalho;
- c) Instrumentos do trabalho considera a utilização e adequação dos mesmos aos objetos e objetivos propostos para o trabalho, sua relação com a ação dos agentes e seu papel na interação serviço-usuário;
- d) Produtos do trabalho considera, primeiramente, os resultados atribuíveis às ações e apreensíveis nos indivíduos usuários e na população-alvo; depois, a interação estabelecida entre serviço e usuário; por fim, a constituição e reconstituição das demandas em saúde referidas aos usuários e à população. Assinale-se que tais demandas são, permanentemente, repostas como novas expectativas ao trabalho ao mesmo tempo em que demandas anteriores estão sendo satisfeitas. É claro que o trabalho, ao satisfazer demandas, age segundo seus próprios termos (os do trabalho) e não apenas nos termos da demanda constituída. Gera-se, assim, uma dupla mão na constituição dessas demandas: uma a partir da própria dinâmica social, que determina não só a distribuição e o consumo de serviços de saúde, mas também as concepções sobre o adoecer; outra a

partir da organização do trabalho que satisfaz demandas e necessidades segundo seus próprios termos (Mendes Gonçalves, 1992, citado por Sala *et al.*, 1998).

“É evidente a superposição e interdependência desses quatro momentos. Pode-se, por exemplo, pensar as concepções do agente acerca das demandas dos usuários simultaneamente como instrumento e produto do trabalho. Isso obriga a avaliação a dar conta desse conjunto articulado. Note-se que não se trata, portanto, de avaliar tal ou qual atividade, ou mesmo um conjunto de atividades eleitas por sua importância ou por sua representatividade. O objetivo é aproximar-se o mais possível do conjunto do trabalho. A complexidade e a variedade de problemas suscitados na rede da atenção básica exigem respostas por parte dos serviços de saúde que considerem não somente os aspectos clínicos, mas também os impactos sociais, psicológicos e econômicos associados aos estigmas e preconceitos que ainda a permeiam”.

Travassos (1997) argumenta que os determinantes no adoecer e morrer diferem daqueles das desigualdades no consumo de serviços de saúde. A relativa efetividade das ações de saúde não é suficiente para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e morrer.

A aplicação do princípio de equidade está diretamente atrelada aos recursos disponíveis e claramente comprometida com os limites políticos de decisão sobre a aplicação destes recursos, focalizando os grupos sociais mais carentes.

Não há dúvida que diante desses conceitos depara-se com uma dificuldade de se estabelecer mecanismos para garantir os princípios da verdadeira universalidade, sinônimo de cidadania. As dificuldades de se estabelecer uma política de alocação de recursos para se contemplar com efetividade a complexidade dos indivíduos inseridos em realidades sociais diferentes, requer que se estabeleça uma política social definida ética e moralmente. Os mecanismos

técnicos devem cumprir com eficiência a implementação do modelo assistencial, que justifique o princípio de justiça social coerente e não excludente, combatendo assim a marginalidade social.

Algumas perguntas tornaram-se imperativas como, por exemplo, até que ponto o coletivo de diferentes profissionais é sensível à complexidade das demandas trazidas aos serviços pelas pessoas, e como estes se articulam para responderem as demandas?

3 PROPOSIÇÃO

Este estudo se propõe a demonstrar o perfil do cirurgião-dentista frente às novas diretrizes implementadas pelo PSF e o modelo gerado na cidade de Campinas sob a égide do Programa Paidéia Saúde da Família, abordando os aspectos demográficos, técnicos, como também a avaliação desses profissionais quanto ao novo modelo. Busca-se um aprofundamento nas transformações ocorridas na forma de se fazer saúde.

4 MATERIAL E METODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

A realização desse estudo teve sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP/UNICAMP conforme resolução 196/96, de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, pelo processo nº 110/2004.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

A cidade de Campinas através da municipalização aderiu ao Programa Saúde da Família, onde a Secretaria Municipal de Saúde conta com 200 cirurgiões dentistas atuando nas equipes de referência, distribuídos nas 47 unidades básicas de saúde, nos 5 distritos da cidade, que correspondem às regiões: norte, leste, sudoeste, noroeste e sul. O município de Campinas, de acordo com sua complexidade e porte, através da Secretaria Municipal de Saúde, apresentou, em 2001, um projeto que recebeu a denominação Paidéia Saúde da Família, que foi aprovado pelo Colegiado Gestor, objetivando reorganizar a prática de promoção de saúde, inovando, mas, ancorado nos princípios e diretrizes do SUS.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A primeira fase do estudo constituiu-se de uma exposição do conteúdo e objeto da pesquisa à Coordenadoria de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Campinas obtendo-se a autorização.

De comum acordo com o serviço foram incorporadas algumas perguntas para que fossem compartilhadas com a gestão após análise.

A segunda fase foi a entrega dos questionários (Anexo 1 a 5), onde a logística foi feita através da própria coordenadoria de saúde bucal, a qual responsabilizou-se em devolvê-los. O período da coleta de dados se deu no período de novembro a dezembro de 2004.

Os critérios de inclusão do voluntário na amostra foram obtidos através do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 5), assinado pelos entrevistados. Os questionários foram devolvidos devidamente lacrados pelos entrevistados, separados do termo de consentimento, conferindo um caráter sigiloso das respostas.

4.4 COLETA DE DADOS

Este estudo é de natureza qualitativa e quantitativa, envolvendo a distribuição de questionários aos 200 cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, onde se obteve uma amostra de 121 respondentes (60,5%).

O questionário constituiu-se de 45 perguntas estruturadas, abertas e fechadas, abordando os seguintes aspectos: perfil demográfico, aspectos administrativos (jornada de trabalho, tempo de serviço na SMS, forma de contratação), perfil técnico, o cirurgião-dentista nas atividades educativas e preventivas de grupos vulneráveis; percepção do cirurgião-dentista frente às novas

diretrizes do processo de trabalho, aspectos positivos e negativos e suas limitações quanto a contemplar os princípios e diretrizes do Paidéia.

Realizou-se um projeto piloto envolvendo 20 dentistas para confirmar a possibilidade de utilização deste questionário viabilizando o objetivo da pesquisa.

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Por meio do método discursivo, as perguntas abertas foram selecionadas através de palavras-chave e categorizadas para serem analisadas estatisticamente.

Os dados foram analisados por meio de tabelas de distribuição de frequências (absolutas e relativas) e nas associações entre as variáveis utilizou-se teste de qui-quadrado e Exato de Fisher ($\alpha=0,05$). Todas as análises foram realizadas utilizando-se o programa estatístico SAS.

5 RESULTADOS

Após a compilação dos dados dos 200 cirurgiões-dentistas inquiridos, obteve-se uma amostra de 121 que responderam ao questionário, os quais foram analisados.

5.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

A idade dos cirurgiões-dentistas variou de 27 a 67 anos, sendo que a idade média foi de 39,5 anos, com desvio padrão de 7,8 anos. Quanto ao gênero, 76 (62,80%) eram do sexo feminino e 45 (37,20%) masculino. Em média, as pessoas trabalham 11,6 anos na Prefeitura Municipal de Campinas, com desvio padrão de 6,3 anos, mínimo de meio ano e máximo de 42 anos (profissionais municipalizados).

Tabela 4 - Distribuição dos CDs do Paidéia da cidade de Campinas, segundo a faculdade que se formaram

Faculdade	Frequência	%
Particular	63	52,07
Estadual	45	37,19
Federal	13	10,74
Total	121	100,00

Observa-se na tabela 4 que a maior porcentagem (52,07%) dos CDs entrevistados formaram-se em universidade particular

Tabela 5 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a forma de contratação

Forma de contratação	Frequência	%
Concurso público	109	90,08
Indicação política	6	4,95
Comissionamento	5	4,13
Não respondeu	1	0,82
Total	121	100,00

Observa-se na Tabela 5 que 90,08% dos CDs foram contratados através de concurso público.

Tabela 6 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a adesão ao plano de cargos e carreiras

Adesão	Frequência	%
Sim	110	90,91
Não	4	3,31
Talvez vou aderir	5	4,13
Não respondeu	2	1,65
Total	121	100,00

Observa-se na Tabela 6 que 90,91% dos CDs aderiram ao plano de cargos na gestão de 2004.

Tabela 7 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a satisfação com o plano de cargos e carreiras

Satisfação	Frequência	%
Satisfatório	61	50,41
Insatisfatório	23	19,01
indiferente	18	14,87
Não respondeu	19	15,70
Total	121	100,00

Observa-se na tabela 7 que 50,41% dos cirurgiões dentistas consideraram o plano de cargos e carreiras satisfatório.

Tabela 8 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a justificativa a satisfação com o plano de cargos e carreiras

Justificativa	Frequência	%
Não houve aumento salarial	61	50,41
Houve aumento salarial	23	19,01
Valoriza profissionais que se qualificam	18	14,88
Ainda não foi totalmente implantado	0	0,00
Outras	0	0,00
Não respondeu	19	15,70
Total	121	100,00

Observa-se na tabela 8 que 50,41% dos CDs declararam que não houve aumento salarial com a implementação do plano de cargos e carreiras.

Tabela 9 - Associação do tempo que o CD trabalha na prefeitura com a forma de contratação

Tempo	Forma de contratação					
	Concurso público		Indicação política		comissionamentos	
	freqüência	%	freqüência	%	freqüência	%
0 — 5	13	10,74	0	0,0	0,0	0,0
5 — 10	32	26,44	0	0,0	0	0,0
10 — 15	46	38,01	0	0,0	1	0,82
>15	16	13,22	6	4,95	4	3,30

$p < 0,00001$ * n° respondentes = 118

teste exato de fisher

Observa-se na tabela 9 que existe associação significativa entre tempo que trabalha na prefeitura e a forma de contratação dos CDs ($p < 0,00001$).

Tabela 10 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a jornada de trabalho semanal

Jornada	freqüência	%
20 horas	63	52,07
30 horas	10	8,26
36 horas	48	39,67
Total	121	100,00

Observa-se na tabela 10 que 52,07% dos CDs trabalham 20 horas semanais, enquanto 39,67% trabalham 36 horas semanais.

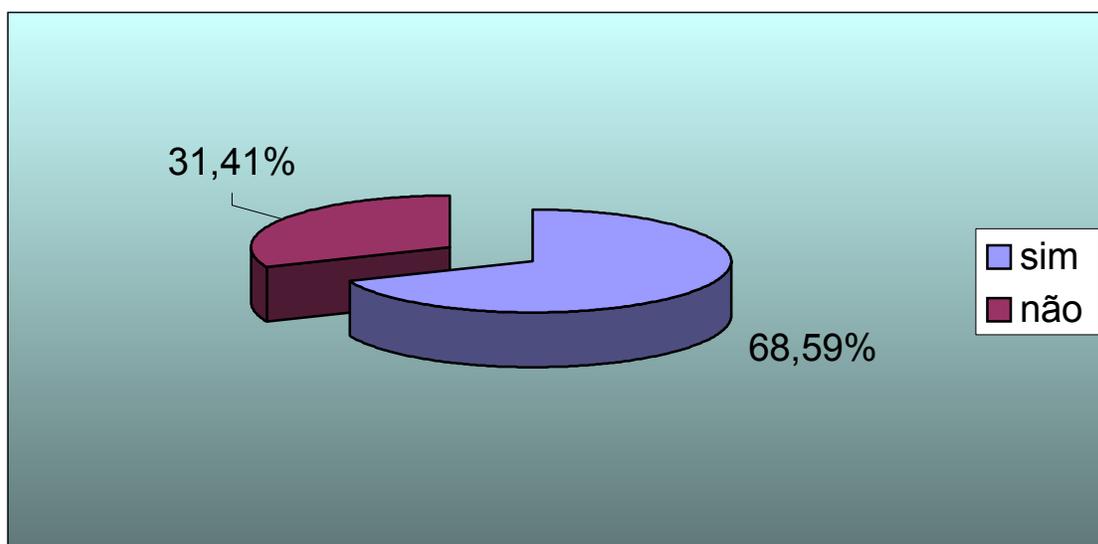


Figura 3 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, que trabalham em outros empregos

Observa-se na figura 3 que 68,59% (n=83) trabalham em outros empregos.

Tabela 11 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo terem curso de pós graduação

Pós-Graduação	freqüência	%
Sim	84	69,42
Não	32	26,44
Cursando	4	3,31
Não respondeu	1	0,83
Total	121	100,00

Observa-se na tabela 11 que 69,42% freqüentaram curso de pós graduação.

Tabela 12 - Distribuição dos CDs do Paidéia em Campinas, segundo o grau de pós-graduação

Pós-Graduação	Frequência	%
Especialização	71	58,68
Mestrado	7	5,78
Doutorado	1	0,83
Outros	22	18,18
Não respondeu	20	16,52
Total	121	100,00

Observa-se na tabela 12 que 58,68% dos CDs do Paidéia de Campinas freqüentaram pós graduação.

Tabela 13 - Distribuição dos CDs segundo as áreas de especialidades

Área	Frequência	%
Pediatria	12	9,92
Saúde Coletiva	36	29,75
Periodontia	7	5,78
Bucomaxilofacial	5	4,13
Dentística	6	4,96
Prótese	7	5,78
Ortodontia	7	5,78
Endodontia	8	6,61
Patologia	1	0,83
Administração em Saúde	2	1,65

*podia indicar mais de um item n° de respondentes= 91

Observa-se na tabela 13 que 29,75 % freqüentaram especialização em Saúde Coletiva.

5.2 ASPECTOS TÉCNICOS

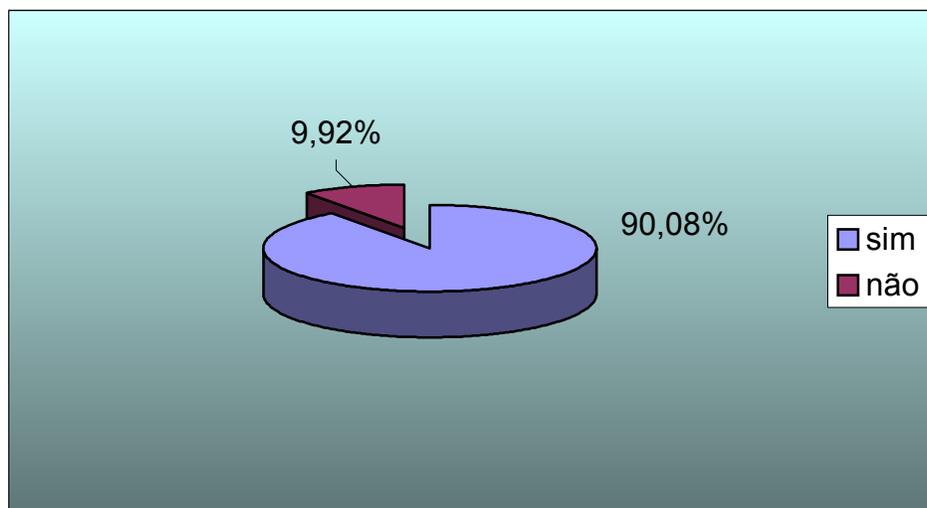


Figura 4 - Distribuição dos CDs do Paidéia segundo a participação de equipes de referência.

Observa-se na figura 4 que 90,08% (n=109) dos CDs do Paidéia de Campinas relatam participação nas reuniões das equipes de referência.

Tabela 14 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a periodicidade das reuniões de equipes de referência na UBS

Periodicidade	Freqüência	%
Semanais	87	71,90
Mensais	11	9,0
Quinzenais	15	12,39
Sem programação	4	3,3
Não respondeu	4	3,3
Total	121	100,00

Observa-se na tabela 14 que 71,90% dos CDs do Paidéia de Campinas participam das reuniões das equipes de referência semanalmente, e 12,39 %, quinzenais e 3,3% não as programam.

Tabela 15 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a importância das reuniões das equipes de referência na sua UBS

Participação	Frequência	%
Imprescindíveis	25	20,66
Muito importante	65	53,71
Pouco importante	1	0,83
Não é importante	29	23,97
Não respondeu	1	0,83
Total	121	100,00

Observa-se na tabela 15 que 53,71% dos CDs do Paidéia de Campinas consideram as reuniões de equipes de referência muito importante.

Tabela 16 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a forma de registro das reuniões das equipes de referência

Registro	Frequência	%
Atas de reunião	71	58,68
Anotações próprias	20	16,52
Nenhum registro	27	22,31
Planilhas de procedimento	6	4,96

*o voluntário podia indicar mais de um item ** n respondentes=90

Observa-se na tabela 16 que 58,68% dos CDs do Paidéia de Campinas registram sua participação nas reuniões em atas de reuniões e 22,31% (n=27) não são registradas.

Tabela 17 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo os problemas identificados na equipe de referência

Problema	Frequência	%
Comunicação	10	8,26
Responsabilização e envolvimento	43	35,54
Dificuldade de participação	31	25,62
Outros	44	36,36

*o voluntário podia indicar mais de um item n° de respondentes= 109

Observa-se na tabela 17 que 35,54% dos CDs do Paidéia de Campinas identifica como problema entre os profissionais da equipe, a responsabilização e envolvimento dos profissionais, como também responderam que 25,6% relatam dificuldade em participar das reuniões de equipe.

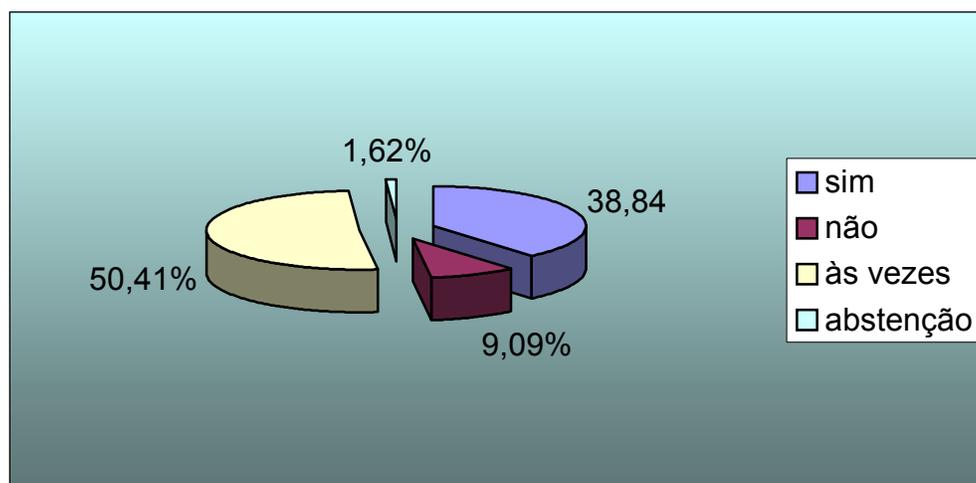


Figura 5 - Distribuição dos CDS do Paidéia segundo a possibilidade dos profissionais estabelecerem vínculo/famílias/usuários.

Observa-se na figura 5 que, segundo a possibilidade de se estabelecer vínculos com as famílias, 38,84% (n=47) responderam que é possível, 9,09% (n=11) que não, 50,41 (n=61) responderam que às vezes é possível e 1,62% (n=2) não responderam.

Tabela18 - Associação dos cirurgiões dentistas segundo tempo de trabalho na SMSC e possibilidade de estabelecer vínculo usuários/família

	Sim	%	Não	%	Total
≤10 anos	2	40,00	3	60,00	5
>10 anos	13	35,19	24	64,90	40
p=0,044	teste exato de fisher		n° respondentes=45		

Observa-se na tabela 18 a associação dos cirurgiões dentistas segundo tempo de trabalho na SMS e possibilidade de estabelecer vínculo usuários/família, onde os CDs com até 10 anos de formado, 40,00% responderam que é possível estabelecer vínculo usuários/família e 60% responderam que não. Entre os que têm mais de 10 anos 35,19% responderam que sim, e 64,90% responderam que não existe possibilidade de se estabelecer vínculo usuário/família e 2 não responderam a questão, onde observa-se diferença significativa de 0,044.

Observa-se na tabela 18, os CDs que apresentam até 10 anos de formados 40 (n=1) responderam que acham que para se estabelecer o vínculo com as famílias e que existem usuários que preferem ser atendidos emergencialmente e não aceitam outro tipo de ajuda. Já entre os que têm mais de 10 anos de formado 35,19% (n=42) apontaram essa dificuldade, p=0,044.

Entre os que têm até 10 anos de formados 60,00% (n=5) acreditam que uma das dificuldades para se estabelecer o vínculo com as famílias é que as ações curativas exigem maior tempo de atuação, impedindo de se personalizar o vínculo. Já entre os com mais de 10 anos de formados, apenas 64,90% (n=40) apontaram essa dificuldade, p=0,082.

Tabela 19 - Associação da jornada de trabalho com possibilidade de se estabelecer vínculo com usuário e famílias

jornada	Possibilidade de se estabelecer vínculo com usuário/família						
	sim		não		às vezes		Total
	freqüência	%	freqüência	%	freqüência	%	
20 horas	15	24,20	7	11,30	40	64,50	63
30 horas	06	60,00	1	10,00	3	30,00	10
36 horas	26	48,90	3	6,40	18	38,30	48
p=0,016*	teste exato de Fisher			n° respondentes=121			

Observa-se na tabela 19 a associação da jornada de trabalho dos cirurgiões dentistas da SMSC com a possibilidade de estabelecimento de vínculo dos cirurgiões dentistas com usuário/família, onde observa-se associação significativa $p=0,016$, quanto a jornada de trabalho, onde 24,20% dos profissionais que trabalham 20 horas responderam que existe possibilidade de estabelecer vínculo com usuários e família; e 11,30% responderam que não é possível de se estabelecer vínculo; e 64,50% às vezes é possível. Dos profissionais que trabalham 30 horas 60% responderam que é possível estabelecer vínculo, 10% respondeu que não é possível, e 30% às vezes é possível. Dos que trabalham 36 horas, 48,90% responderam que é possível estabelecer vínculo, 6,40% responderam que não e 38,30 % responderam que às vezes é possível estabelecer vínculo com usuários/família.

Observação: A associação foi feita somente com os respondentes que responderam que SIM e ÀS VEZES, tendo sido feito o calculo percentual sobre estes valores encontrados.

Tabela 20 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a dificuldade de se estabelecer vínculo com usuários /família*.

Dificuldade	Frequência	%
Usuários preferem emergência	43	35,54
Tem pouco recursos	28	23,14
Ações curativas exigem maior tempo	51	42,15
Demanda excessiva	7	5,78
Pronto atendimento	1	0,83
Falta de recursos humanos	3	2,48
Distância da UBS da residência	1	0,83
Perfil profissional	2	1,65
Outros	23	19,01

* o voluntário podia indicar mais de um item n° respondentes= 108

Observa-se na tabela 20 que 42,15% (51) dos CDs apontam que a dificuldade para se estabelecer vínculo com os usuários e famílias que as ações curativas exigem maior tempo.

Tabela 21 -Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a organização das urgências

Forma de organização	Frequência	%
Ordem de chegada com senhas	18	14,88
Triagem do grau de necessidade	62	51,24
Outros	34	28,10

*o voluntário podia indicar mais de um item n° respondentes= 108

Observa-se na tabela 21 que 51,24% (n=62) dos CDs responderam que realizam triagem de necessidades, sendo que 14,8% (n=18) utilizam o esquema de entrega de senhas, e 28,0% (n=34) usam outra forma de organização que não foi citada.

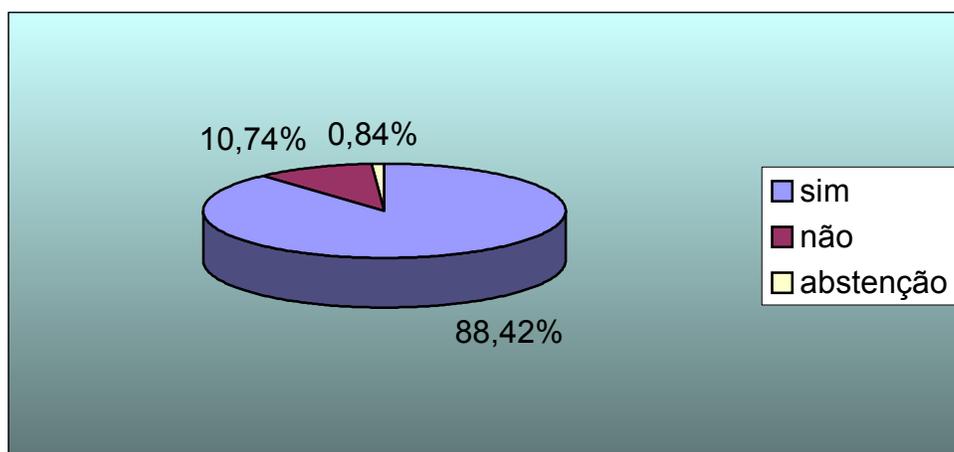


Figura 6 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, que consideram que a equipe trabalha com critérios de risco para identificação de indivíduos/famílias mais vulneráveis.

Observa-se na figura 6 que 88,42% (n=107) dos cirurgiões dentistas relatam que a equipe tem trabalhado com critérios de risco para a identificação dos indivíduos/famílias mais vulneráveis. Um entrevistado não respondeu a questão, os demais 10,7% (n=13) relatam que não.

Tabela 22 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo o critério de risco adotado pela ESB

	Risco em saúde bucal		Risco Sistêmico		Risco Social	
	freqüência	%	freqüência	%	freqüência	%
Sim	107	88,42	87	71,90	77	63,63
Não	7	5,78	7	5,78	12	9,91
Não sei	0	0,00	5	4,13	8	6,61
Não respondeu	7	5,78	22	18,18	24	19,83
Total	121	100	121	100	121	100

Observa-se na tabela 22 que 88,42% dos CDs adotam o critério de risco em saúde bucal, ou seja, risco de cárie e risco periodontal, 71,90% adota o critério de risco sistêmico; e 63,63% adota o critério de risco social.

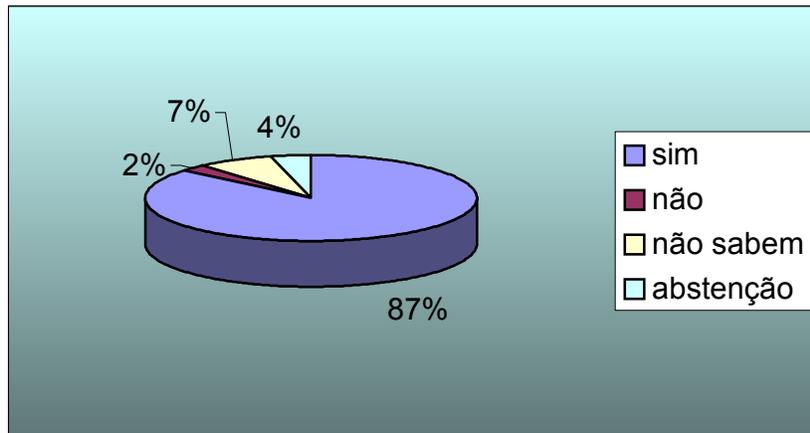


Figura 7 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo o conhecimento da sua UBS oferecer apoio a grupos vulneráveis

Observa-se na figura 7 86,77% (n=105) dos CDs alegam que na UBS onde eles trabalham existem grupos vulneráveis que recebem apoio da equipe, 2,47% (n=3) responderam que não, 7,43% (n=9) responderam que não sabiam e 4 pessoas não responderam a questão.

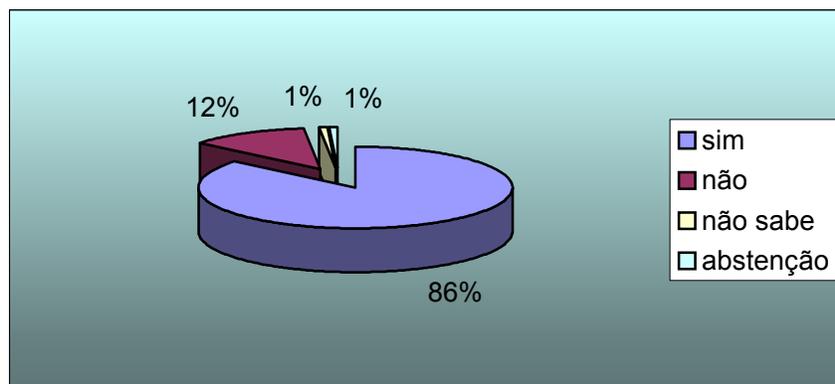


Figura 8 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a utilizar critérios de risco para organização da demanda.

Observa-se na figura 8 que 86% dos CDs utilizam critérios de risco para a organização da demanda.

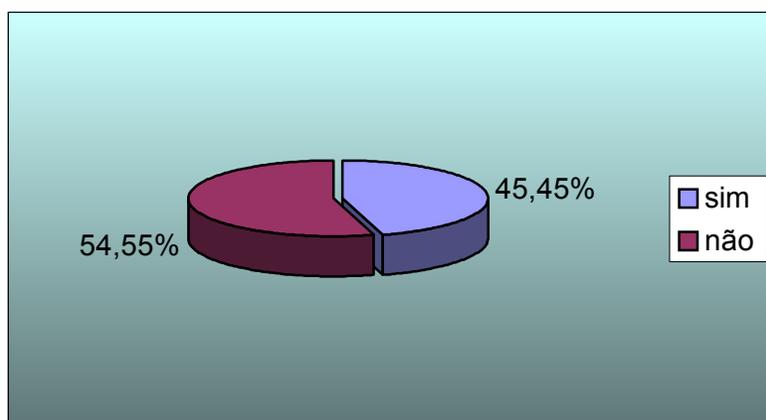


Figura 9 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas segundo a realização de visitas domiciliares

Observa-se na figura 9 que 45,45% (n=55) responderam que realizam visitas domiciliares.

Tabela 23 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a justificativa de não realizar visitas domiciliares

Visitas	Frequência	%
Não gosto	3	2,48
Demanda assistencial excessiva	19	15,70
Não é requisitada	14	11,57
Horário incompatível	8	6,61

*podia indicar mais de um item
nº respondentes=44 (não realizar visitas domiciliares)

Observa-se na tabela 23 entre os 54,50% (n=65) que não realizam visitas domiciliares, 15,70% justificam que a demanda assistencial excessiva, e 11,57 % (n=14) justificam que não é requisitada, sendo que somente 44 pessoas responderam a pergunta.

Observação:-O calculo das frequências foi feito com a amostra que justificam não realizar visitas domiciliares

Tabela 24 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a satisfação com as visitas domiciliares

Visitas	Frequência	%
Muito bem sucedidas	3	2,47
Bem sucedidas	19	15,70
Razoavelmente sucedidas	29	23,96
Não tem resultados	2	1,65
Não respondeu	7	5,78
Total	60	45,4

nº respondentes=60 sendo que 5 respondentes responderam às vezes

Observação: O calculo das frequências foram feitos sobre os que responderam que fazem visitas e os que responderam às vezes

Observa-se na tabela 24 que 23,96% dos CDs que realizam visitas domiciliares as consideram razoavelmente sucedidas e 15,70% as consideram bem sucedidas.

Figura 25 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo registro das visitas domiciliares

Forma de registro	Frequência	%
Não registra	15	12,39
Livro de procedimentos	32	26,44
Prontuários do paciente	1	0,82
Outros	3	2,47
Em branco	09	7,40%

Observa-se na tabela 25 que 12,39% dos CDs que realizam visitas domiciliares não as registram, e 26,44% dos CDs as registram em prontuários de paciente.

Tabela 26 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a participação em grupos vulneráveis

Atividades	Frequência	%
Idosos	1	0,83
Hipertensos	13	10,74
Diabéticos	12	9,92
Alcoolismo/tabagismo	3	2,48
Famílias	1	0,83
Crianças de baixo peso	6	4,96
Grupo programado	11	9,09
Gestantes	24	19,83
Escolas	21	17,35
Bebes	4	3,31

* podia indicar mais de um item n° respondentes 78

Observa-se na tabela 26 que 19,83% dos cirurgiões-dentistas participam de grupos salientando-se a participação em grupos de gestantes, 17,35% em escolas e 10,74% em grupos de hipertensos na UBS.

Dos 121 respondentes, 105 afirmaram que na sua UBS existem grupos vulneráveis que recebem apoio da equipe, destes, 78 afirmaram que participam de atividades educativas e preventivas destes grupos.

Tabela 27 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a avaliação periódica das atividades educativas e preventivas, quanto a eficácia e eficiência

Avaliação	Frequência	%
Sim	17	21,79%
Não	43	55,13%
Às vezes	16	20,51%
Abstenção	2	2,56%
Total	78	100,0

Observa-se na tabela 27 que, dos profissionais que participam de atividades educativas e preventivas de grupos vulneráveis, 21,79% (n=78) realizam avaliações periódicas dessas atividades, 55,13% não as avaliam e 20,51% as avaliam às vezes.

Tabela 28 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo avaliação periódica das ações educativas e preventivas de grupos vulneráveis

Avaliação	Frequência	%
Exames periódicos	16	13,22
Adesão do paciente	4	3,31
Questionários	1	0,83
Banco de dados	2	1,65
outros	2	1,65
Não respondeu	17	14,04
Total	42	34,71

Entre os 42 profissionais que afirmaram que realizam avaliação periódica das atividades educativas e preventivas, observa-se na tabela 28, segundo a forma dos CDs realizarem esta avaliação de grupos vulneráveis, 13,22% responderam que as fazem através de exames periódicos, enquanto 14,04% (n=17) não responderam a pergunta.

Tabela 29 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas segundo a forma de registro das ações preventivas e educativas de grupos vulneráveis

Forma de registro	Frequência	%
Não são registradas	18	14,88
Planilhas de atendimento	62	51,24
Livros de procedimentos	34	28,10
Outros	8	6,61

* podia indicar mais de um item n° de respondentes =78

Observa-se na tabela 29 que 5124,% dos CDs registram as ações preventivas e educativas de grupos vulneráveis em planilhas de atendimento, 14,88% não são registradas, e 28,10% em livros de procedimentos.

Tabela 30 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a captação de usuários que apresentam necessidade de atendimento odontológico, por outros profissionais da UBS

Captação por outros profissionais	Freqüência	%
Sim	115	95,04
Não	5	4,13
Não sabe	1	0,83
Total	121	100,00

Observa-se na tabela 30 que 95,04% dos entrevistados (n=115) alegam que estão sendo realizadas captações de usuários com necessidades odontológicas através da captação por outros profissionais da equipe de referência; 4,13% (n=5) responderam que não e uma pessoa respondeu que não sabe.

Tabela 31 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas segundo os profissionais que encaminham usuários para saúde bucal

Profissionais	Freqüência	%
Médicos	83	68,59
Enfermeiros	51	42,14
Agentes de saúde	68	56,19
Todos	27	22,31
Outros	15	12,39

*o voluntário podia indicar mais de um item nº respondentes=83

Observa-se na tabela 31 que 68,59% (n=83) dos CDs alegam que as captações e encaminhamentos odontológicos são, na maioria, feitas por médicos, e 56,19% por agentes de saúde.

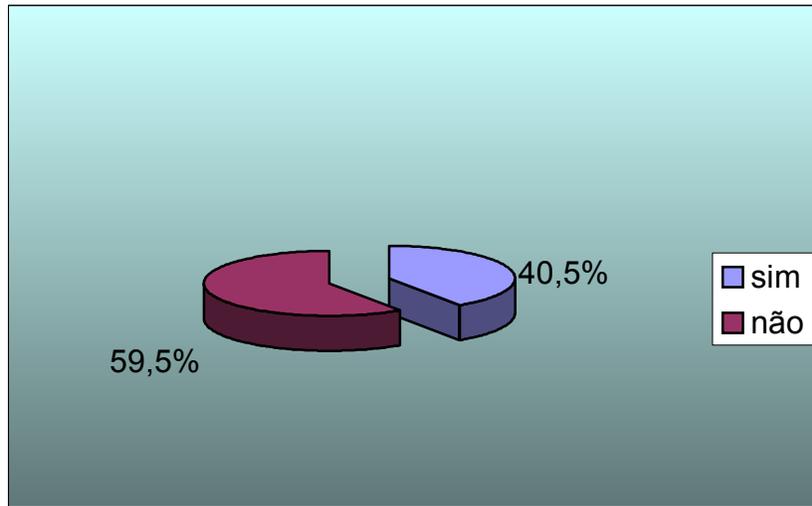


Figura 10 - Distribuição dos CDs que realizam capacitações em Saúde Bucal a outros profissionais

Observa-se na figura 10 que 40,5% (n=49) dos CDs realizam capacitações em saúde bucal a outros funcionários.

Tabela 32 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo os profissionais que estão sendo capacitados em saúde bucal por eles

Profissionais	Freqüência	%
Professores	22	18,18
Agentes comunitários	38	31,40
Monitores de creche	16	13,22
Outros	10	8,26

*o voluntário podia indicar mais de um item n° de respondentes=49

Observa-se na tabela 32 que 31,40% (n=38) dos CDs realizam capacitações em saúde bucal a agentes comunitários.

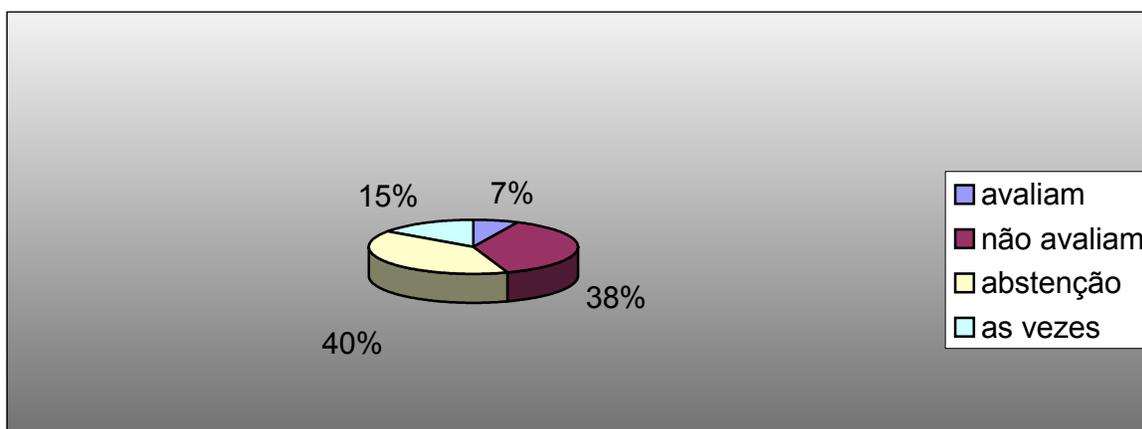


Figura 11 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, que realizam avaliações das capacitações que são feitas a outros profissionais quanto a eficácia e eficiência.

Observa-se na figura 11 que 7% dos CDs realizam avaliações das capacitações realizadas por eles a outros profissionais.

Tabela 33 - Distribuição dos CDs do Paidéia, segundo a forma de avaliação das capacitações que realizam a outros profissionais

Profissionais	Freqüência	%
Retorno	3	2,48
Levantamento ep. Anual	3	2,48
Feedback professores	1	0,83

*nº de respondentes =7

Observa-se na tabela 33 que, quanto à forma de avaliação os CDs, 2,5% são feitas através de levantamento epidemiológico anual e 2,48% através de retorno anual dos pacientes.

Tabela 34 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas segundo a forma de registro das capacitações feitas a outros profissionais

Forma de registro	Frequência	%
Não são registradas	37	30,57
Planilhas de atendimento	26	21,48
Livros de procedimentos	17	14,04
Outros	2	1,65

*o voluntário podia indicar mais de um item **nº de respondentes=72

Observa-se na tabela 34 que 30,57 % (n=37) dos CDs não registram as capacitações.

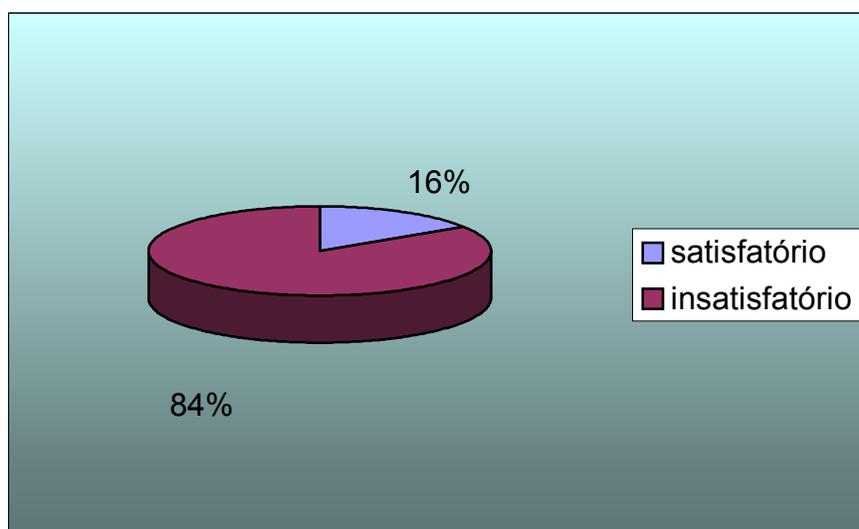


Figura 12 - Distribuição dos CDs DO Paidéia de Campinas, segundo a satisfação quanto a encaminhamentos para outras especialidades.

Observa-se na figura 12 que 84% dos CDs consideram insatisfatórios encaminhamentos para outras especialidades.

Tabela 35 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo o grau de dificuldade de encaminhamentos na ordem decrescente

Especialidade	Ordem											
	1		2		3		4		5		6	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Periodontia	33	36,26	26	28,57	16	17,58	11	12,09	4	4,40	1	1,10
Bucomaxilofacial	8	8,79	16	17,58	21	23,08	36	39,56	9	9,89	1	1,10
Endodontia	19	23,46	19	23,46	20	24,69	20	24,69	1	1,23	2	2,47
Prótese	25	27,47	26	28,57	25	27,47	8	8,79	4	4,40	3	3,30
Patologias	3	3,30	5	5,49	8	8,79	13	14,29	60	65,9	2	2,20
Radiologia	4	4,30	0	0,00	1	1,08	2	2,15	5	5,38	81	87,10

* Ortodontia não é oferecido pela rede

Observa-se na tabela 35, em ordem decrescente, que a área de Periodontia (36,26%) é a de maior dificuldade, seguida de 27,47% de Prótese e 23,46% de endodontia.

Tabela 36 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a participação nos núcleos de saúde coletiva

Membros do NSC	Freqüência	%
Participam	17	14,04
Não participam	84	69,42
Não responderam	20	16,52
Total	121	100,00

Observa-se na tabela 36 que 9,9% (n=17) dos CDs participam do núcleo de saúde coletiva.

Tabela 37 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a participação do Conselho local de saúde

Participação no CLS	Frequência	%
Sim	13	12,03
não	108	89,25
total	121	100,0

Observa-se na tabela 37 que (108) 89,25% dos CDs não participam do Conselho Local de Saúde (CLS), sendo que dentre esses, 18,70% alegam terem conhecimento das reivindicações que são feitas através do CLS.

Tabela 38 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo conhecimento das reivindicações que são feitas através do CLS em relação à saúde bucal

Reivindicações dos usuários	Frequência	%
Facilitar acesso	9	7,43
Prevenção	3	2,47
Mais recursos humanos	5	4,13
Atendimento aos sábados e urgências	1	0,83
Total	18	18,70%

*nºde respondentes=18

Observa-se na tabela 38 que 7,43% das reivindicações que os cirurgiões têm conhecimento referem-se à facilitação do acesso em saúde bucal, somente 18,70% referem ter conhecimento das mesmas.

5.3 AVALIAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA FRENTE ÀS NOVAS DIRETRIZES DO PROGRAMA PAIDÉIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Tabela 39 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo o sentimento em relação às novas diretrizes.

Como se sente	Freqüência	%
Motivado	50	41,32
Impotente	32	26,44
Estressado	23	19,00
Desmotivado	19	15,70
Indiferente	6	4,95

*o voluntário podia indicar mais de um item. **nº de respondentes =121

Observa-se na tabela 39 que 41,32% (n=50) dos CDs sentem-se motivados frente às novas diretrizes do processo de trabalho.

Tabela 40 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo a importância do CD no SUS

Importância	Freqüência	%
Percepção na importância das mudanças assistências	92	76,03
Adesão de usuários ao programa	40	33,06
Diferenciação salarial	7	5,78
Outros	5	4,13

*o voluntário podia indicar mais de um item) **nºde respondentes=121

Observa-se na tabela 40 que 76,03% (n=92) dos CDs apontam para a importância do CD perceber as mudanças na assistência e 33,06% (n=40) apontam a importância da adesão dos usuários ao programa.

Tabela 41 - Distribuição dos CDs do Programa Paidéia de Campinas, segundo os aspectos positivos da inserção do CD no SUS

Pontos Positivos	Freqüência	%
Processo de trabalho (interdisciplinar)	23	19,01
Controle social	6	4,96
Maior interação do CD ao processo do trabalho	1	0,83
Abstenção	91	75,20
Total	121	100,0

Observa-se na tabela 41 que 19,01% (n=23) consideram o processo de trabalho interdisciplinar um aspecto positivo e 75,20% (n=91) não responderam a questão.

Tabela 42 - Distribuição dos CDs do Paidéia de Campinas, segundo os pontos negativos do novo modelo assistencial.

Pontos Negativos	freqüência	%
Forma de implantação	8	6,61
Demanda reprimida	32	26,45
Não houve mudança na assistência	4	3,31
Falta de resolutividade	6	4,96
Adesão do usuário e do profissional	15	12,40
Falta de gerenciamento	13	10,74

n° de respondentes 78

Observa-se na tabela 42 que o aspecto negativo apontado pelos CDs 26,45% (n=32) referem-se à demanda reprimida; 12,4% (n=15) à adesão do usuário e do profissional; e 10,7% (n=13) a falta de gerenciamento.

6 DISCUSSÃO

O contexto atual da saúde no Brasil instigou a fundamentação de novos conceitos os quais foram instaurados pela reforma sanitária, requerendo de todos os pesquisadores, trabalhadores e usuários de saúde uma reflexão sobre os rumos, através dos quais os municípios de grande e pequeno porte podem orientar-se dentro da nova política de municipalização, revendo e reestruturando suas diretrizes institucionais, de forma a contemplar as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Não se conseguirá, com este trabalho, esgotar todos os aspectos que envolvem a complexidade dos conflitos e limitações expostos, como também toda a subjetividade que se impõe; no entanto, tentou-se com alguns recortes da metodologia apresentar a discussão de acordo com os temas relacionados com a instauração do Programa Paidéia Saúde da Família na cidade de Campinas, inovando e aprimorando conceitos sobre sua capacidade intervencional sobre os sujeitos na forma de se produzir saúde.

Em um primeiro momento, observou-se, em relação ao perfil demográfico dos sujeitos entrevistados, que a Secretaria Municipal de Campinas conta com um quadro de cirurgiões dentistas onde predomina o sexo feminino 62,80%. A idade mínima é de 27 anos de idade, o que confere a esta instituição um padrão de recursos humanos de jovens que tiveram sua formação acadêmica, na sua maioria, em escolas particulares, na frequência de 52,07%. Constatou-se que esses profissionais inquiridos trabalham em média 11,6 anos na Prefeitura Municipal de Campinas, com desvio padrão de 6,3 anos, mínimo de meio ano e máximo de 42 anos (profissional municipalizado, que não se aposentaram).

Quanto aos aspectos administrativos encontrados em Campinas, observa-se que a forma de contratação dos cirurgiões dentistas tem uma característica muito interessante em relação a outros municípios, pois a Secretaria

de Saúde conta com 90,08% da amostra de cirurgiões dentistas os quais foram contratados através de concurso público, o que confere uma legalidade e uma certa estabilidade do profissional, evitando deslocamentos para outros serviços, aspecto este propiciado por outras formas de contratação, tais como revela Machado (2002). Observou-se, também, que 52,07% da amostra cursaram faculdade particular.

Machado (2002), ao traçar o perfil de médicos e enfermeiros atuantes no PSF no Brasil em 2000, encontrou um resultado diferente ao deste estudo: 40,5% dos médicos e 38,9% dos enfermeiros relataram que atuam por meio de contratos temporários. A autora comenta que essa flexibilização das relações de trabalho verificada no programa, aliada à grande oferta de vagas nos vários municípios, resultam em freqüentes mudanças dos profissionais, o que compromete a continuidade do programa, principalmente no que diz respeito à relação com a comunidade e a credibilidade do mesmo.

Quanto à associação do tempo em que trabalha na SMS e a forma de contratação, observa-se associação significativa ($p < 0,00001$), onde profissionais que trabalham até 10 anos na SMS (10,75%) são concursados, entre os que trabalham entre 5 e 10 anos (10,26%) também são concursados, e entre 10 a 15 anos (38,0%) também são concursados.

Em outubro de 2004 foi aprovado pela Prefeitura Municipal de Campinas, por decreto, o Plano de Cargos (optativo). Considerou-se ser importante a obtenção de uma amostra dos profissionais que optaram pelo plano, tendo em vista que esta contribuiria para uma análise administrativa ao que se refere aos recursos de financiamento. Conseguiu-se detectar que 90,91% aderiram ao plano, onde 50,41% consideraram o plano satisfatório; no entanto, não sentiam compensação salarial, sendo que 19,01% justificaram que houve aumento salarial, 14,9% justificaram que o aspecto mais importante seria a valorização profissional. Este plano foi desconsiderado sob decreto, paralisando-o temporariamente pela

administração que assumiu o governo em 2005, assumindo o compromisso legal de revisar seus aspectos legais.

Os servidores de saúde de Campinas se diferenciam de outras cidades que têm o PSF implantado quanto à jornada de trabalho, pois uma característica de Campinas é que a jornada máxima é de 36 horas semanais, abrigando um percentual da amostra 39,67% de 36 horas, que estão incorporados nas equipes de PSF, 52,07 % de 20 horas, que trabalham como apoio das equipes de referência e 8,3% de 30 horas. Ainda deve-se considerar que 68,69% trabalham em outros empregos, ou seja, na clínica privada.

Este é um diferencial que coloca o Paidéia contrapondo-se às diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde que atribui ao profissional C.D a carga horária de 40 horas semanais.

Ainda pode-se observar que a rede municipal de Campinas conta com profissionais altamente qualificados nas mais diversas áreas de especializações, 58,7% tem cursos de especialização, sendo que 29,75% em Saúde Coletiva, e o restante da amostra nas mais diversificadas áreas de atuação técnica.

Ao nos referir ao ponto alto deste trabalho que diz respeito a inclusão da odontologia no PSF, de acordo com a inclusão da saúde bucal no PSF através da portaria n.267 do Ministério da Saúde, tentar-se-á demonstrar os aspectos de operacionalização da rotina do Cirurgião dentista e equipe de referência.

Para tal evidencia-se que 90,08% dos cirurgiões dentistas participam das reuniões de equipes de referência das áreas adscritas, e quanto a periodicidade dessas reuniões 71,90% relatam que em suas unidades de saúde, são semanais, o que se pode aferir que existe uma grande mudança da posição frente à nova organização de trabalho que retira a antiga posição do C.D, que se restringia ao atendimento no consultório odontológico, de forma isolada dos outros profissionais da UBS, e, passa a compartilhar saberes técnicos, de forma a buscar ferramentas

que contribuam na elaboração de projetos terapêuticos para o paciente /famílias./comunidade.

Quanto à avaliação dos CDs em relação à importância das reuniões, 53,71% dos entrevistados consideraram estas reuniões muito importantes e 20,66% as consideram imprescindíveis, aspecto este que justifica a importância de diferentes profissionais com especificidades distintas incorporarem o objeto de trabalho para desenvolver um trabalho coletivo em saúde.

Verificou-se que 58,68% registram esta atividade em atas de reunião, 22,31% não utilizam nenhum registro e 16,52% o fazem através de anotações próprias. Tendo em vista a importância desses registros, observa-se em planilhas padronizadas pela SMS que realmente este dado não é elencado, sugerindo-se a necessidade de padronização de planilhas para possibilitar a facilitação de avaliações de dados.

Segundo Pinto (1986), o que torna científica uma avaliação não é a descoberta de uma única verdade e, sim, o esforço para verificar observações e validar o seu significado ou seus diferentes significados.

Segundo 35,54% dos CDs identificam como problema na equipe de referência entre CD e outros profissionais o aspecto referente à responsabilização e envolvimento dos profissionais, como também a dificuldade de participação nas reuniões, que implica uma porcentagem de 25,62%, justificada devido a demanda reprimida corresponder ao fator dificultador.

Quanto à associação dos cirurgiões dentistas segundo tempo de trabalho na SMS e possibilidade de estabelecer vínculo usuários/família, 40,00% dos CDs com até 10 anos de formados responderam que é possível estabelecer vínculo usuários/família e 60% responderam que não. Entre os que têm mais de 10 anos, 35,19% responderam que sim e 64,90% responderam que não existe possibilidade

de se estabelecer vínculo usuário/família e 2 não, onde se observa diferença significativa.

Quanto à associação entre os CDs que apresentam até 10 anos de formados, 40 (n=1) responderam que acham dificuldades para estabelecer o vínculo com as famílias e que existem usuários que preferem ser atendidos emergencialmente e não aceitam outro tipo de ajuda. Já entre os que têm mais de 10 anos de formado 35,19% (n=42) apontaram essa dificuldade, $p=0,044$.

Quanto à associação da jornada de trabalho dos cirurgiões dentistas da SMSC com a possibilidade de estabelecimento de vínculo dos cirurgiões dentistas com usuário/família observa-se associação significativa $p=0,016$, quanto à jornada de trabalho, onde 24,20% dos profissionais que trabalham 20 horas responderam que existe possibilidade de estabelecer vínculo com usuários e família, 11,30% responderam que não é possível de se estabelecer vínculo e 64,50% às vezes é possível. Dos profissionais que trabalham 30 horas, 60% responderam que é possível estabelecer vínculo, 10% respondeu que não é possível e 30% às vezes é possível. Dos que trabalham 36 horas, 48,90% responderam que é possível estabelecer vínculo, 6,40% responderam que não, e 38,30 % responderam que às vezes é possível estabelecer vínculo com usuários/família.

Não houve associação significativa entre o tempo de formado e as demais questões de organização do trabalho ($p > 0,05$).

Segundo Campos (2003), a constituição de vínculo depende de movimentos, tanto dos usuários quanto da equipe do lado do paciente, e que somente se constituirá vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir, de algum modo, para a defesa da sua saúde.

O vínculo se dá através do ouvir o paciente, para que se possa detectar os rumores que serão importantes para se detectar as causas que determinam seu sofrimento. Para tal, o profissional deverá estar disponível e ter conhecimento

sobre a inter-relação entre e as pessoas que precisam de ajuda e a equipe com recursos para intervir.

A pergunta que se faz diante deste relato é como os profissionais estão conseguindo articular este fator que se revela de grande complexidade e subjetividade, envolvendo usuários e profissionais, na organização do processo de trabalho e na forma de conceituar o vínculo.

Ainda, observa-se que a porta de entrada da UBS é onde os profissionais se deparam com problemas de saúde e outras dificuldades sociais que devem ser enfrentadas, através da organização desses, para dar conta das necessidades apresentadas pelos usuários, onde 88,42% dos cirurgiões dentistas adotam critério de risco em saúde bucal, lançando mão, portanto, da ferramenta epidemiológica para organizar sua demanda e dinamizar o processo de trabalho. Como também, 71,90 % adotam o risco sistêmico e 63,63 adotam o risco social.

Observa-se que na maioria das UBS distribuídas nos respectivos distritos relata-se que 51,24% adotam a triagem do grau de necessidade odontológica 14,88% ainda adotam a agenda por ordem de chegada através de senha e 28,10% adotam outras formas de atendimento, as quais não foram descritos.

É importante salientar a importância de outros profissionais das equipes de referência das UBS na captação de usuários que necessitam de tratamento odontológico, como também a reciprocidade do cirurgião dentista quanto aos grupos vulneráveis. Observa-se nas UBS de Campinas a participação de profissionais de outras qualificações técnicas no encaminhamento de usuários de risco odontológico para este setor.

“As investigações em saúde demonstram que os piores índices de saúde encontram-se entre os grupos populacionais mais vulneráveis localizados na base da pirâmide social”. Essas disparidades podem ser verificadas nas condições de vida e saúde entre diferentes grupos sociais e entre distintas áreas geográficas do

mesmo país. Tradicionalmente, a epidemiologia ocupa-se dessa temática, e inúmeros estudos apontam para as desigualdades de adoecer e morrer na sociedade, assinalando as diferenças em relação ao lugar, tempo, idade e sexo, bem como entre grupos, etnias, gênero e classes sociais (Viana *et al* 2003).

Segundo 95,04% dos entrevistados (n=115), estão sendo realizados encaminhamentos para atendimento odontológico de usuários provenientes de captação por outros profissionais da equipe de referência, 4,13% (n=5) responderam que não e uma pessoa respondeu que não sabe.

Observa-se que existe uma grande preocupação e uma mudança na forma de se fazer saúde, onde todos os profissionais não restringem sua prática simplesmente aos seus limites técnicos, na fragmentação do indivíduo, mas sim o consideram como um todo, relevando seus aspectos sociais, culturais e econômicos, envolvendo todos os profissionais da UBS e outros setores, o que justifica o modelo implementado de forma a construir um arcabouço que contemple uma maior qualidade de assistência e promoção de saúde.

Comprovando esta temática pode-se observar que existe um empenho dos cirurgiões dentistas em capacitar (40,50%) outros setores da UBS, para que estes tornem-se multiplicadores e captadores, colaborando em encaminhar usuários com necessidades odontológicas, o que justifica um certo grau de complementaridade das equipes.

Constata-se ainda que 68,59% dos médicos contribuem com os encaminhamentos, como também 56,0% referem-se aos agentes de saúde.

Observou-se que um percentual muito pequeno 7,4%, dos entrevistados avaliam as capacitações que estes realizam, quanto à eficácia e eficiência, e segundo a forma de serem registradas; 30,57% relatam que não as registram, 21,4% registram em planilhas de atendimento e 14,0% em livros de procedimentos.

Quanto às dificuldades apontadas pelos CDs segundo encaminhamentos para especialidades, 84,0% consideram os encaminhamentos insatisfatórios, registrando-se como a maior dificuldade de encaminhamento para a área de periodontia, na porcentagem de 36,26%, em segundo lugar para prótese com 27,47% e para endodontia 23,46%.

Na questão da equidade, um dos maiores pilares em que assenta o PSF, leva a pensar sobre a dimensão que este conceito traduz. A questão do acesso, hoje tão discutida por vários autores, confirma a preocupação de se tentar definir melhor este conceito, ou seja, o fator oferta, característica dos serviços e dos recursos públicos limitam sobremaneira a credibilidade do setor, tanto ao que diz respeito aos profissionais envolvidos, quanto aos usuários na sua capacidade de utilização desses serviços.

Donabedian (1990) distingue duas dimensões da acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica e indica que essas dimensões se inter-relacionam. Acessibilidade sócio-organizacional inclui todas as características da oferta dos serviços, exceto os aspectos geográficos, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso dos serviços. Por exemplo, políticas formais ou informais que selecionam os pacientes em função de sua condição social, situação econômica ou diagnóstico. Acessibilidade geográfica relaciona-se à fricção do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo de viagem, entre outros. Acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes. Vários autores diferem do conceito de Donabedian (1990), ampliando este conceito, incluindo outros atributos que são tomados não como base na oferta, mas sim na relação entre a oferta e indivíduos.

Starfield (2001) distingue acesso de acessibilidade. Acessibilidade refere-se a características da oferta e o acesso é a forma como as pessoas

percebem a acessibilidade. Outros autores apontam também que a forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta a decisão de procurá-los. Essa percepção é influenciada pela experiência passada com os serviços de saúde.

Com certeza não se esgotarão nesta pesquisa todos os conceitos trazidos à tona a respeito do acesso ou acessibilidade, mas pode-se concluir que, diante dos dados obtidos, demonstra-se que a questão do acesso não se restringe somente à percepção e à subjetividade do profissional envolvido, que enxerga somente a capacidade organizacional instalada, mas vários fatores explicativos podem conduzir melhor a condição de saúde das pessoas, orientando assim políticas que sejam facilitadoras e favoreçam o desempenho dos sistemas de saúde.

Quanto às visitas domiciliares, observou-se que 45,45% responderam que realizam visitas domiciliares e dos 54,5% que não realizam visitas domiciliares, 15,70% justificam que a demanda assistencial excessiva e 11,60% justificam que não é requisitada. Estes também relatam (1,65%) que ela não têm resultados, 23,9% que elas são razoavelmente sucedidas e 15,70% bem sucedidas (n=60). Sendo que 26,44% as registram em livros de procedimentos e 12,39% não as registram.

Objetivou-se captar também a percepção do cirurgião dentista frente às novas diretrizes do processo de trabalho, que revelou que 41,32% sentem-se motivados com a nova proposta, 26,4% sentem-se impotentes, 19,0% estressados, 15,70% desmotivados e 5,0% indiferentes.

A participação dos CDs nos núcleos de Saúde Coletiva corresponde a 14,04%, uma característica inovadora do Paidéia, que ainda tem uma participação incipiente da classe odontológica.

De acordo com pesquisa recente, Vilela (2005) demonstra a importância de todos os profissionais da UBS participar do Núcleo de Saúde Coletiva, tendo em vista um diferencial criado pela nova diretriz do Paidéia, que descentraliza as ações de vigilância à saúde de um único profissional, que até então era a “moça da vigilância”, assim como a autora o denominou. Os profissionais de todas as áreas se apropriam de novos saberes e utiliza banco de dados para poder analisá-los e constroem intervenções na comunidade e minimizar os agravos à saúde.

A implantação dos Núcleos de Saúde Coletiva no SUS Campinas é uma experiência ainda em curso, em fase de consolidação, quando se considera a existência do referido arranjo na maioria das Unidades Básicas de Saúde do município.

Vilela (2005), utilizando como referência os documentos oficiais da SMS sobre as atribuições dos NSC, afirmou ser possível dizer que a realidade cotidiana ainda está distante do ‘ideário’ construído pela direção da Secretaria. Pelo menos no que diz respeito a três aspectos importantes: a organização e produção de dados, realização de análises e disseminação da informação; o apoio técnico e operacional às equipes de referência, ‘matriciando-as’ e promovendo a articulação das ações coletivas interna e externamente à Unidade de Saúde, contribuindo, inclusive, com a organização de um sistema hierarquizado de vigilância em saúde no município e, por último, o conhecimento detalhado do território, seus problemas, riscos e recursos disponíveis, colaborando com a tomada de decisões junto às equipes de referência, acerca das intervenções necessárias nas áreas de abrangência das equipes e da Unidade como um todo, de preferência em conjunto com a comunidade.

Para Vilela, “o conceito de complementaridade na SMSC, ainda está por se construir, para se conseguir o ideário das diretrizes estabelecidas pelo SUS e pelo Paidéia, tendo em vista, a participação incipiente da comunidade odontológica da SMS na construção em defesa da vida”.

A participação dos CDs nos Conselhos Locais de Saúde é ainda incipiente, na proporção de 12,03%; no entanto, 18,7% da amostra alegam saber das reivindicações que são feitas referentes à saúde bucal. Estas correspondem em 7,43% a facilitação de acesso e 4,3% aumentar recursos humanos.

Ao finalizar este trabalho de pesquisa tornou-se imperativo colher a impressão do cirurgião dentista frente à inserção do cirurgião dentista no SUS. Constatou-se que 76,03% dos entrevistados julgaram que foi de grande importância a percepção deste profissional de se mudar o enfoque de assistência, como também 33,06% reconhecem que houve uma adesão maior de usuários ao programa e 5,78% consideram que houve uma diferenciação salarial.

Quanto aos aspectos positivos que os CDs reconhecem na implantação do Paidéia, 19,01% elegeram como aspecto positivo o processo de trabalho, que inclui a multidisciplinaridade e 4,96% enfocaram o controle social. Entretanto, apontaram aspectos negativos, elencando em maior proporção 26,45% o excesso de demanda, 12,40% a dificuldade do profissional e do usuário aderirem ao novo modelo, 10,74% apontaram a falta de gerenciamento e 4,96,% falta de resolutividade no novo modelo de atenção.

Desta forma, acredita-se esta pesquisa contribuirá para se repensar sobre os dificultadores que desafiam o cirurgião-dentista a participar desta nova forma de se produzir saúde, como também concluir os avanços conquistados pela classe odontológica com a sua inserção nesta nova estratégia, adquirindo saberes e contribuindo para a busca da justiça social construindo assim, uma assistência mais humanizada e equânime.

7 CONCLUSÃO

Concluiu-se, portanto que o PAIDÉIA se apresenta com princípios ampliados, e busca inovações norteadas pela necessidade de rupturas com o processo de trabalho em saúde visando a integralidade do indivíduo. A rede municipal conta na maioria com profissionais: do sexo feminino, especialistas, concursados, freqüentando reuniões semanais, adotando critérios de risco para organização da demanda, oferecendo apoio a grupos vulneráveis.

No entanto foram detectados à não horizontalização da jornada de trabalho (36 horas), que se diferencia do PSF, o que talvez possa constituir um dificultador ao que se refere ao fortalecimento de vínculo usuário/família. Outro aspecto se refere a falta de padronização de informações que impossibilitam processos avaliatórios; como também a dificuldade em referenciar para outras especialidades.

Finalmente, considera-se que os cirurgiões dentistas inseridos neste programa apresentam uma sensibilidade e comprometimento com as estratégias do programa superando suas habilidades, embora carecendo ser lapidado para que se concretize o ideário proposto que é saúde para todos.

REFERÊNCIAS*

Acurcio AF. **Análise da relação entre o acesso a dois serviços públicos de saúde, e os resultados na saúde dos indivíduos infectados pelo HIV em Belo Horizonte de 1984-1994** [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 1995.

Acurcio AF, Cherchiglia ML, Santos MA. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. **Rev Saúde Debate**. 1991 (33): 50-3.

Baldani MH, Fadel CB, Passamai T, Queiroz MGS A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná. **Cad Saúde Pública**. 2005; 21(4): 1026-35.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Reorganização das ações de saúde bucal em atenção básica. **Divulg Saúde Debate**. 2000(21): 68-73.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 267/GM, de 6 de março de 2001. **Diário Oficial União**. 2001 Mar 7. Seção 1, p.67.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. Área Técnica de Saúde Bucal. **A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Campinas (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **As Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde- Gestão 2001-2004 . Projeto Paidéia Saúde da Família-Campinas/ 2001. Campinas: SMS; 2001.**

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Campinas (cidade) Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância e A saúde Ambiental. Índice Condição de Vida. Campinas: SMS;2001a

Campinas (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Guia do SUS**. Campinas: SMS; 2003.

Campinas (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Estrutura do SUS - Campinas**. Campinas: SMS; 2003. Disponível em: URL: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/sus_campinas.htm#princip [2006 mar 10].

Campinas (cidade). Secretaria Ambiental de Desenvolvimento. **Relatório do Paidéia**, Portal da Saúde de Campinas. Disponível em: URL: <http://www.saúde.campinas.sp.gov.br> [2004 nov 14].

Campinas (cidade). Secretaria Municipal de Saúde; 2004. Disponível: URL: <http://www.campinas.sp.gov.br> [2004 abr 15].

Campinas (cidade). Secretaria de Recursos Humanos. Lei 12012/04. Cria o Plano de Cargos e Carreiras do funcionalismo municipal da Prefeitura Municipal de Campinas.

Campos GWS. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec; 1991.

Campos GWS. Reforma da Reforma. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 1994.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.229-66.

Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. 2v.

Contandriopoulus AP, Champagne F, Denis JL, Pieault RA. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.

Contandriopoulus AP, Champagne F, Denis JL, Pieault RA. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.

Cunha JP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde - princípios. Cadernos de Saúde I - Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED; 1998. p.12-26. *Apud* Roncalli AG. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva** [tese]. Araçatuba, Faculdade de Odontologia, de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista; 2000. 238p.

Donabedian A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med.** 1990; 114(11):1115-8.

Donabedian A. The assessment of need. In: Donabedian A, editor. **Aspects of medical care administration.** Cambridge: Harvard University Press; 1973. p.58-77

Donabedian A. **An introduction to quality assurance in health care.** New York: Oxford University Press; 2003.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de Trabalho em Saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública.** 1999; 15(2): 345-51.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE; 2001.

J Correio Popular 2004 RMC é sinônimo de uma nova realidade política e social. Disponível em URL; <http://cpopular.com.br/especiais/rmc/especialrhc01.shtm> [2006 maio 14].

Machado MH. Programa Saúde da Família no Brasil algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: Sousa MF, organizador. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec; 2002. p.125-32

Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Acolhimento – uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, organizadores. **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã VM; 1998.

Mendes Gonçalves RB. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.

Mendes-Gonçalves RB. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Cefor/SMS-SP/PMSP; 1992. (Cadernos Cefor, série Textos no 1). *Apud* Sala A, Nemes MIB, Cohen DD. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. **Cad Saúde Pública**. 1998; 14(4): 741-51.

Merhy EE, Onoko R. *Agir em Saúde, um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2004..

Murai HC, Sanna MC, Prado SRLA, Cunha ICKO. Caracterização de uma comunidade – um exemplo do uso das ferramentas da epidemiologia para o mapeamento das condições de vida e saúde das famílias. In: Cianciarullo TI,

organizador. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe; 2002. p.38-55.

Nemes MIB. Avaliação do trabalho programático na atenção primária à saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1995. Apud

Nunes ED. Interdisciplinaridade: conjugar saberes. **Saúde Debate**. 2002; 26(62): 249-58.

Perfil de Assistência Odontológica - Sistema de informação tabnet SIGAB 2004-2005. Disponível em: URL: <http://www.campinas.sp.gov.br> [2004 nov 14].

Pinto AMR. O fetichismo da avaliação. **Análise e conjuntura**. 1986; 1(2): 73-92.

Pinto LF, Machado MH, Oliveira SO. PSF: O que pensam os gestores municipais de saúde? **Rev Bras Saúde Fam**. 2000; 1(2): 52-7.

Roncalli AG **A Organização da demanda em Serviços Públicos de Saúde Bucal** [tese]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista; 2000.

Sala A, Nemes MIB, Cohen DD. A avaliação na prática programática. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. **Saúde do adulto: Programas e Ações em Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec; 1996. p.173-92. Apud Sala A, Nemes MIB, Cohen DD. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. **Cad Saúde Pública**. 1998; 14(4): 741-51.

SAS* Institute Inc., Cary, NC, USA, release 8.2; 2001.

Schraiber LB. **O Médico e seu trabalho**. São Paulo: Hucitec; 1993.

Schraiber LB. Programação em Saúde Hoje. São Paulo: Hucitec; 1993. Apud Sala A, Nemes MIB, Cohen DD. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14(4): 741-51.

Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. **Saúde do adulto**: Programas e Ações em Unidades Básicas. São Paulo: Hucitec; 1996. Apud Sala A, Nemes MIB, Cohen DD. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. ***Cad Saúde Pública***. 1998; 14(4): 741-51.

Secretaria Municipal de Saúde, Distrito Sudoeste e equipe do CS Vida Nova, Relatório sobre equipes de Referência : Modelo de Atenção à saúde na rede básica, janeiro 2001.

Sistema de informação tabnet 200- Especialidades Odontológicas – SIGAB- Perfil de assistência Odontológica Disponível em URL : <http://www.campinas.sp.gov.br> [2004 nov 14]

Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: Starfield B, organizador. **Atenção primária** — equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. p.207-45.

Starfield B. Improving equity in health: a research agenda. ***Int J Health Serv***. 2001; 13(3): 545-66.

Sulbrandt J. Avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos usuais. In: Kliksberg B, organizador. **Pobreza**: uma questão inadiável. Brasília: ENAP; 1994.

Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. ***Cad Saúde Pública***. 1998; 14: 429-35.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**. 2004; 20(Supl.2): S190-8

Viana ALD, Fausto MCR, Lima LD. Política de saúde e equidade. **São Paulo Perpec**. 2003; 17(1): 58-68.

Vilela MFG. **Da moça da vigilância ao núcleo de saúde coletiva na UBS: o que há de novo no modelo assistencial de Campinas** [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Zanetti CHG. **As marcas do mal estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ/MS; 1993.

ANEXO 1

Questionário aos Cirurgiões Dentistas da Secretaria Municipal de Campinas

1. Idade:
 2. Sexo () Masc. () Fem.
 3. Há quanto tempo trabalha na Prefeitura Municipal de Campinas? _____
 4. Ano de formação Acadêmica _____
 5. Qual a Faculdade em que se formou?
() particular () estadual () federal
 6. Qual foi sua forma de contratação?
() concurso público () indicação política
() comissionamento () outros cite _____
 7. Você aderiu ao plano de cargos aprovado por esta gestão administrativa?
() sim () não () talvez vou aderir
 8. Se sim, você considera que o plano foi:
() satisfatório () insatisfatório () indiferente
Justifique _____
 9. Qual a sua jornada de trabalho
() 20 horas 30 horas () () 36 horas
 10. Você trabalha em outros empregos:
Sim () Não ()
- Caso tenha respondido Sim responda a próxima questão:
11. Consultório próprio () outro emprego () outros ()
 12. Você tem curso de pós-graduação?

sim não cursando

13. Qual curso de pós graduação?

Especialização Qual? _____

Mestrado Qual? _____

Doutorado Qual? _____

Outros

14. O cirurgião dentista participa das reuniões de equipes multidisciplinares de sua UBS?

Sim Não

15. Qual a periodicidade dessas reuniões?

semanais mensais quinzenais sem programação

16. Como você considera a participação do dentista nessas reuniões de modo a equacionar com racionalidade os problemas da sua área de abrangência?

imprescindíveis muito importante pouco importante

não é importante

17. Qual a forma de registro que você utiliza para documentar sua participação e justificá-la?

atas de reunião anotações próprias nenhum registro

planilhas de procedimento

18. Qual o problema que você identifica na equipe de referência entre o CD e outros profissionais, na qual você está incluído?

comunicação entre os membros da equipe (não falam a mesma linguagem)

responsabilização e envolvimento

dificuldade de participação nas reuniões com datas pré-fixadas.

outros citar

19.Você considera que foi possível estabelecer vínculos com as famílias cadastradas de sua área de abrangência?

Sim Não às vezes

20.Qual a dificuldade que você apontaria para estabelecer o vínculo com as famílias?

existem usuários que preferem ser atendidos emergencialmente e não aceitam outro tipo de ajuda

temos poucos recursos sociais para oferecer

as ações curativas exigem maior tempo de atuação,impedindo personalizar o vínculo

outros citar

21.A equipe tem trabalhado com critério(s) de risco(s) para a identificação dos indivíduos/famílias mais vulneráveis?

Sim Não

22.Quais desses critérios de risco vem sendo adotados pela equipe:

Risco em saúde bucal Sim Não não sei

Risco sistêmico Sim Não não sei

Risco social Sim Não não sei

23.A classificação de risco tem sido levada em consideração para efeito da organização do agendamento?

Sim Não não sei

24.Na sua UBS existem grupos vulneráveis que recebem apoio da equipe?

Sim Não não sei

caso afirmativo responda a próxima questão:

25.Você participa de atividades educativas e preventivas destes grupos

Sim Não

Se sim Quais?

26.Você avalia periodicamente quanto à eficácia e eficiência essas atividades?

Sim Não às vezes

Como?

27.São registradas essas ações de que forma?

não são registradas

planilhas de atendimento

livros de procedimentos

outros Citar

28.Como a ESB vem organizando o atendimento das urgências na rotina de trabalho?

ordem de chegada com senhas

triagem do grau de necessidade

outros especifique:

29.Estão sendo realizados captação de usuários provenientes de captação por outros profissionais da equipe de referência para você?

sim não não sei

30.Quais os profissionais que tem colaborado com essas captações e encaminhamentos?

médicos

enfermeiros

agentes de saúde

outros citar

todos

31.Você tem realizado capacitação de outros profissionais de outras áreas com enfoque em saúde bucal?

Sim Não

32. Se sim, quais profissionais você poderia citar:

- professores
- agentes comunitários
- monitores de creche
- outros Citar

33. Você avalia periodicamente quanto a eficácia e eficiência essas atividades?

- Sim Não às vezes
- Como?

34. São registradas essas ações de que forma?

- não são registradas
- planilhas de atendimento
- livros de procedimentos
- outros Citar

35. Quanto ao encaminhamento para especialidades você diria que é :

- satisfatório insatisfatório

36. Qual a especialidade de maior dificuldade de encaminhamento? Enumere de forma da maior dificuldade para a menor dificuldade

- periodontia
- buco-maxilo-facial
- endodontia
- prótese
- patologias
- radiologia

37. Você realiza visitas domiciliares ?

- Sim Não Por quê? _____

38. Você considera que elas são:

- muito bem sucedidas
- bem sucedidas
- razoavelmente sucedidas
- não tem resultado

39. Como você registra essas visitas domiciliares?

- não registra
- livros de procedimentos
- prontuários do paciente
- outros cite

40. Em relação as novas diretrizes do processo de trabalho objetivando a promoção de saúde você se sente:

- motivado
- impotente
- estressado
- desmotivado () indiferente

Justifique sua resposta:

41. Você é membro do Núcleo de Saúde Coletiva?

- Sim () Não

42. Você participa das reuniões do Conselho Local?

- Sim () Não

43. Existe nessas reuniões espaço de discussão ao que se refere a saúde bucal?

- Sim () Não

44. Caso não participe, você tem conhecimento das reivindicações que são feitas?

- Sim () Não () quais? _____

45.Você considera que a inserção do dentista no SUS teve como maior vantagem:

- a percepção do C.D na importância de mudanças assistenciais para se obter maior resolutividade
- permitiu maior adesão de usuários ao programa
- possibilidade de diferenciação salarial
- outros cite

46.Caso você queira enriquecer esta pesquisa, gostaria que o colega complementasse, dando sua contribuição fazendo alguma referência que achasse necessária em relação a alguma dificuldade ou pontos positivos que se refere ao novo processo de trabalho?

Caro colega, agradeço muito pela sua cooperação e pela paciência em responder este questionário que será de grande valia para que se possa refletir sobre a importância do papel do CD na equipe de trabalho, trazendo melhores enfoques a odontologia e a saúde pública.

Maria Cristina S.Cerávolo
CROSP 16441

ANEXO 2

Caro colega,

Eu, Maria Cristina Silveira Cerávolo, mestranda do curso de Saúde Pública e exercendo a função de Cirurgiã Dentista há 25 anos nesta instituição, venho apresentar-lhe um questionário que servirá de subsídio para argumentação de meu trabalho de dissertação a respeito do tema que se intitula Saúde Bucal no Programa Paidéia Saúde da Família, para tal conto com sua livre e espontânea participação, que estará sob total sigilo como será demonstrado através da forma de apresentação e entrega e que não contará com sua identificação. Serei muito grata com sua fidelidade e sinceridade nas respostas de forma que contribuirá para que o trabalho seja enriquecido e traga valiosas informações que justifique os avanços e desafios da odontologia inserida no Programa Paidéia Saúde da Família.

Desde já agradeço sua participação me comprometendo em socializar os resultados assim que concluir minha dissertação. Atenciosamente

Maria Cristina S. Cerávolo
CROSP 16441

ANEXO 3

À Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

A/c Dr Roberto Marden

Diretor de Saúde da Secretaria Municipal de Campinas

Eu, Maria Cristina Silveira Cerávolo, R.G. 6913369, cirurgiã-dentista, servidora pública desta Secretaria de Saúde, sob o registro 83703-2, mestranda do Curso de Mestrado Profissionalizante em Odontologia Social e Coletiva da Faculdade de Odontologia da Unicamp –FOP, venho por meio deste, requerer a permissão para realizar um questionário para os profissionais odontólogos desta Secretaria Municipal e utilizar o Banco de dados desta instituição, "que subsidiará elementos para minha dissertação de mestrado intitulada : "A inserção do Cirurgião Dentista no Programa de Saúde Paidéia- Campinas-S.P,BR: percepções e desempenho do profissional na construção de uma nova agenda de saúde", projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo CEP nº 110/2004 de acordo com a resolução 196/96.

Desde já, agradeço sua atenção a esta solicitação, me propondo a socializar os resultados com esta instituição.

Atenciosamente,

Campinas, de novembro de 2004

Maria Cristina Silveira Cerávolo

CROSP 16441

ANEXO 4

CORRESPONDÊNCIA DESTINADA AO CIRURGIÃO-DENTISTA

Prezado cirurgião dentista,

Antecipadamente agradecemos pela sua atenção e pelo seu tempo.

Em anexo encaminhamos um questionário, parte integrante da dissertação intitulada: **“Inserção do Cirurgião Dentista no Programa de Saúde Paidéia de Campinas-S.P.: percepções e desempenho do profissional na construção de uma nova agenda de saúde, 2004”**, que está sendo desenvolvida por mim aluno de mestrado, junto à Faculdade de Odontologia de Piracicaba (UNICAMP-SP) na área de Saúde Coletiva.

Neste estudo por amostragem estamos encaminhando 230 correspondências, as quais caso tenhamos sucesso, representarão todos os profissionais do Município de Campinas-S.P vinculados à Secretaria Municipal de Campinas Sendo assim, cada formulário não respondido, de maneira simplista, implicará na teórica não representação de muitos profissionais.

O assunto do qual trata a pesquisa é de grande importância para os profissionais da área de odontologia, pois necessário se faz, voltarmos a nossa atenção para o processo de trabalho idealizado pela Reforma Sanitária que influencia direta ou indiretamente na vida do cirurgião dentista bem como de sua equipe de trabalho. Sua resposta é imprescindível para que tenhamos uma amostra confiável e representativa do conhecimento de todos os cirurgiões dentistas para que possamos utilizar os dados de modo a colaborar com estratégias que desenhem um modelo de assistência que além de contribuir e facilitar o desempenho do profissional, o valoriza pelo atendimento humanizado e solidário ao usuário criando assim um sistema ético e justo.

Garantimos o completo sigilo de sua participação no presente estudo. Seu questionário não será identificado.

Para cumprir o protocolo legal de pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96) segue também em anexo, separado do questionário para garantir sigilo, o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” que você deve preencher e assinar. Peço que após preenchê-lo, junte-o ao questionário e envie através do envelope selado em anexo.

Em caso de dúvidas não hesite!

Ligue para 0xx (019) 32941701 ou 019) 96056164 e suas dúvidas serão esclarecidas. Falar com Cristina. ***A ligação pode ser à cobrar.***

Desde já agradeço.

Maria Cristina Silveira Cerávolo CRO-SP 16.441

ANEXO 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está recebendo um questionário que faz parte de um Projeto de Pesquisa intitulado **“Inserção do Cirurgião Dentista no Programa de Saúde Paidéia de Campinas –S.P.: percepções e desempenho na construção de uma nova agenda de saúde.”** Este trabalho tem como objetivo verificar como o cirurgião Dentista inserido no novo modelo de assistência preconizado pelas diretrizes do programa de Saúde Paidéia desempenha sua função de acordo com novos saberes e sua capacidade de relacionar-se com as equipes multidisciplinares de modo a contribuir para que se desenhe uma nova odontologia com um cirurgião dentista altamente envolvido com o processo de trabalho que possa reconstruir um novo modelo de atenção à saúde.

Para o presente estudo foi elaborado um questionário com algumas questões. A partir de cada resposta obtida é que será feita a análise de cada categoria estudada. É importante, portanto, responder o questionário completo.

Solicitamos que após respondê-lo cuidadosamente, o mesmo seja colocado no envelope e devolvido. Você não precisa se identificar no questionário. Contudo, temos um prazo para que a pesquisa seja feita e concluída. Devido tal fato, pedimos gentilmente que responda o mais rápido possível.

As respostas não oferecem qualquer desconforto, risco ao entrevistado pois se trata de aplicação de questionário para pesquisa científica, estando o mesmo submetido às normas vigentes sobre ética em pesquisa as quais resguardam absolutamente a privacidade do entrevistado bem como o sigilo de suas respostas e sua liberdade de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. Você deverá ficar com uma cópia deste papel (o TCLE).

Não há qualquer ônus para o entrevistado e sua participação é voluntária.

Em caso de dúvida sobre seus direitos entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba- UNICAMP no endereço: -Av. Limeira nº 901, Caixa postal 52 Cep. 13414-900, Piracicaba SP Brasil ou com Dr^a Maria Cristina Silveira Cerávolo pelo telefone (019) 32941701 ou (019) 96056164

Apenas para cumprir o Protocolo Legal de pesquisa é necessário que você expresse seu consentimento por escrito no presente termo, como segue:

Eu, _____, Cirurgião-Dentista, regularmente inscrito no CRO-SP, certifico que, tendo lido o acima exposto e suficientemente esclarecido(a), estou plenamente de acordo em participar da pesquisa respondendo o questionário e estou ciente de que os resultados obtidos serão publicados para difusão do conhecimento científico, porém sem individualizações.

Por ser verdade, firmo o presente.

Atenciosamente.

Campinas,.. (dia).. de.. (mês).. de 2004.

Nome completo:.....

Assinatura:.....

Av. Limeira, 901 – Caixa Postal 52
CEP 13414-900 – Piracicaba – SP – Brasil
Telefone : (019) 3412-5200 / 3412-5201

Fax : (019) 3412-5218
E-mail : admfop@turing.unicamp.br
Home page :
<http://www.unicamp.br/fop>