

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

VANESSA BARREIROS GONÇALVES

**PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS COM RELAÇÃO À
ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA
À FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE
PIRACICABA DA UNICAMP PARA OBTENÇÃO
DO TÍTULO DE MESTRE EM ODONTOLOGIA
EM SAÚDE COLETIVA**

ORIENTADOR: Prof.Dr. Fabio Luiz Mialhe

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELA ALUNA VANESSA BARREIROS GONÇALVES,
E ORIENTADA PELO PROF. DR.FABIO LUIZ MIALHE**

Assinatura do Orientador

PIRACICABA, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
GARDÊNIA BENOSSI – CRB8/8644 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

G586p Gonçalves, Vanessa Barreiros, 1978-
 Percepções de profissionais e usuários com relação à
 odontologia na estratégia de saúde da família / Vanessa Barreiros
 Gonçalves. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2011.

 Orientador: Fábio Luiz Mialhe.
 Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas,
 Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

 1. Sistema Único de Saúde. 2. Medicina de família e
 comunidade. 3. Saúde bucal. 4. Satisfação dos consumidores. 5.
 Recursos humanos em odontologia. I. Mialhe, Fábio Luiz. II.
 Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia
 de Piracicaba. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: Perceptions of health professionals and users towards dental care in family health strategy

Palavras-chave em Inglês:

Unified health system

Family practice

Oral health

Consumer satisfaction

Dental staff

Área de concentração:

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Fábio Luiz Mialhe [Orientador]

Maria Gabriela Haye Biazevic

Eduardo Hebling

Data da defesa: 11-07-2011

Programa de Pós-Graduação: 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 11 de Julho de 2011, considerou a candidata VANESSA BARREIROS GONÇALVES aprovada.

Prof. Dr. FABIO LUIZ MIALHE

Prof. Dr. EDUARDO HEBLING

Profa. Dra. MARIA GABRIELA HAYE BIAZEVIC

Dedico este trabalho a minha família por ser amor incondicional sempre e em todo lugar. Por me apoiar em minhas escolhas e por me incentivar a ser uma pessoa melhor a cada dia.

AGRADECIMENTOS

Ao Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP, representada por seu Diretor, Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior.

À Profa. Dra. Renata M. R. Garcia, Coordenadora dos cursos de Pós-Graduação da FOP/UNICAMP e à Profa. Dra. Cíntia Pereira Machado Tabchoury, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da FOP/UNICAMP.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, Coordenador do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissionalizante em Odontologia em Saúde Coletiva da FOP/UNICAMP, pela oportunidade do ingresso neste mestrado, por acreditar no meu potencial e por ser uma pessoa tão incentivadora.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Fabio Luiz Mialhe, pelo empenho e paciência no desenvolvimento deste trabalho. Agradeço imensamente por todo apoio e conhecimento transmitido. Sua dedicação me incentiva a me tornar melhor como profissional e como pessoa. Muito obrigada por tudo!

À Profa. Dra. Luciane Guerra pelo carinho e colaboração especial em um momento crucial, muito obrigada!!

Aos Docentes do Departamento de Odontologia Social da FOP/UNICAMP e a todos os Professores convidados, pelos conhecimentos repassados e que foram responsáveis em impulsionar minha formação, com a abertura de novas perspectivas dentro da área de Saúde Coletiva.

Aos membros da banca examinadora da Qualificação e Defesa, professores: Dagmar de Paula Queluz, Marcelo de Castro Meneghim, Luciane Guerra, Fabio Luiz Mialhe, Eduardo Hebling, Karine Laura Cortellazzi, Renato Pereira da Silva e Rosana de Fátima Possobon pela disponibilidade de contribuírem com correções e sugestões para este trabalho.

Às secretárias do Departamento de Odontologia Social, principalmente à Eliana Aparecida Mônaco Nogueira, pela disponibilidade em sempre ajudar.

À Marilene Girello pela importantíssima colaboração no ajuste final do trabalho.

À Secretaria de Saúde do município de Jequié-BA, principalmente ao coordenador de Saúde Bucal, Dr. Domingos Oliveira, pela autorização na realização da pesquisa.

Aos profissionais das Unidades de Saúde da Família, principalmente aos dentistas, bem como aos usuários que participaram desta pesquisa, meus sinceros agradecimentos pela disponibilidade, receptividade e colaboração.

Aos companheiros da UESB, em especial, aos amigos Barbara Tavares e Josenildo Alves, pelas valiosas trocas de experiências.

Aos meus alunos queridos Fernanda Andrade e Danillo Lyrio, pelo apoio no momento que mais precisava.

A todos os colegas do Mestrado, pela maravilhosa e inesquecível convivência. Vocês são especiais, aprendi bastante com cada um de vocês.

Aos meus pais maravilhosos sempre presentes em todas as minhas decisões, obrigada por serem a base de todo meu existir, sem vocês nunca chegaria até aqui. Aos meus irmãos amados, por todo amor e cumplicidade.

À Família Romano, por toda hospitalidade, receptividade e carinho. Vocês são especiais.

Aos meus amigos queridos, que graças a Deus são muitos, impossibilitando citar o nome de cada um aqui. Obrigada pela torcida positiva sempre! Amo vocês!

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

RESUMO

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem se tornado nos últimos anos a principal estratégia para alavancar a reorganização dos serviços de saúde na atenção básica do nosso país e, desde 2000, a Odontologia foi inserida neste contexto visando à reestruturação de todas as ações e práticas em saúde bucal na Atenção Básica. O objetivo deste estudo foi avaliar a percepção de profissionais e usuários com relação à Odontologia no PSF. Para este fim, participaram 15 Cirurgiões-Dentistas (CDs) que faziam parte de equipes de saúde bucal do PSF de um município baiano e 308 usuários, conforme estabelecido por cálculo amostral. Foram utilizados questionários autoaplicáveis como instrumento de coleta dos dados para os dentistas e, para o grupo de usuários, um questionário foi aplicado pelo pesquisador principal. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e pelo uso do teste do qui-quadrado, teste exato de Fischer e análise de regressão logística. Os resultados demonstraram que a maioria (86,6%) dos CDS participantes afirmou realizar o atendimento clínico como atividade predominante dentre as ações de saúde bucal, enquanto que as atividades preventivas foram desempenhadas com menor frequência. A remuneração foi vista como negativa por 78,6% dos profissionais, apesar de 71,4% relatarem satisfação em trabalhar no PSF. Com relação aos usuários, apenas 39% relataram ter, em algum momento, procurado o serviço de Odontologia e, dentre estes, o grau de satisfação com o atendimento proporcionado pelas equipes de saúde bucal foi elevado (95%). Conclui-se que o acesso dos usuários aos serviços de Odontologia no PSF ainda não é expressivo, existindo a necessidade de se averiguar e resolver os motivos que contribuem para esta situação. Além disto, observa-se a necessidade de se investir em processos de educação permanente dos profissionais. Apesar das adversidades encontradas, verificou-se que tanto os profissionais como os usuários relataram estar satisfeitos com a inclusão das atividades de Odontologia na estratégia de saúde da família. Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Saúde da Família, Saúde bucal, Satisfação dos consumidores, Recursos Humanos em Odontologia

ABSTRACT

The Family Health Program has become in recent years the main strategy to improve the organization of health services in primary care in our country and, since 2000, Dentistry has been included in this framework to restructure all actions and practices Oral Health in Primary Care. The aim of this study was to evaluate the perception of professionals and users in relation to Dentistry in the Family Health Program (FHP). To this end, involving 15 dentists that are part of oral health teams from one city in Bahia State and 308 users, as required by calculated sample. The questionnaires were self-applied as an instrument of data collection for dentists and for the group of users, the questionnaire was administered by the principal investigator. Data analysis was performed using descriptive statistics and by using the chi-square, exact Fischer test and logistic regression analysis. The results showed that the majority (86.6%) of dentists had reported to realize clinical care as a mainstream activity among oral health actions, while preventive activities were performed less frequently. The payment is viewed as negative by 78.6% of professionals, despite 71.4% had reported satisfaction in working for the FHP. For users, only 39% of users reported to have sought, at some time, the service of Dentistry, and of these the degree of satisfaction with the service provided by oral teams was high (95%). We conclude that users' access to dental services for the FHP is not significant and there is a need to investigate and solve the contributing reasons for this situation. In addition, there is the need to invest in continuing education of professionals. Despite the hardships encountered, it was found that both professionals and users reported being satisfied with the inclusion of activities of Dentistry at the family health strategy.

Key Words: Unified National Health System; Family Health; User's satisfaction; Human Resources in Dentistry.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CD – Cirurgião Dentista

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CPO – Cariado Perdido Obturado

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAB - Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIA – Programa de Inversão da Atenção

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PSF – Programa de Saúde da Família

SESP – Serviços Especiais de Saúde Pública

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

USF – Unidade de Saúde da Família

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VD – Visita domiciliar

FOP - Faculdade de Odontologia de Piracicaba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	
2.1 O Sistema Único Saúde (SUS).....	5
2.2 A Reorganização da Atenção Básica: O Programa de Saúde da Família (PSF)	11
2.3 A Trajetória da Saúde Bucal na Saúde Pública.....	14
2.3.1 Atenção odontológica no país a partir de 1950.....	14
2.3.2 Inserção da Odontologia no PSF.....	18
2.3.3 Brasil Sorridente.....	21
2.4 Um Olhar sobre o Programa de Saúde da Família: A importância da avaliação.....	25
3 PROPOSIÇÃO	31
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	33
5 RESULTADOS.....	37
5.1 Questionários aplicados aos dentistas.....	37
5.2 Questionários aplicados aos usuários.....	47
6 DISCUSSÃO	59
6.1 Acerca dos Profissionais.....	59
6.2 Acerca dos Usuários.....	66
7 CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS	79
ANEXOS	95

1 INTRODUÇÃO

Em 1988, a Constituição Federal consagrou a saúde como direito social através do artigo 196, que relata que 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.

Após a Constituição de 1988, seguiu a construção social do Sistema Único de Saúde (SUS), através de sua regulamentação pelas leis 8080 e 8142 de 1990, norteados pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, com o objetivo de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, enfatizando ações preventivo-promocionais, e democratizando informações em saúde relevantes, para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde (Oliveira & Borges, 2008).

Baseado neste contexto, e visando ampliar a atenção básica em saúde, em 1994 o Ministério da Saúde apresentou o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para consolidação do SUS, que utiliza a organização multiprofissional para a produção da saúde, estando, por isso, descrita como uma das diretrizes operacionais do programa a integralidade da atenção a partir de uma abordagem multiprofissional, devendo estimular a ação intersetorial, bem como a participação e o controle social (Brasil, 1997).

De acordo com o Ministério da Saúde (2000a), as ações realizadas pelas equipes de saúde da família incluem ações territoriais que extrapolam os muros das unidades de saúde, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários. A Saúde da Família vem se apresentando, em vários municípios, como estratégia de reorganização da atenção primária da saúde influenciando na reestruturação do modelo de atenção em sua totalidade.

A estratégia Saúde da Família tem como lógica o rompimento da organização disciplinar tradicional, fragmentada e prioritariamente voltada para a

dimensão biológica do processo saúde-doença, oferecendo condições para que médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, psicólogos, nutricionistas e demais profissionais sejam capazes de estabelecer conexões entre os conhecimentos específicos de cada profissão, a fim de proporem novas práticas de cuidado em saúde (Rabelo & Corvino, 2001).

Nesta nova visão, a publicação da Portaria Ministerial nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, anunciou oficialmente a inserção de profissionais de saúde bucal no PSF. A inserção da Odontologia no programa pode ocorrer sob duas modalidades, com variações dos incentivos financeiros: modalidade 1, composta de um cirurgião-dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e a modalidade 2, de um CD, um ASB e um Técnico em Saúde Bucal (TSB).

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004), o desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal segue os princípios da gestão participativa, ética, acesso e acolhimento, além dos princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade.

Durante muitos anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Essa situação vem sendo revertida, observando-se uma maior promoção da integração da saúde bucal aos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e de práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida (Brasil, 2006a).

Para o campo da Saúde Bucal, esta nova forma de se fazer as ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas, com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da

gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal (Brasil, 2004a).

Com mais de uma década de inserção no PSF, a saúde bucal ainda encontra desafios em sua trajetória para se sedimentar no programa. Com base nesta compreensão, faz-se necessária a realização de estudos que possam avaliar a tal inserção, através de diferentes visões (gestor, usuário e profissional), para que a partir daí sejam identificados possíveis problemas e que estes possam ser minimizados através de planejamentos e políticas de saúde futuras, visando uma atenção integral em saúde bucal.

Devido a expansão da oferta dos serviços de saúde bucal dentro do PSF, aumento da contratação de profissionais (CDs, ASBs e TSBs) pelo SUS e a elevada demanda da população visando a resolução dos agravos na cavidade bucal, ganham importância estudos que busquem avaliar a satisfação de todos os atores envolvidos nesta estratégia, sejam eles profissionais ou usuários. Entretanto, tais estudos ainda são incipientes, o que aumenta a importância dessa pesquisa.

O local escolhido possui uma Instituição de Ensino Superior em Odontologia, o que tem viabilizado incentivos para a realização de pesquisas inovadoras na área de Odontologia em Saúde Coletiva, através do financiamento de órgãos como a FAPESB, CNPq e o Pró-Saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O SUS, enquanto movimento de inclusão social, vem representando, ao longo de toda a sua existência, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (Brasil, 2007b).

O Movimento pela Reforma Sanitária, surgido na década de 70, foi liderado por profissionais e intelectuais da saúde que clamavam em conjunto com a população, por políticas mais universalistas. Era estabelecido, então, um contraponto ao modelo de desenvolvimento adotado pelo regime militar, cujos princípios induziam a economia do país a uma concentração de renda cada vez maior, com progressivo aumento das diferenças sociais e iniquidades, trazendo, como consequência, níveis de adoecimento maior para os extratos menos favorecidos da população.

Lideranças políticas, sindicais, populares, e até mesmo técnicos de instituições oficiais de saúde incorporaram-se a esse movimento, tendo seus ideais amplamente divulgados para toda a sociedade civil.

No início dos anos 80, a Previdência Social passava por profunda crise política, social e econômica, gerando uma insatisfação da população quanto à qualidade da assistência médica prestada, já que esta era vinculada ao sistema previdenciário. Além disto, surgiam, nessa mesma época, denúncias de fraudes com relação à atuação da iniciativa privada na saúde. Toda esta situação resultou na luta por políticas mais universalistas, com a defesa de uma política de saúde mais abrangente, democrática e igualitária, passando-se a propor alternativas para a sua reestruturação (Roncalli, 2004; Lourenço, 2005).

O Movimento Sanitário atingiu seu ápice com a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), que ocorreu em Brasília, em 1986 e que foi considerada um marco na história da saúde pública brasileira. Com a participação de cerca de 5.000 pessoas, entre elas usuários, trabalhadores de saúde,

lideranças sindicais, políticos e técnicos, ela serviu de base para a reestruturação do sistema de saúde brasileiro (Relatório Final da VIII CNS, 1986).

Foi na VIII CNS que se discutiu pela primeira vez no país o conceito ampliado de saúde (Relatório Final da VIII CNS):

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (...) Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Seu relatório final ficou consolidado como um instrumento que influenciou o Estado brasileiro a assegurar o direito à saúde para toda população, garantindo condições de acesso e qualidade dos serviços. Esse relatório serviu de subsídio para a elaboração da nova Constituição de Saúde do Brasil, que culminou na construção do SUS.

Após dois anos da VIII CNS, a Constituição de 1988, denominada de cidadã por apresentar conquistas sociais consideradas avançadas para aquele momento, introduzia o SUS em suas páginas, e determinava grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil, estabelecendo em seu artigo 196 que:

“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).

Quanto aos serviços, esclarece o artigo 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Em 1990, as Leis Federais 8080 e 8142 viriam a regulamentar esses preceitos constitucionais e estabelecer novas bases legais para o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro. A Lei 8080 dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, mostrando de forma clara os objetivos do SUS, suas competências e atribuições, assim como as funções da União, dos Estados e dos Municípios. Já a lei 8142, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a transferência intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990a/b).

Baseado nos preceitos constitucionais o SUS é apoiado por princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários dizem respeito às idéias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos são aqueles que organizam o SUS e orientam o processo, tentando concretizar o mesmo na prática, tendo os princípios anteriores como eixo norteador (Roncalli, 2003).

Dentre os princípios doutrinários, destaca-se:

Universalidade – É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal. Neste sentido, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. O SUS foi implantado com a responsabilidade de tornar realidade este princípio (Brasil, 1990c).

Equidade – É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, independente de onde o cidadão morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será

atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos (Brasil, 1990c). O objetivo da eqüidade é diminuir desigualdades. Mas, isso não significa que a eqüidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes. Eqüidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A eqüidade é um princípio de justiça social (Cunha & Cunha, 1998).

Integralidade - É o reconhecimento na prática dos serviços de que:

- cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;
- as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (Brasil, 1990c).

Dentre os princípios organizativos, destacamos:

Regionalização e Hierarquização - Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (Brasil, 1990c). O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A regionalização é, na maioria das vezes, um processo de articulação entre os serviços já existentes. A hierarquização deve, além de proceder a divisão de níveis de atenção, garantir formas de acesso a serviços que componham toda a

complexidade requerida para o caso, no limite dos recursos disponíveis numa dada região. Deve ainda incorporar-se à rotina de acompanhamento dos serviços, com fluxos de encaminhamento (referência) e de retorno de informações ao nível básico do serviço (contra-referência). Estes caminhos somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema (Cunha & Cunha, 1998). A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (Brasil, 1990c).

Descentralização - Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidades entre os três níveis de governo. Na saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. Quanto mais perto estiver a decisão, maior a chance de acerto. No SUS a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município. Isto significa dotar o município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. A descentralização, ou municipalização, é uma forma de aproximar o cidadão das decisões do setor e significa a responsabilização do município pela saúde de seus cidadãos (Cunha & Cunha, 1998). Cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Assim, a autoridade sanitária do SUS é exercida na União pelo ministro da saúde, nos estados pelos secretários estaduais de saúde e nos municípios pelos secretários ou chefes de departamentos de saúde (Costa & Souza, 2010).

Participação Popular - É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local (Brasil, 1990). Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as conferências

de saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde (Brasil, 1990c).

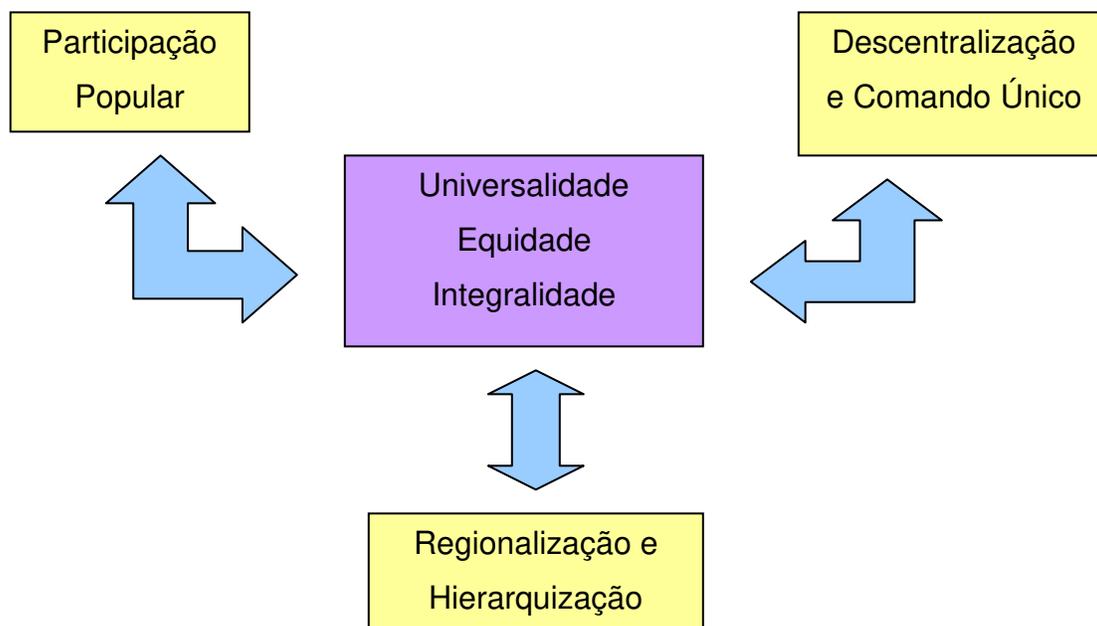


Figura 1: Princípios doutrinários e organizativos do SUS. Adaptado de Roncalli, 2000.

Com o objetivo de detalhar e tornar clara a forma de operacionalizar o sistema, foram implementadas a partir de 1991 as Normas Operacionais Básicas (NOBs), e em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Estas normas vem no sentido de concretizar a intenção do governo para que o SUS tenha perfeito funcionamento.

A NOB 91 cria a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que é a forma pela qual são remunerados os prestadores de serviço no país. A NOB 93 criou as comissões intergestoras tripartite, que são fóruns de negociação compostos por gestores das esferas federal, estadual e municipal, e a bipartite, composta pelos gestores estaduais e municipais. Já a NOB 96 teve como objetivo dividir a responsabilidade entre estados e municípios, integrar os sistemas municipais, organizar o sistema e definir os critérios de alocação de recursos. Esta norma implementou o Piso de Atenção Básica (PAB), estabelecendo um valor per capita para financiamento das ações de atenção básica. A NOAS, em 2001, foi criada com o intuito de definir o processo para regionalização da assistência,

atualizar o critério de habilitação dos municípios e ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica (Roncalli, 2004).

A implantação do SUS contribuiu para que todos os cidadãos tenham assegurado um padrão de vida digno. É difícil se pensar em um sistema de saúde universal e equitativo em um país como o Brasil, onde para muitos faltam condições de sobrevivência. Na verdade o SUS é uma estratégia das mais importantes para a construção de um país socialmente justo. Neste sentido, o SUS necessário, para que tenhamos uma sociedade mais justa, está definido nos seus princípios legais (Souza, 2009).

2.2 A REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

A decisão política que instituiu o SUS e reorganizou a rede assistencial com uma política de descentralização e universalização do acesso da população à atenção básica foi o norte inspirador da implementação da Estratégia de Saúde da Família nos mais diversos municípios brasileiros (Oliveira, 2008).

O PSF foi lançado oficialmente no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1994. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, vinha mostrando bons resultados com relação a redução nos índices de mortalidade infantil, então, buscou-se uma ampliação e uma maior resolutividade das ações, começaram então a se formar as primeiras equipes de saúde da família (Roncalli, 2003).

O Programa nasce com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população, desqualificação profissional, inequidade e elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (Brasil, 1997).

Muitos autores, entre eles, Chiesa *et al* (2001) argumentam que a Saúde da Família não deve ser considerada como um programa pontual no tempo e no espaço, devendo ser entendida a partir da compreensão de “estratégia” que

propõe a integração e organização das atividades em um território definido, com vistas à saúde do indivíduo/família e das comunidades.

De acordo com documento publicado pelo Ministério da Saúde, em 1998, o objetivo do PSF é “a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. O PSF é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

O mesmo documento, elenca os princípios sob os quais a estratégia Saúde da Família atua, quais sejam: **Caráter substitutivo**: não significa a criação de novas estruturas de serviço, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde; **Integralidade e Hierarquização**: a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde: a atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurada a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for necessária maior complexidade tecnológica para resolutividade de situações identificadas e não atendidas na atenção básica; **Territorialização e adscrição da clientela**: trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área; **Equipe multiprofissional**: a organização da equipe de Saúde da Família focaliza a importância da interdisciplinariedade, por isso, cada equipe é composta, essencialmente por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), podendo esta ser somada a uma equipe de saúde bucal (ESB) composta de um cirurgião-dentista, um auxiliar de saúde bucal (ASB) e/ou um técnico de saúde bucal (TSB), que juntos buscam assumir um trabalho

multidisciplinar, com responsabilização sobre um território onde vivem em média de 600 a 1000 famílias. (Franco & Merhy, 1999; Soares, 2007; Oliveira, 2008).

Esta nova prática exige a presença de um profissional com visão integral do indivíduo, da família, da comunidade, capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Além disso, deverá estar apto a planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Para tanto, deve realizar uma permanente interação com a comunidade, no sentido de estimular sua participação e envolvê-la nas atividades (Brasil, 2000; Lourenço, 2005).

Com esse propósito, de acordo com dados recentes do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde, o PSF vem a cada ano ampliando sua rede nacional de atendimento, apresentando uma notável expansão no número de equipes de saúde da família implantadas desde sua implementação, passando de 300 equipes em 1994, para 31.600 equipes implantadas até novembro de 2010. Com relação ao número de municípios contemplados pela estratégia do saúde da família, em 1994 eram 55, chegando a 5295 municípios em 2010. Dados ainda mostram que a população coberta pelas ações do programa em 1994 era de 1,1 milhão de pessoas, e atualmente mais de 100 milhões de brasileiros podem se beneficiar da utilização dos serviços ofertados no PSF (Brasil, 2010).

Em síntese, o PSF, ao longo dos anos apresentou uma significativa expansão, que se mantém presente até os dias de hoje, motivada tanto pelo próprio Ministério da Saúde quanto por secretarias estaduais e municipais de saúde. No entanto, este crescimento não foi homogêneo em todos municípios brasileiros, já que os de pequeno porte apresentaram maior expansão, com maior cobertura populacional, fato que foi ocorrido mais tardiamente em municípios de grande porte. Em municípios com menos de 5 mil habitantes, a cobertura populacional saiu de 62% em 2001 para 90,8% em 2010, sendo que esta medida foi diminuindo conforme ia aumentando o número de habitantes dos municípios,

ao observar os municípios com população superior a 500 mil habitantes, essa cobertura saiu de 10,7% em 2001 para 31% em 2010 (Brasil, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, quando funcionando adequadamente, as equipes são responsáveis por toda atenção básica da comunidade adscrita, sendo que as Unidades de Saúde da Família (USF) podem resolver até 85% dos problemas de saúde na comunidade onde atuam, prestando um bom atendimento, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias, enfim, melhorando a qualidade de vida da população (Brasil, 2000).

De acordo com Roncalli (2004), o PSF está inserido no centro do debate político-institucional do setor saúde, o que nos remete a indagar qual seria a contribuição do programa para a construção de um modelo de atenção com base nos princípios e diretrizes do SUS, sabendo-se que para a construção de propostas e estratégias que visem mudanças no modelo de atenção à saúde se faz necessário um amplo debate entre os diversos atores sociais implicados no processo. São necessárias alianças estratégicas entre os gestores do SUS, os profissionais de saúde e a população usuária dos serviços.

2.3 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE BUCAL NA SAÚDE PÚBLICA

2.3.1 A ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NO PAÍS A PARTIR DE 1950

Segundo Paim e Almeida Filho (1998), historicamente, os modelos assistenciais em saúde no Brasil tiveram suas origens na Medicina Científica (Flexeneriana), centradas no ato médico clínico de caráter curativo e fortemente tecnológico-dependente. Abraham Flexner nasceu em Louisville, Kentucky, em 13 de novembro de 1866. Obteve o grau em Artes e Humanidade aos 19 anos, e após a graduação, iniciou a carreira de educador como professor da Louisville Boy's High School, fundando seu próprio colégio, Mr. Flexner's School, em 1890. A partir de então começou a pesquisar a educação médica, na qual considerava a maioria das escolas médicas dos EUA e Canadá desnecessária e/ou inadequada. Se, por um lado – para o bem –, o trabalho de Flexner permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro – para o mal –,

desencadeou um processo de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto. Nas palavras do próprio Flexner: “O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta”. A doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença. Mesmo que consideremos muito importantes suas contribuições para a educação médica, a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos (Pagliosa & DaRos, 2008).

Baltazar *et al* (2010) citam que para Morin (1999) nos primórdios do pensamento científico, foi fundamentalmente necessária a fragmentação do todo para o descobrimento das partes. Porém, as partes desagregadas e isoladas não respondem às exigências do todo. A religação das partes nos faria compreender novamente a totalidade do ser humano, independente de se trabalhar a multi, a trans, a poli ou interdisciplinaridade. Baseada na proposta de Flexner, os modelos assistenciais em saúde bucal, como os de saúde geral, desenvolvia suas ações centradas na prática curativa e na assistência odontológica ao indivíduo doente, realizada individualmente pelo cirurgião-dentista no espaço restrito da clínica. O relatório Dental education in United States and Canadá (Gies, 1926), tendo por referência a área médica, defendia a constituição de um curso independente que se inscrevia num movimento “contra a ignorância, a comercialização do ensino e o charlatanismo”. Dando ênfase entre a área médica e odontológica, e destas com a saúde pública, apregoando a formação fundamentada na ciência, com adequado treinamento. Para Maltagliati & Goldenberg (2007) o currículo ajustado com a pesquisa para o curso odontológico demandaria uma profunda reestruturação das faculdades brasileiras de modo a utilizar cenários de aprendizagem que insiram o

aluno no atendimento odontológico em diferentes contextos sociais, acabando com a separação entre ciclo básico e profissionalizante.

Antes da criação do SUS, a assistência odontológica pública atendia somente aos trabalhadores contribuintes ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por meio de convênios e credenciamentos do Estado com o setor privado (Roncalli *et al*, 1999).

Na Odontologia, as ações de saúde pública a partir da década de 1950, centraram-se em dois eixos: na fluoretação das águas de abastecimento público, com um enfoque mais preventivo e coletivo, e no atendimento de escolares, de caráter mais curativo e individual. Em 1951, houve a implantação do serviço odontológico nos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), sendo direcionado uma assistência odontológica aos escolares. Este tipo de modelo assistencial ficou conhecido com Sistema Incremental, que foi hegemônico durante mais de 40 anos. Como era um modelo vinculado aos programas de Saúde Escolar e voltado predominantemente para atendimento de escolares de 7 a 14 anos, tratava-se de um modelo excludente (Souza, 2005).

De acordo com Nickel *et al* (2008), o município pioneiro na implantação do modelo incremental foi Aimorés, no Estado de Minas Gerais, ainda na década de 50. O modelo, mesmo sendo caracterizado como preventivo-curativo, enfatizava a ação restauradora e colocava em segundo plano as ações educativas e preventivas, sendo abordadas apenas com aplicações tópicas de flúor.

Com relação aos tratamentos completados a resolatividade do modelo incremental surtia efeito, mas havia um aumento no número de dentes restaurados sem nenhum impacto sobre os níveis de doença bucal.

Apesar das limitações, o modelo Incremental foi um marco da programação do serviço público odontológico, quebrando a hegemonia da livre demanda dos consultórios. Levando ainda em consideração que, na época, os conhecimentos na área da cariologia, da microbiologia e do planejamento em saúde eram limitados comparados aos que temos atualmente (Zanetti, 1996).

Na década de 1970 e 1980, surgiram algumas propostas de mudança para o atendimento odontológico na Saúde Pública: a Odontologia Simplificada e a

Odontologia Integral. A primeira introduziu a desmonopolização do saber e simplificou as técnicas operatórias. A segunda introduziu ações preventivas na clínica influenciadas pelo preventivismo escandinavo, como risco de cárie e aplicação de selantes. Também utilizaram a idéia de equipe odontológica, formada pelo CD, pelo TSB e pelo ASB. Porém, nenhuma conseguiu romper com a lógica do Incremental, pois continuava a atender escolares e priorizar o tratamento curativo (Zanetti, 1996; Souza, 2005).

No fim da década de 80, surgiu o modelo proposto pelos professores Loureiro & Oliveira, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), o Programa Inversão da Atenção (PIA). De acordo com Roncalli et al (1999), sua principal característica era o controle epidemiológico da doença cárie, obtido a partir de tecnologias preventivas mais modernas. O princípio básico do PIA era a mudança do enfoque de “cura” da cárie para o de “controle”, por essa razão era dividido em três fases: estabilização, para reduzir a incidência e a velocidade de progressão da doença; reabilitação, visando o restabelecimento da estética e função perdidas pela doença, e; declínio, onde controla-se a doença, através do trabalho de educação e introdução de hábitos de auto-cuidado com a população.

De acordo com Nickel *et al* (2008), em resumo, o PIA conseguiu romper com o tratamento odontológico cirúrgico-restaurador, enfatizando as medidas preventivas para o controle da doença cárie, no entanto permaneceu com a prioridade de prestação de serviços a um grupo restrito.

Um outro modelo que surgiu foi a Atenção Precoce, que baseava sua filosofia na assistência odontológica a crianças menores de 6 anos, que até então faziam parte da exclusão de atendimento odontológico.

A idéia de que o desenvolvimento da cárie na dentição decídua não guardava nenhuma relação com a dentição permanente originou o raciocínio de que não havia necessidade de se tratar a dentição decídua. Mas este modelo conseguiu introduzir nova mentalidade junto à população e profissionais de saúde sobre a importância da prevenção da cárie dentária ainda na primeira infância (Roncalli, 1999). A Atenção Precoce tinha ainda como proposta o atendimento à criança antes do primeiro ano de vida, podendo incluir as gestantes, e visava a

educação do núcleo familiar para realização de tarefas de higienização da cavidade bucal, controle da amamentação noturna após 6 meses de vida e consumo racional de açúcar (Baldani *et al*, 2003).

Nesta linha de assistência, o professor Luís Reinaldo de Figueiredo Walter, implantou a Bebê-Clínica na Universidade Estadual de Londrina (UEL), no Paraná. A partir de então, houve um crescimento de clínicas de bebê em vários municípios no país, sendo que a maioria delas era implantada de forma acrítica e desvinculada de ações de saúde bucal de conceito ampliado (Roncalli *et al*, 1999).

Na perspectiva de modificar o enfoque da assistência odontológica centrada no curativismo para o de promoção de saúde, a odontologia voltou-se para o núcleo familiar. Com o surgimento do PSF, a atenção odontológica tenta ser pautada na estratégia de ação de acordo com os princípios do SUS e com ênfase na Promoção de Saúde, na intenção de tornar a prática odontológica no país mais humanizada e ampliada (Nickel *et al*, 2008).

2.3.2 INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA NO PSF

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas - quer em termos de promoção, quer de proteção e recuperação – impulsionou a decisão de orientar as práticas de intervenção, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na Estratégia de Saúde da Família, já vigente desde 1994 (Villalba, 2007).

A inserção da saúde bucal, tanto como prática em saúde como um setor que se estrutura na sociedade brasileira, se deu dentro do processo de consolidação do SUS (Silveira Filho, 2008), através da Portaria Ministerial nº 1444, de 28 de dezembro de 2000, através da qual a saúde bucal foi incluída oficialmente na estratégia do PSF.

Com isso, instituiu-se um novo paradigma de planejamento e programação da atenção básica, representando a mais importante iniciativa de assistência pública, expandindo e reorganizando as atividades de saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (Zanetti, 2000).

De acordo com Silveira Filho (2002), o texto constitucional que regulamenta o SUS constitui a base legal para a consolidação das ações de saúde bucal neste novo contexto, com a proposição de seguir os mesmos princípios da dimensão macro da saúde – ou seja, um direito básico acessível a todos cidadãos, pautado na universalidade, na equidade, na integralidade, compondo um sistema descentralizado, hierarquizado em diferentes níveis de complexidade, e que seja regulado através do controle social. Apesar disto, percebe-se que algumas destas dimensões são ainda pouco incorporadas à atitude em saúde bucal, em grande parte dos sistemas locais de saúde.

A inserção da saúde bucal no PSF é a resposta mais legítima à mudança do modelo de saúde excludente e ineficaz que caracterizou a Odontologia no campo das ações públicas de saúde. No novo modelo, apesar de insuficiências, a saúde bucal tem buscado incorporar-se como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e assumindo o compromisso de quitar uma dívida social do Estado com o povo construída em anos de exclusão e abandono (Brasil, 2001a).

A necessidade de inserir o cirurgião-dentista no PSF não pautou-se apenas na geração de mais empregos, mas na necessidade de proporcionar o acesso, o planejamento e a viabilidade de uma Odontologia de qualidade no SUS (Facó *et al*, 2005).

As normas e diretrizes de que tratam da inclusão da saúde bucal no PSF estão presentes no Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica e orientam a reorganização dessa área no âmbito da atenção básica.

Inicialmente cada Equipe de Saúde Bucal (ESB) era referência para duas Equipes de Saúde da Família (ESF) e dava cobertura, em média, a 6900 pessoas. Com a Portaria 673/GM, de 2003, as ESB passaram a atender na proporção 1:1 em relação com às ESF, dando cobertura, em média, a 3450 pessoas.

Os profissionais que compõem a ESB tipo II são 1CD, 1 ASB e um TSB e a modalidade I 1 CD e 1ASB. Qualquer que seja a modalidade escolhida, todos

os profissionais da ESB passaram a cumprir uma jornada de trabalho semanal de 40 (quarenta) horas (Brasil, 2001b).

Dentre os objetivos do plano de reorganização da saúde bucal na atenção básica estão: melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira; orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo PSF; assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas ESF às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal; capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS; avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF (Brasil, 2001b).

Através de alguns resultados principais já divulgados do último estudo epidemiológico em saúde bucal realizado em nosso país, o SB Brasil 2010, pode-se verificar que apesar da significativa diminuição dos índices de cárie dentária (CPO aos 12 anos – 2,1) nos últimos 25 anos, ainda persistem elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais e o índice de edentulismo em adultos e idosos não consegue ser reduzido significativamente. Logo ainda temos um longo caminho a percorrer para fazermos jus a legislação vigente no que diz respeito a ampliação do acesso e promoção de saúde.

A partir da incorporação da Saúde Bucal ao PSF, o financiamento em saúde bucal só aumentou, sendo que em 2003, iniciou-se a elaboração da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) que resgatou o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica.

Como resultado da inclusão da odontologia no PSF, a política governamental aumentou o valor dos incentivos repassados para as ESB da estratégia Saúde da Família. As ESB modalidade I passaram a receber 24 mil reais/ano (reajuste de 84,6%) e as da modalidade II, 31,2 mil reais/ano (aumento de 95%). Para visualizar a expansão da saúde bucal no cenário da Estratégia da Saúde da Família verificou-se que em 2001, existiam 2.248 ESB na estratégia Saúde da Família implantadas no país, em novembro de 2010, este número

alcançou 20.300. Com relação ao número de municípios que implantaram a saúde bucal no PSF, em 2001 eram 1.288, chegando em 2010 a 4.816, ou seja, 85% dos municípios brasileiros. Houve, neste mesmo período, um acréscimo na cobertura populacional, totalizando mais de 86 milhões de pessoas cobertas por estas equipes. A meta para 2010 que era chegar ao total de 22.250 mil ESB em funcionamento, foi atingida. (Brasil, 2010).

A inscrição da saúde bucal no PSF com o redesenho do quadro de suas práticas foi um avanço importante, mas ainda incipiente diante dos desafios a serem superados. De acordo com Palú (2004) este processo precisa ser ampliado ainda mais de forma que seja a base de sustentação de uma efetiva substituição de práticas tradicionais por práticas que contribuam para a reorganização do modelo de atenção à saúde, atendendo as reais necessidades dos cidadãos.

2.3.3 BRASIL SORRIDENTE

Em 2003, com uma nova conjuntura política, forças democráticas passaram a gerir saúde como um direito intrínseco de cidadania aglutinando-se em um projeto comum a superação da exclusão social. Assim, iniciou-se a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal que resgatou o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, por meio de ações governamentais, superando o histórico de abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população (Villalba, 2007).

Nesta nova Política Nacional de Saúde Bucal, as diretrizes apresentadas apontaram para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas na promoção da boa qualidade de vida. Um novo modelo deve ser organizado com base nas “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), possibilitando laço de confiança e vínculo, e com criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de

saúde centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência) (Brasil, 2004a).

No intuito do “cuidar em saúde bucal” as ações devem ser desenvolvidas baseadas em princípios norteadores, que além dos estabelecidos pelo SUS (universalidade, equidade e integralidade), se destacam (Brasil, 2004c):

1. Gestão Participativa: definir democraticamente a política de saúde bucal, assegurando a participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores, em todas as esferas de governo;

2. Ética: assegurar que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde;

3. Acesso: buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento.

4. Acolhimento: desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade bio-psico-social. Acolhimento pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade.

5. Vínculo: responsabilizar a unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência, através da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução. O vínculo é a expressão-síntese da humanização da relação com o usuário e sua construção requer a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas. O vínculo é o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário.

6. Responsabilidade Profissional: implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao

desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

Essa “nova saúde bucal” tem como requisitos para desenvolver seu processo de trabalho a interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, a integralidade da atenção, a intersetorialidade, a ampliação e qualificação da assistência e condições adequadas de trabalho. Além disso, tem sua estratégia de atuação baseada nas seguintes ações: de promoção e proteção de saúde, dentre elas fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor; de recuperação, envolvendo o diagnóstico e o tratamento de doenças; de reabilitação, consistindo na recuperação do que foi perdido pela doença e reintegração do indivíduo ao seu ambiente social (Brasil, 2004a).

Através desta nova política houve ampliação do acesso, com a inserção de diferentes grupos populacionais, e qualificação da atenção básica, com a prevenção e controle do câncer bucal, com a inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica, bem como da reabilitação protética. Outro fator importante que foi destacado nesta nova política foi a ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária, que através da Portaria nº 1570/GM se concretizou com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Estes consistem em unidades de referência para as ESBs, e que ofertam procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica de acordo com a realidade epidemiológica de cada município bem como o tipo de CEO implantado, dentre eles, tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, procedimentos da cirurgia oral menor, atendimento a pacientes com necessidades especiais, próteses, diagnóstico oral focado no câncer bucal. De acordo com esta mesma portaria, os CEOs são classificados em 3 tipos de acordo com o número de cadeiras odontológicas e repasse financeiro: tipo I, com 3 cadeiras odontológicas e repasse de 6.600 reais/mês; tipo II, com mínimo de 4 cadeiras e

repassa de 8800 reais/mês; do tipo III, com mínimo de 7 cadeiras e repasse de 15400 reais/mês (Brasil, 2006b).

Segundo Narvai & Frazão (2009), o rompimento com a idéia de que a saúde bucal só poderia ofertar procedimentos básicos, levou ao avanço representado pelos CEOs, integrando essas unidades ao sistema de referência e contra-referência. Em 2003 apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos eram de média e alta complexidade (com uma média de 7.496.000 procedimentos), aumentando em 2010 para 25 milhões de atendimentos (Brasil, 2010).

No balanço das ações realizadas pelo Brasil Sorridente, no período de 2002 à 2010, foi observado um aumento no investimento do governo federal que passou de 56 milhões para 600 milhões de reais, bem como houve um maior número de brasileiros com acesso ao dentista, de acordo com PNAD/IBGE (2003). O número de dentistas trabalhando para o SUS também aumentou, passando de 40.205 para 59.258 profissionais, em 2010. Com relação aos CEOs, no mesmo ano contava-se com 853 unidades em funcionamento no país, com mais 100 em fase de construção, e o número de laboratórios de prótese chegou a 664, com produção anual de cerca de 480 mil próteses. O número de atendimentos especializados passou de 6 milhões para 25 milhões (Brasil, 2010).

Para a Saúde Bucal esta nova forma de se fazer as ações cotidianas representou, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um dos grandes desafios da incorporação das ESB no PSF sempre residiu em tornar as ações em saúde bucal um direito a todos os cidadãos brasileiros, independente da idade, escolaridade ou classe social. Um desafio anterior à própria formulação da estratégia de saúde da família, que traz uma forma de organizar a atenção básica à saúde, consolidando nas ações da prática em saúde bucal, a validação dos princípios constitucionais do SUS (Silveira Filho, 2002). As maiores possibilidades de ganhos situaram-se nos campos de trabalho em equipe, das relações com os usuários e gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal (Brasil, 2004a).

Narvai & Frazão (2009) chamam a atenção para que a Política Nacional de Saúde Bucal não se distancie do que foi proposto em suas diretrizes, o que

ocorrerá, caso ela não concretize as ações baseada na realidade das necessidades dos cidadãos brasileiros, bem como não se restrinja à saúde da família, na atenção básica, nem aos CEOs na atenção secundária. Deve ter como objetivo ir além e operar em conjunto com a área das micro e das macropolíticas, com o intuito de produzir modificações tanto nos serviços de saúde, nas relações entre profissionais de saúde e usuários do SUS, bem como nas políticas públicas nas três esferas governamentais.

2.4 UM OLHAR SOBRE O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO

O SUS, sob o enfoque de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, deve ser reconhecido, apesar da descrença de muitos, como um importante mecanismo de cobertura social no que diz respeito à saúde, servindo como um suporte para superar a fragmentação e a exclusão crescentes na sociedade brasileira. É importante alertar no entanto, que tanto gestores, profissionais e usuários, quanto o governo são responsáveis pela coordenação de esforços para estruturar um SUS eficiente e eficaz. Daí a importância de um planejamento articulado e integrado com a coletividade para garantir um serviço de saúde com mais qualidade e equidade (Backes *et al*, 2009).

De acordo com Mendonça (2009), o fortalecimento da atenção primária no Brasil tem sido um processo gradativo, com o aumento das equipes de Saúde da Família em todos os estados brasileiros. Um esforço nas três esferas governamentais vem tentando superar as divergências político-partidárias para avançar na implantação dos preceitos constitucionais. A estratégia vem tentando cumprir os princípios da atenção básica: ser o primeiro contato da população com as ações e serviços de saúde, com integralidade e coordenando os usuários na rede de serviço. Os resultados positivos nas avaliações da Saúde da Família se referem à avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde, à oferta de ações de saúde e ao acesso e uso de serviços.

No entanto o processo de implantação e cumprimento das diretrizes do SUS, entre elas, a universalidade do atendimento, a descentralização e integralidade das ações de saúde, tem sido marcado por dificuldades e

questionamentos apresentados em alguns estudos. O PSF que está pautado, além daquelas diretrizes, no trabalho em equipe multiprofissional e na participação popular, vem apresentando divergências quanto a resolutividade do PSF (Souza, 2005).

Para se compreender de que forma e em que medida as ações, programas e políticas são implantados, e conhecer os efeitos dessas intervenções, há que se desenvolverem processos avaliativos pertinentes e oportunos. A avaliação deve, portanto, ser compreendida como ferramenta relacionada à tomada de decisão. A avaliação de políticas e programas de governo assume grande relevância para as funções de planejamento e gestão governamentais. Nesse panorama, a avaliação de programas sociais surge como ferramenta fundamental para auxiliar, por meio de feedback, nas decisões de gestores no tocante a implementação ao processo e aos resultados alcançados pelos seus serviços (Samico *et al*, 2005; Albuquerque & Melo, 2010).

As pesquisas de avaliação na área da saúde, especificamente no PSF, também vêm sendo mais comumente realizadas por técnicos ligados ao Ministério da Saúde, pesquisadores dos serviços de saúde ou pesquisadores de Instituições de Nível Superior. Entretanto, observa-se que as tomadas de decisões visando a melhoria dos serviços de saúde vêm acontecendo de forma ainda muito incipiente e periférica nos processos de mudança (Oliveira, 2008).

Conforme Donabedian (2003) os componentes da qualidade contemplados em um modelo integrado de avaliação de políticas deve envolver: eficácia (influência de inovações tecnológicas); efetividade (grau de aprimoração aos aprimoramentos possíveis); eficiência (economia de custos sem prejuízo de metas); otimização (equilíbrio entre custos e ganhos em condições de saúde); aceitabilidade (conformidade a expectativas dos usuários); legitimidade (conformidade às preferências sociais e aspectos institucionais); e equidade (conformidade a princípios distributivos aceitos).

Um aspecto importante e que contribui de fato para uma avaliação dos efeitos das ações de intervenção em saúde pública sobre determinadas populações, é investigar como elas percebem concretamente as mudanças

produzidas pelas intervenções em suas condições de vida e saúde. Como exemplo, o confronto de suas percepções com a evolução dos indicadores que medem resultados de programas públicos específicos permite uma avaliação da efetividade desses programas, não só a partir de critérios objetivos. E, por meio da avaliação de resultados, consegue-se pesquisar se determinados programas cumpriram ou estão cumprindo seus objetivos (Oliveira & Borges, 2008).

Segundo as diretrizes do PSF, a equipe de saúde deve estar preparada para o conhecimento da realidade das famílias pelas quais é responsável por meio da identificação dos problemas de saúde mais prevalentes e situações de risco as quais a população está exposta; a elaboração de um plano com a participação da comunidade para o enfrentamento dos determinantes no processo saúde-doença; a prestação de assistência integral e o desenvolvimento de ações educativas. O modo como se organiza o processo produtivo das equipes no PSF apresenta sérias contradições entre o propósito dessa estratégia e a demanda dos usuários, desenvolvendo-se, em grande parte, de forma parcelada, fragmentada e isolada, comprometendo o principal sentido da “porta de entrada” que é o acesso integral ao sistema de saúde (Emmi & Barroso, 2008; Azevedo & Costa, 2010).

Apesar da expressiva incorporação da equipe de saúde bucal no PSF e de sua rápida expansão, bem como dos altos investimentos nesse setor é preciso questionar se realmente está ocorrendo mudança no modelo assistencial em saúde bucal nos municípios, e, portanto ruptura com esses modelos baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Uma das maneiras com que se pode alcançar uma melhor observação das mudanças é através da percepção e do grau de satisfação do principal interessado pelo serviço prestado pelo setor público de saúde, o usuário. A satisfação do mesmo é um instrumento avaliador realmente verdadeiro e deve ser o objetivo final de todo serviço de saúde (Souza, 2005).

A satisfação do usuário tem sido focada na literatura como indicador da qualidade da atenção em saúde, sendo um parâmetro facilmente mensurável e que pode se tornar um instrumento útil na orientação de medidas que busquem elevar os serviços de saúde ao nível de excelência. Baseados nesta afirmação, Esperidião & Trad (2006) citam o trabalho de Weiss que apresenta quatro grupos

principais de determinantes da satisfação do usuário: características dos pacientes (sócio-demográficas e as expectativas deste sobre a consulta médica e os seus estados de saúde); características dos profissionais que prestam o atendimento (incluindo personalidade, qualidade técnica e humanização); aspectos da relação médico-paciente; fatores estruturais e ambientais (acesso, forma de pagamento, tempo de tratamento, marcação de consulta, dentre outros).

Muito além de possibilitar o acesso, é preciso criar uma consciência política nos usuários para que não se tornem meros receptores ou interlocutores das propostas do governo. É preciso que todos os atores sociais estejam engajados e comprometidos, por meio de seus direitos e deveres, na luta pela transformação da sociedade (Backes *et al*, 2009). Estudos recentes sobre o PSF apontam a ausência do usuário nas tomadas de decisões como protagonista de seu próprio viver e da produção de seu cuidado com o trabalhador e a equipe, visto que ainda coloca a população fora do âmbito das decisões sobre o que lhe diz respeito (Matumoto, 2003).

Publicações sobre processos de avaliação dentro da Odontologia no PSF começaram a surgir recentemente. No entanto, estas geralmente têm se limitado a explorar questões relacionadas à melhoria do acesso da população ao tratamento odontológico, ou mesmo ao grau de aceitabilidade da população ao PSF. São restritas as avaliações sobre como o odontólogo está vivendo essa nova oportunidade de emprego, na qual ele está inserido nessa atual perspectiva de atenção à saúde, direcionada à família (Araújo & Dimenstein, 2006).

As equipes de saúde bucal devem envolver e incluir, necessariamente, todos os sujeitos da prática em saúde dentro do PSF, ou seja, tentar estreitar as relações com os outros profissionais de nível superior, com os auxiliares/técnicos de enfermagem, com os ACSs e com a comunidade, pois a saúde bucal comporta apenas uma pequena parte dos conhecimentos e práticas que possibilitam a saúde integral. Em virtude disso, torná-la universal, resolutiva, integral e ligada aos serviços é mais difícil do que parece, mesmo com o aumento das políticas de financiamento.

Segundo Roncalli & Souza (2007), alguns fatores tem sido citados na literatura como limitadores do avançar da saúde bucal na atenção básica, dentre eles: a própria prática da profissão que exige a necessidade do uso de tecnologias duras; a integração da equipe de saúde bucal com a equipe de saúde da família para a realização de um trabalho em conjunto; a contratação de profissionais sem critério algum, favorecendo práticas clientelistas e vínculos contratuais ilegais.

O novo modelo de atenção requer profissionais capacitados, com uma visão ampliada de saúde, capazes de compreender indivíduos, famílias e comunidade de forma sistêmica e integral. Daí a necessidade da capacitação dos profissionais para intervir de forma qualitativa, no sentido de planejar, desenvolver e avaliar as ações de saúde bucal, buscando responder as necessidades da comunidade (ABENO, 2004).

O PSF está pautado, dentre outras diretrizes, no trabalho em equipe multiprofissional e na participação do controle social. Entende-se que ambas as diretrizes estão relacionadas na medida em que decorrem e expressam as relações entre a população de referência e o serviço e a equipe de trabalho, bem como, em um plano mais reduzido, as relações entre trabalhadores e usuários. Então, é de fundamental importância que a equipe de saúde conheça o perfil da comunidade na qual está inserida, suas demandas e peculiaridades, a fim de que as propostas de preservação, manutenção e restauração da saúde sejam mais eficientes (Crevelin, 2005; Goulart & Algayer, 2009).

A variedade de conceitos formulados para abordar a satisfação de usuário faz aumentar os esforços em fundamentar teoricamente o tema, bem como revela dificuldades de se estabelecer um referencial estável e consensual entre os pesquisadores. A constituição de um consenso de especialistas deve ser encorajada, a fim de buscar uma validação para o conceito de satisfação de usuários, pois a avaliação desta em saúde deve ser valorizada, como parte dos estudos das relações interpessoais no âmbito dos serviços de saúde e como um instrumento de controle social (Esperidião & Trad, 2006).

Por tudo isso, são cada vez mais necessários estudos que possam avaliar a percepção dos atores que fazem parte deste contexto da saúde coletiva,

a fim de que novas medidas e planejamentos possam ser esboçados visando a melhoria das condições de saúde, e conseqüentemente, da qualidade de vida da população brasileira.

3 PROPOSIÇÃO

3.1 Objetivo Geral

Analisar as diferentes percepções da prática de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (PSF).

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar as percepções dos profissionais CDs que trabalham em equipes de PSF da cidade de Jequié, no estado da Bahia: sobre as condições de trabalho, satisfação profissional, atuação no programa e perfil profissional;
- Avaliar o interesse e a percepção da necessidade dos usuários sobre os serviços de saúde bucal prestados pelas ESB;
- Analisar o grau de satisfação dos usuários de Jequié com relação aos serviços de saúde bucal ofertados pela equipe de saúde bucal do PSF;

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), em Ilhéus-Bahia, de acordo com a resolução 196/96, publicada em 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado por meio do protocolo nº 301/09 (Anexo1).

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em Unidades de Saúde da Família que apresentavam Equipes de Saúde Bucal (ESB) no município de Jequié, localizado na região sudoeste do estado da Bahia.

O município de Jequié está localizado a 365 km de Salvador-BA, e apresenta população de 151.921 habitantes, dados do censo de 2010 do IBGE. O município tem uma área de 3.227,34 km², densidade demográfica de 50,05 hab/km². Dos 169 estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES/SUS, 25 se referem a Unidades de Saúde da Família, sendo que 18 destas possuem ESB.

O município considerado de médio porte integra o SUS e é sede de uma instituição de ensino superior de Odontologia (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB).

4.3 Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por profissionais CDs que faziam parte do contexto da estratégia do Programa de Saúde da Família e de usuários cadastrados do município de Jequié, no estado da Bahia, no ano de 2010.

4.3.1. Cirurgiões-Dentistas

Para o grupo de dentistas, integraram a amostra todos os cirurgiões-dentistas que estavam trabalhando, no período da coleta dos dados, em equipes de saúde bucal do PSF na zona urbana. Foram excluídos da amostra 2

profissionais do PSF da zona rural, bem como um profissional que se encontrava de férias no momento da coleta, totalizando 15 profissionais participantes.

4.3.2. Usuários

A definição do grupo de usuários foi determinada por cálculo amostral, com base em técnica estatística adequada. Após o mesmo, 308 indivíduos das áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família do município de Jequié, participaram da pesquisa. Utilizou-se o método de estimativa de proporção e a prevalência de 50% de uma mesma resposta, em função do desconhecimento de dados em estudos anteriores. Estabeleceu-se um grau de confiança de 90% e um erro amostral de 5%, baseado na metodologia dos estudos de Andrade & Ferreira (2006). Foram selecionadas, através de sorteio aleatório, 07 Unidades dentre as 16 que possuíam ESB no município para a realização da coleta de dados dos usuários. Foram excluídos do estudo os PSFs localizados na zona rural. Foi feito o cálculo proporcional a quantidade de usuários cadastrados em cada unidade, para definir o valor exato da quantidade dos mesmos que deveriam ser entrevistados em cada USF. Definido o número de participantes de cada USF, este era dividido pela quantidade de micro-áreas de cada ACS, lembrando era excluída da amostra a micro-área pertencente ao ACS que se encontrava afastado ou de férias no período da coleta. Os usuários entrevistados foram escolhidos através de sorteio do domicílio cadastrado nas USFs participantes. O responsável pela casa era a pessoa entrevistada, caso não estivesse presente, qualquer componente da casa podia ser entrevistado, contanto que tivesse mais de 18 anos. No caso de não ser encontrado ninguém na casa sorteada, o questionário era aplicado na casa vizinha à direita, e assim por diante.

4.4 Pré-Teste

Foi realizado um pré-teste com todos os instrumentos que foram utilizados na coleta de dados da pesquisa, em amostras não participantes do estudo, mas que tinham as mesmas características da população-alvo a ser

estudada, com o intuito de ajustar e validar os instrumentos, bem como de capacitar o pesquisador principal para uma correta obtenção dos dados.

Para isso, selecionou-se o município de Itabuna-Bahia. O instrumento de coleta de dados foi aplicado a 05 cirurgiões-dentistas que faziam parte das ESB e a 20 usuários que faziam parte da área de abrangência dos PSFs selecionados. Todos os participantes do estudo piloto assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Por meio dos resultados do pré-teste, a pesquisadora executou os ajustes necessários ao instrumento de pesquisa.

4.5 Instrumentos e Coleta dos Dados

Com o intuito de avaliar a qualidade da atenção em Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família a partir da perspectiva dos envolvidos no contexto desta estratégia, foram criado e utilizados questionários específicos para cada grupo, como forma de coleta de dados, baseados no referencial teórico de Richardson & col. (1999).

A construção do questionário aplicado aos profissionais foi construído pautado nos trabalhos de Facó *et al* (2005), Baldani *et al* (2005), Lourenço (2005), Santos (2005), Souza (2005), Villalba (2007), Ronzani & Silva (2008).

Para a coleta de dados com os profissionais, utilizou-se um questionário semi-estruturado e auto aplicável com questões abordando temas como: a formação profissional, os objetivos da Saúde Bucal no PSF, a descrição das atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde Bucal no município, a satisfação profissional e as dificuldades encontradas pelos profissionais no desempenho de suas funções. Os instrumentos foram entregues aos participantes da pesquisa e posteriormente recolhidos pela pesquisadora (ANEXOS 2 e 3).

Os trabalhos de Santos (2005), Soares (2007), Oliveira (2008), Ronzani & Silva (2008) e Munkeviz (2009) serviram de base para a construção do questionário aplicado aos usuários.

Para a coleta de dados com os usuários foi utilizado um outro questionário, mas que foi aplicado pela própria pesquisadora, que fazia as

questões aos usuários e esclarecia possíveis dúvidas de interpretação das perguntas. Esta foi uma forma de minimizar possíveis vieses, pois havia menos possibilidade de os entrevistados não responderem ao questionário ou deixarem questões em branco, além disso, o pesquisador pôde explicar mais claramente os objetivos da pesquisa e responder dúvidas (Richardson & col., 1999). O questionário constava de uma parte inicial com questões sobre informações sociodemográficas dos usuários e outra que contemplava temas referentes à satisfação do mesmo com relação aos serviços oferecidos pela Odontologia no Programa de Saúde da Família, bem como aspectos relacionados ao sistema de saúde bucal do município participante (ANEXO 4).

4.6 Análise Estatística

Os dados obtidos com os questionários foram analisados através de análises estatísticas descritivas: frequências absolutas e relativas, média, desvio-padrão, mínimo e máximo valor, que foram explicitados através de gráficos e tabelas.

Para a análise da amostra dos profissionais utilizou-se o teste exato de Fischer, considerando que no mínimo em uma das caselas (tabela 2X2, 3X2) havia um número inferior a 5 observações.

Na análise dos dados da amostra do usuário utilizou-se o teste do qui-quadrado. Empregou-se também a regressão logística binária bruta e ajustada, com os resultados expressos em Razão de Chances (RC) e Intervalo de Confiança (IC) 95% como medida de associação. Todas as variáveis sócio-demográficas (sexo, faixa de idade e escolaridade) e sobre a utilização do serviço do PSF (tempo de utilização dos serviços da USF, acesso geográfico à USF e procura pelo serviço de Odontologia) seguiram para a análise ajustada, independente do p valor do teste de Wald da análise bruta. Adotou-se o método de seleção de variáveis backward, considerando o p valor do teste de Wald $< 0,20$ para permanecer no modelo final.

O valor de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

5 RESULTADOS

Os resultados foram divididos em duas partes: a primeira diz respeito as respostas dos dentistas e a segunda, em relação aos usuários.

5.1 Resultados dos questionários aplicados aos dentistas

Caracterização da amostra

Quinze profissionais responderam ao questionário, lembrando que em algumas tabelas quando o N não totaliza 15 é porque a questão não foi respondida pelo participante, enquanto que em outras, onde o N é superior a 15, se deve ao fato do participante ter mais de uma opção de resposta.

A idade média dos participantes foi de 37,7 anos (desvio padrão=11,9; mínimo=25; máximo=66), e a média de anos de tempo de formação profissional foi de 14,1 anos (desvio padrão=12,8; mínimo=1; máximo=43).

A Tabela 1 mostra-nos o perfil dos dentistas inseridos no PSF do município estudado. Verificou-se que a maioria dos profissionais que responderam o questionário era do sexo masculino (53,3%). A maioria (40%) tinha mais de 20 anos de graduação.

Com relação ao tempo de atuação no PSF, 53,3% relataram ser de quatro anos ou mais.

Sobre pós-graduação, a maioria (60%) relatou ter cursado em “qualquer área”; e 53,8% relatou ter cursado em área voltada para o desempenho de atividades dentro do PSF. Dois profissionais não responderam esta questão.

Tabela 1 – Descrição das características de gênero e de formação dos profissionais.

	N	%
Sexo		
Masculino	8	53,3
Feminino	7	46,7
Anos de formação		
≤4 anos	4	26,7
5 a 19 anos	5	33,3
≥20 anos	6	40,0
Anos de atuação no PSF		
≤2 anos	4	26,7
3 anos	3	20,0
≥4 anos	8	53,3
Pós-Graduado(a)		
Sim	9	60,0
Não	6	40,0
Participação em curso PSF*		
Sim	7	53,8
Não	6	46,2

*Dois participante não responderam esta questão

Atividades desempenhadas pelo CD no PSF

A tabela 2 apresenta as funções desempenhadas pelos dentistas no PSF e suas freqüências. Observou-se que 86,6% dos CDs responderam realizar atendimento clínico “sempre” e realizar atividades preventivas e educativas dentro do consultório “de vez em quando” (33,3%) e “sempre” (40%). Com relação as atividades preventivas/educativas desenvolvidas na sala de espera a maioria relatou realizá-las “de vez em quando” (53,3%), e às realizadas em espaços sociais 40,0% relataram desempenhá-las “de vez em quando”, seguida de “raramente” (33,3%). O sistema de referência e contra-referência foi citado com sendo realizado “sempre” ou “muitas vezes” por 53,2%. A participação nas

reuniões de equipe foi citada “sempre” ou “muitas vezes” por 73,3% dos profissionais. No que diz respeito às visitas domiciliares, 46,6% dos profissionais relataram realizá-las “de vez em quando”.

Tabela 2 – Atividades desempenhadas pelo CD e sua frequência

	N	%
Atendimento clínico		
Nunca	-	-
Raramente	-	-
De vez em quando	1	6,7
Muitas vezes	1	6,7
Sempre	13	86,6
Atividade preventiva/educativa (consult.)		
Nunca	-	-
Raramente	-	-
De vez em quando	5	33,3
Muitas vezes	4	26,7
Sempre	6	40,0
Atividade preventiva/educativa (sala de espera)		
Nunca	1	6,7
Raramente	3	20,0
De vez em quando	8	53,3
Muitas vezes	1	6,7
Sempre	2	13,3
Atividade preventiva/educativa (espaços sociais)		
Nunca	-	-
Raramente	5	33,3
De vez em quando	6	40,0
Muitas vezes	2	13,3
Sempre	2	13,3

Continua

Tabela 2 – Atividades desempenhadas pelo CD e sua frequência

	N	%
Referência/Contra-referência		
Nunca	-	-
Raramente	1	6,8
De vez em quando	6	40,0
Muitas vezes	4	26,6
Sempre	4	26,6
Reunião com equipe de saúde		
Nunca	-	-
Raramente	1	6,7
De vez em quando	3	20,0
Muitas vezes	5	33,3
Sempre	6	40,0
Visita domiciliar		
Nunca	1	6,8
Raramente	4	26,6
De vez em quando	7	46,6
Muitas vezes	-	-
Sempre	3	20,0

Dificuldades encontradas pelo profissionais para desempenhar suas atividades

A tabela 3 apresenta a opinião dos dentistas sobre suas dificuldades em realizar algumas das atividades citadas anteriormente. Dentre eles, 38,9% responderam que encontram dificuldades em realizar as atividades preventivas em espaços sociais.

Tabela 3 – Atividades que são mais difíceis de serem executadas pelo dentista dentro do PSF

Dificuldade(s) em realizar a(s) atividade(s)	N*	%
Atendimento clínico	1	5,5
Atividade preventiva/educativa (consultório)	2	11,1
Atividade preventiva/educativa (sala de espera)	3	16,7
Atividade preventiva/educativa (espaços sociais)	7	38,9
Visita domiciliar	2	11,1
Não tenho	3	16,7

* N superior a 15, pois alguns responderam mais de uma opção

Realização de visita domiciliar (VD) pelo CD

De acordo com a tabela 4, a maioria dos entrevistados (60,0%) afirmou realizar a visita domiciliar a acamados, conforme prescrito pelo Ministério da Saúde. Uma proporção significativa de profissionais (33,3%) também a realiza quando o Agente Comunitário de Saúde (ACS) solicita. Apenas um profissional relatou não realizar a VD.

Tabela 4 – Situações em que o CD realiza as visitas domiciliares

Visita domiciliar	N	%
Acamados	9	60,0
Solicitação do ACS	5	33,3
Não realize	1	6,7

Participação da ASB nas atividades

Verificou-se, pelos dados da tabela 5, que 42,9% dos profissionais entrevistados relataram não delegar outras funções ao ASB, além de ajudar o CD no atendimento clínico. Um profissional não respondeu a esta questão.

Tabela 5 – Delegação de outras funções à ASB pelo CD, além do atendimento clínico

Participação de ASB em outras atividades	N	%
Sim	4	28,6
Às vezes	4	28,6
Não	6	42,9

Condições limitantes ao desempenho de um bom trabalho

A tabela 6 apresenta as principais respostas dos entrevistados sobre as condições que os atrapalham para desenvolver um bom trabalho dentro do PSF, lembrando que os entrevistados puderam escolher mais de uma opção. As condições restritivas mais citadas foram: condição do consultório (22,2%), seguida da qualidade do instrumental, citada por 19,4% dos entrevistados. Em seguida, foram citadas as condições de instalações prediais e a equipe de trabalho (16,7% cada). Aspectos relacionados à limpeza e à esterilização do material/instrumental também foram citados em uma proporção significativa (13,9% e 11,1%, respectivamente). O número total da amostra (N) nesta tabela corresponde a um número superior a 15, pois os entrevistados puderam marcar mais de uma opção de resposta.

Tabela 6 – Condições que atrapalham o desenvolvimento de um bom trabalho realizado pelo CD

Limitações ao desenvolvimento do trabalho	N*	%
Condições das instalações prediais	6	16,7
Condição do consultório	8	22,2
Iluminação geral	2	5,6
Limpeza	5	13,9
Localização	3	8,3
Qualidade do instrumental	7	19,4
Qualidade do material de consumo	1	2,8
Esterilização do material	4	11,1
Equipe de trabalho	6	16,7
Outros	8	22,2

* O n desta variável é superior ao valor da amostra, pois, poderiam optar por mais de uma resposta.

Percepção do CD com relação a aceitabilidade do usuário pelo trabalho desenvolvido

As respostas dos entrevistados às questões que avaliaram a percepção dos dentistas sobre a aceitação do serviço pelos usuários, foram agrupadas em duas variáveis: Os que responderam as opções ótima ou boa foram consideradas positivas e os que responderam regular, má ou péssima foram elencadas como negativas.

A tabela 7 mostra que a maioria dos entrevistados acredita que os usuários aceitam positivamente o atendimento clínico prestado (92,9%), bem como as atividades educativas (71,4%), apesar da menor proporção desta quando comparada aquela.

Tabela 7 – Percepção dos CDs com relação a aceitabilidade do usuário

	N*	%
Aceitabilidade do usuário em relação ao atendimento clínico		
Positiva	13	92,9
Negativa	1	7,1
Aceitabilidade do usuário em relação às atividades educativas		
Positiva	10	71,4
Negativa	4	28,6

* N inferior a 15 pois um profissional não respondeu às questões correspondentes no questionário.

Satisfação dos profissionais dentro do PSF

Assim como na tabela anterior, as respostas foram classificadas em positivas ou negativas. A tabela 8 apresenta a opinião dos dentistas com relação a remuneração do mesmo dentro do PSF, sendo que a maioria dos profissionais (78,6%) a classificou como fortemente negativa. Entretanto, 71,4% (de todos os profissionais) afirmaram que apresenta um grau de satisfação positiva ao trabalhar dentro do PSF.

Tabela 8 – Satisfação do profissional em trabalhar no PSF

	N*	%
Remuneração		
Positiva	3	21,4
Negativa	11	78,6
Grau de satisfação com o trabalho no PSF		
Positiva	10	71,4
Negativa	4	28,6

* N inferior a 15 pois um profissional não respondeu às questões correspondentes no questionário.

Associação com as atividades desenvolvidas no PSF

Na tabela 9 observa-se a associação entre os indicadores de formação profissional com a afirmação positiva (muitas vezes e sempre) para as atividades desenvolvidas pelo mesmo no PSF. Foi constatado que não houve associação entre o profissional já ter participado de curso voltado para o PSF, o tempo de atuação no PSF ou tempo de graduação com a realização de atividades desenvolvidas no programa.

Tabela 9 – Associação entre indicadores de formação, atuação profissional, frequência positiva de afirmações (muitas vezes e sempre) de atividades desenvolvidas no PSF.

Variáveis	Atendimento clínico			Atividade prev./educat. (consultório)			Atividade prev./educat. (sala de espera)			Atividade prev./educat. (espaços sociais)			Referência / Contra-referência			Reunião			Visita domiciliar		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Participação em curso PSF			1,00			1,00			1,00			0,06			1,00			0,46			1,00
Sim	6	100,0		7	71,4		7	28,6		6	66,7		6	66,7		7	71,4		6	33,3	
Não	6	83,3		6	66,7		6	16,7		6	-		6	66,7		6	100,0		6	16,7	
Anos de formação			1,00			0,40			1,00			1,00			1,00			0,60			0,72
≤4 anos	4	100,0		4	75,0		4	25,0		4	25,0		4	50,0		4	50,0		4	-	
5 a 19 anos	5	80,0		5	40,0		5	20,0		5	20,0		5	60,0		5	80,0		5	40,0	
≥20 anos	5	100,0		6	83,3		6	16,7		5	40,0		5	60,0		6	83,3		5	20,0	
Anos de atuação no PSF			1,00			0,38			0,13			1,00			0,30			0,59			0,15
≤2 anos	4	100,0		4	75,0		4	-		4	25,0		4	50,0		4	50,0		4	-	
3 anos	3	100,0		3	100,0		3	66,7		3	33,3		3	100,0		3	100,0		3	66,7	
≥4 anos	7	85,7		8	50,0		8	12,5		7	28,6		7	42,9		8	75,0		7	14,3	

As análises de associação foram realizadas pelo teste *Fisher Exact*.

Ao se avaliar na tabela 10 o tempo de atuação do profissional no PSF com a satisfação profissional considerada positiva (ótima e boa), constatou-se que não houve associação entre as variáveis.

Tabela 10 – Tempo de atuação no PSF e satisfação profissional positiva.

Variáveis	Remuneração do odontólogo			Satisfação com o trabalho no PSF		
	n	%	p	n	%	p
Anos de atuação no PSF			0,10			0,61
≤2 anos	4	50,0		4	50,0	
3 anos	3	33,3		3	100,0	
≥4 anos	7	-		7	71,4	

As análises de associação foram realizadas pelo teste *Exato de Fischer*.

5.2. Resultados dos questionários aplicados aos usuários

Caracterização da amostra

Participaram da pesquisa 308 sujeitos, com idade média de 43,3 anos (desvio padrão=16,5; mínimo=18; máximo=97), do município de Jequié-BA. Em algumas tabelas ou gráficos, quando o N não totaliza 308 é porque a questão não foi respondida pelo participante, ou porque só foram respondidas pelos usuários que procuraram o serviço de odontologia, enquanto que em outras, onde o N é superior a este valor, devido ao fato do participante ter mais de uma opção de resposta. A tabela 11 nos mostra a distribuição dos usuários por Unidade de Saúde da Família.

Tabela 11 – Distribuição dos usuários entrevistados por USF

	N	%
Unidade de Saúde da Família		
Giserlando Biondi	81	26,3
Isa Cléria	73	23,7
Armando Borges	49	16,0
Gilson Pinheiro	29	9,4
Virgilio Tourinho	50	16,2
Antonio Carlos Martins	16	5,2
João Filho	10	3,2

A figura 2 apresenta a proporção total de usuários entrevistados por gênero. Observou-se que o sexo feminino correspondeu a 79,2% (N = 243) e o sexo masculino a 20,8% (N = 64).

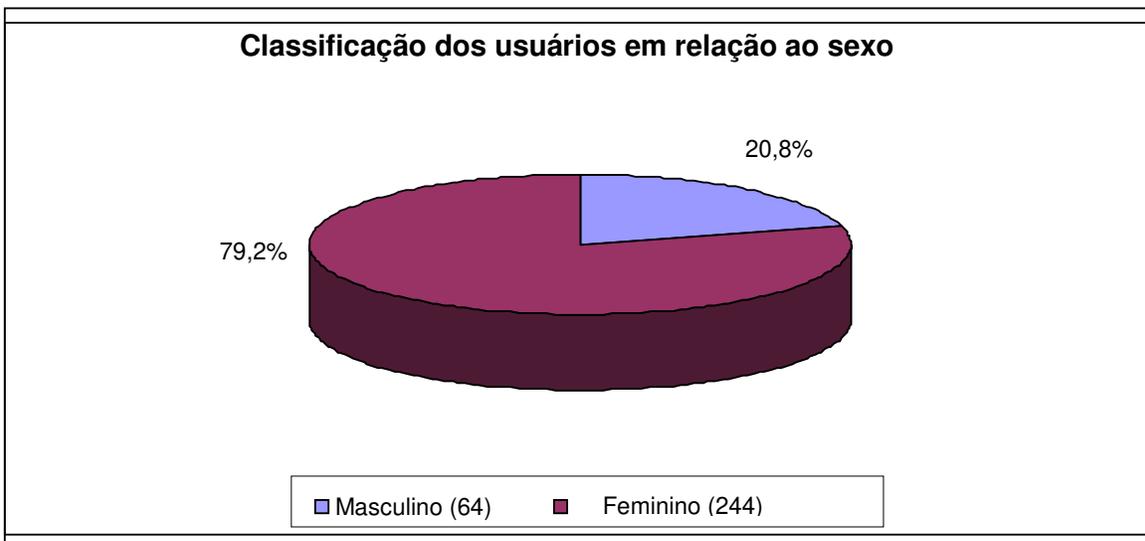


Figura 2 – Distribuição dos usuários com relação ao gênero

Na figura 3 pode-se observar que a maioria (50,5%) dos usuários entrevistados possuía ensino fundamental incompleto.

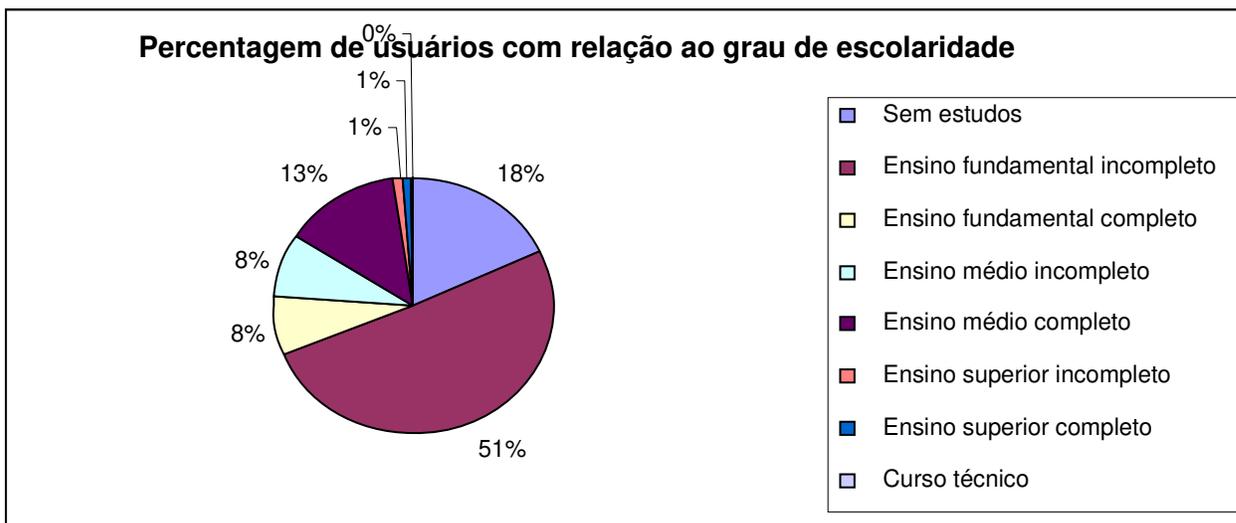


Figura 3 – Distribuição dos usuários com relação ao grau de escolaridade

Utilização dos serviços da USF

Dos usuários entrevistados, 291 (94%) já haviam utilizado pelo menos um dos serviços oferecidos da Unidade, enquanto 17 nunca compareceram na USF, conforme observado pela figura 4. Com relação ao tempo de utilização dos serviços, grande parte dos usuários (78,0%) utilizaram-na há mais de dois anos

(Figura 5). Observou-se que 34,7% deles consideram o acesso da sua casa até a USF péssimo e 19,2% o consideram regular (Figura 6). Com relação a utilização dos serviços de Odontologia, 112 dos usuários do programa relataram utilizá-lo, enquanto que a maioria (N= 179) nunca procuraram o serviço, conforme pode ser visto na figura 7.

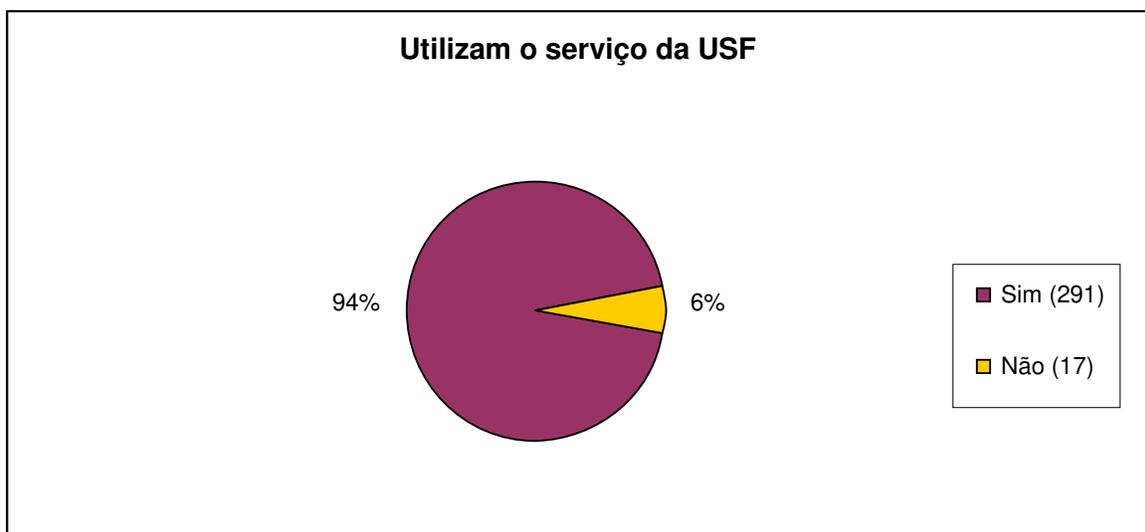


Figura 4 – Percentagem de usuário com relação a utilização dos serviços na USF

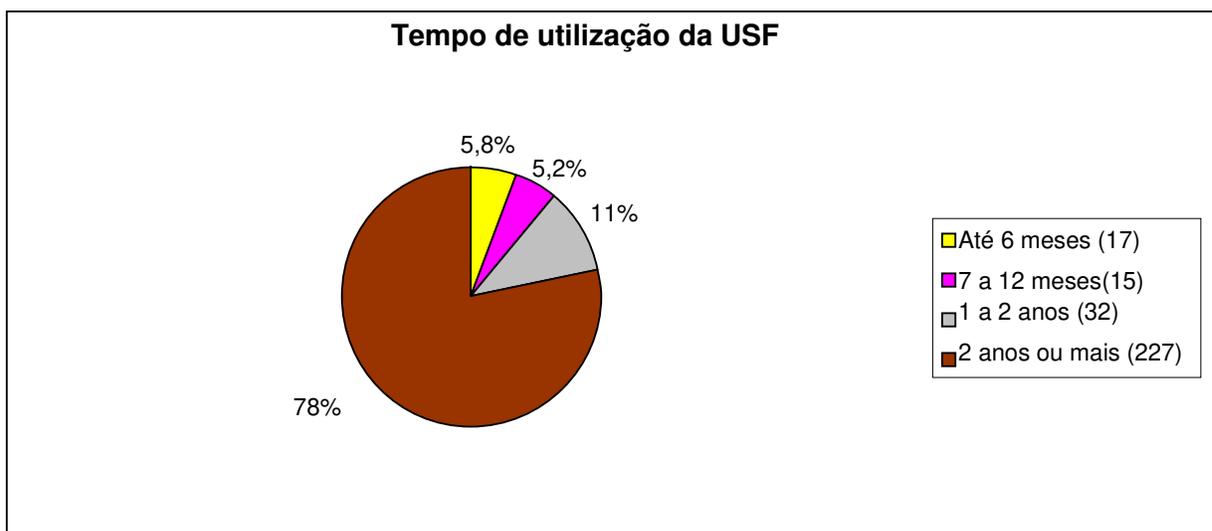


Figura 5 – Tempo que os usuários utilizam os serviços de saúde prestados na USF

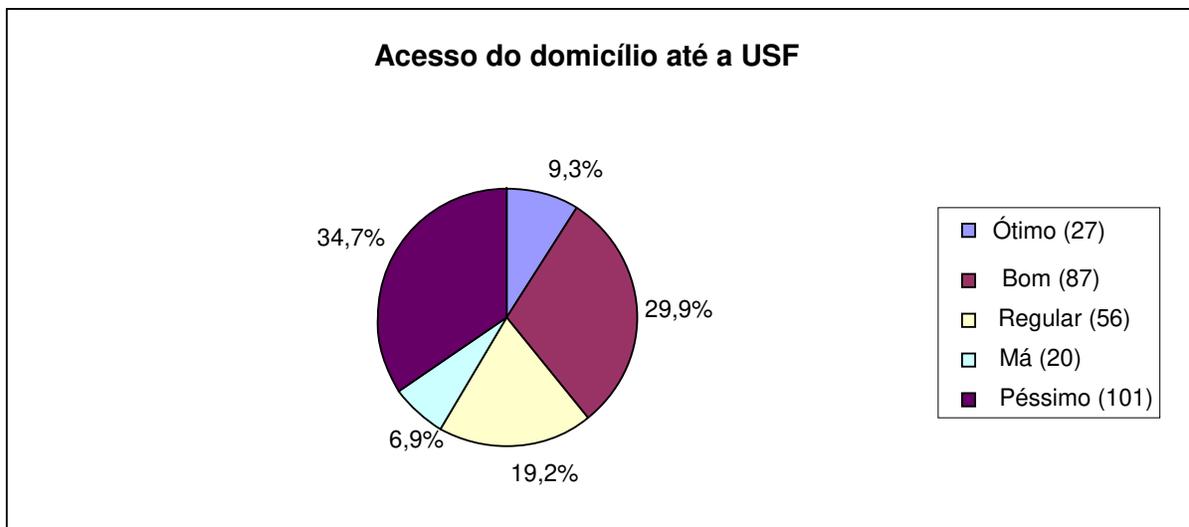


Figura 6 – Consideração dos usuários em relação ao acesso de sua casa até à USF



Figura 7 – Percentagem de usuários do serviço de saúde bucal no PSF

Sobre a utilização dos serviços de Saúde Bucal dentro do PSF

A tabela **12** mostra os fatores que levaram o usuário a procurar o serviço de saúde bucal dentro do PSF, sendo que os entrevistados podiam marcar mais de uma opção de resposta. A procura pelo procedimento de exodontia foi o motivo mais freqüente dentre as respostas (30,8%), seguido pela procura pelo tratamento curativo (29,1%). Apesar da procura pelo tratamento preventivo não ser o motivo principal, aparece como motivo em uma proporção expressiva (21,5%). Dos que procuraram estes serviços, 77,5% tiveram sua

necessidade/problema resolvido. Com relação ao acesso a vaga para atendimento, 67% declararam não ter tido dificuldade em conseguí-la. A forma de acesso ao atendimento mais relatada foi através do agendamento pela distribuição de fichas no dia do atendimento (49,1%), seguido pelo agendamento feito através do ACS ou ASB (42,0%). A maioria dos usuários (81,2%) relatou estar satisfeita com a forma de agendamento para o atendimento. Na variável motivo para o uso dos serviços de saúde bucal da USF, o número total da amostra (N) corresponde a um número superior a 112 (número dos que utilizam ou utilizaram o serviço da odontologia), pois os entrevistados puderam escolher mais de uma opção de resposta.

Tabela 12 – Utilização dos serviços de Saúde Bucal no PSF

	n	%
Motivo para uso dos serviços de odontologia da USF*		
Consulta de rotina	29	16,9
Tratamento curativo	50	29,1
Extração	53	30,8
Tratamento preventivo	37	21,5
Outro(s)	3	1,7
Necessidade/problema resolvido		
Sim	86	77,5
Não	25	22,5
Dificuldade para conseguir vaga com o dentista		
Sim	38	33,0
Não	77	67,0
Como teve acesso ao atendimento odontológico		
Através do agendamento com o ACS ou ASB	47	42,0
Fichas distribuídas no dia	55	49,1
Atendimento espontâneo/emergência	8	7,1
Outro	2	1,8
Satisfação com a forma de acesso		
Sim	90	81,8
Não	20	18,2

* O n dessa variável é superior a amostra, pois o usuário poderia responder a mais de uma opção de resposta.

Por meio do teste do Qui-quadrado observou-se diferenças estatisticamente significativa entre a satisfação dos usuários com relação a forma de acesso aos serviços de saúde bucal (Tabela 13). Os usuários que tiveram o acesso por meio de agendamento com o ACS ou ASB demonstraram-se mais satisfeitos do que aqueles que conseguiram a vaga através de fichas distribuídas no dia do atendimento.

Tabela 13 – Proporção de usuários satisfeitos com a forma de acesso de acordo com o tipo de acesso ao atendimento odontológico.

Variáveis	Sim		p*
	N	%	
Forma de acesso ao atendimento odontológico			<0,001
Através de agendamento com o ACS ou ASB	47	95,7	
Fichas distribuídas no dia	55	67,3	
Atendimento espontâneo/urgência	6	100,0	
Outros	2	100,0	

* Teste do qui-quadrado.

Outras atividades desenvolvidas no PSF

Por meio da tabela 14 observa-se que a maioria dos usuários (79,2%) entrevistados afirmou não participar de atividades educativas e preventivas realizadas pela equipe de saúde bucal. Dentre eles, 94,9% relatou nunca ter recebido a visita de alguém da equipe em sua casa, com exceção do ACS. Apenas 9 usuários relataram já ter recebido o dentista em sua casa. O número total da amostra (N) nesta tabela não corresponde a 308, pois alguns entrevistados não responderam a esta questão.

Tabela 14 – Participação dos usuários em outras atividades desenvolvidas pela ESB e ESF

	n	%
Participou das atividades educativas		
Sim	49	20,8
Não	187	79,2
Recebeu visita de alguém da equipe		
Sim	12	5,1
Não	225	94,9
Quem visitou		
Dentista	9	3,8
Outro	2	0,8
Não recebeu	225	95,3

Satisfação do usuário

Na figura 8 observa-se o grau de satisfação do usuário com relação ao atendimento oferecido pelo dentista e auxiliares no que diz respeito à relação profissional-paciente. Dos usuários entrevistados, 106 relataram ter ficado satisfeitos com o atendimento prestado e apenas 5 relataram o contrário. Já em relação ao grau de satisfação dos mesmos em relação a estrutura física, as condições de higiene e bem estar da USF, 64,8% dos usuários acreditaram que ela estava adequada as suas necessidades de saúde, enquanto que 35,2% afirmaram que não estava de acordo, como pode-se observar na figura 9.

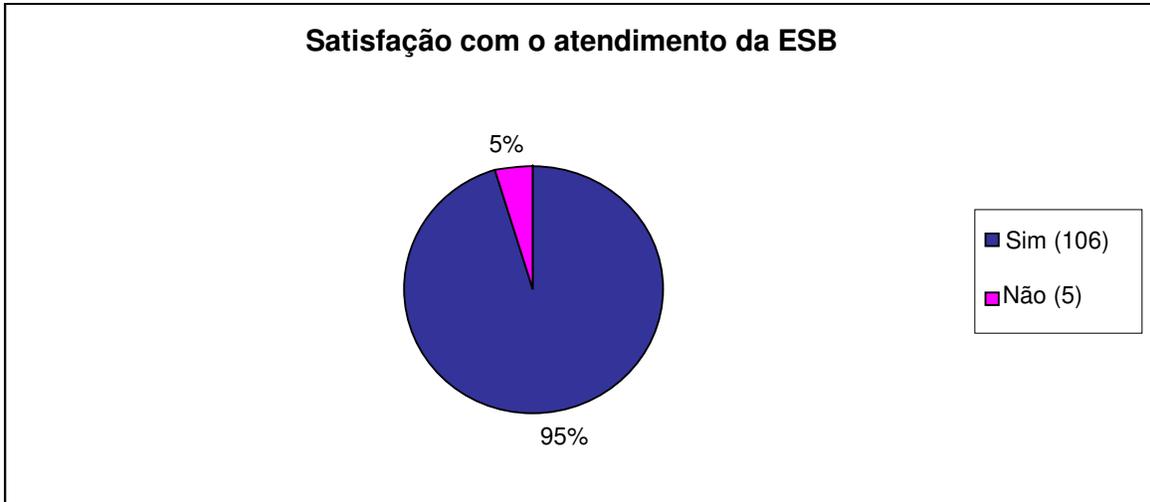


Figura 8 – Satisfação do usuário com relação ao atendimento prestado pelo dentista e pela ASB

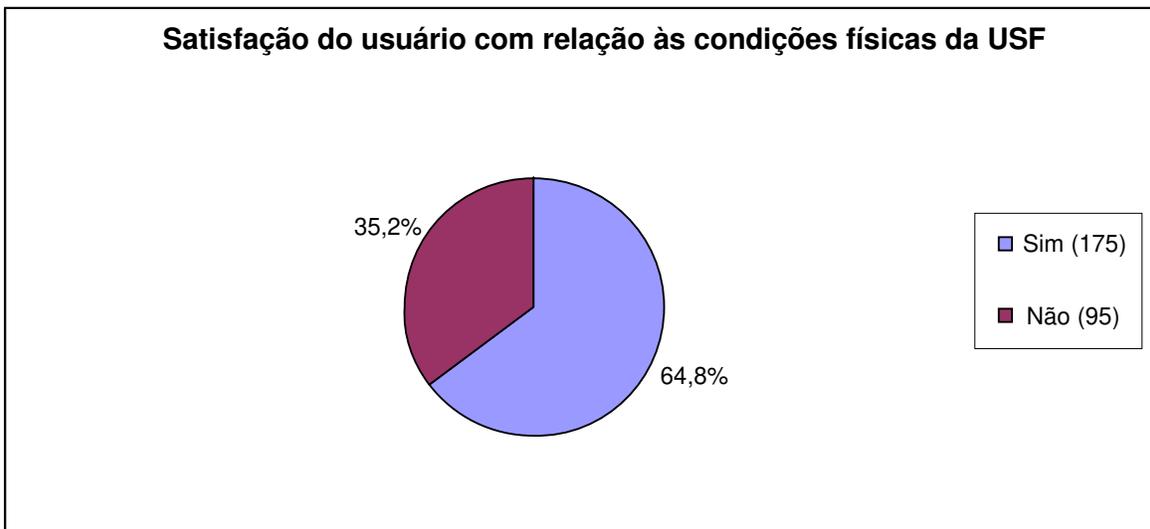


Figura 9 – Satisfação do usuário com relação à estrutura física, condições de higiene e bem estar da USF

Na tabela **15** observa-se a associação entre a satisfação do usuário com a USF e as variáveis sócio-demográficas (sexo, faixa de idade e escolaridade) e de utilização do serviço de saúde (tempo de utilização dos serviços do PSF, acesso geográfico até a USF e procura pelo serviço de Odontologia). Observou-se que os usuários que consideraram o acesso geográfico da sua casa até à USF positivo (ótimo ou bom) tem 2,76 (1,59-4,80) mais chance de estarem satisfeitos com as condições físicas da USF, no que diz

respeito à infra-estrutura, condições de higiene e bem-estar ($p < 0,001$). Com relação as outras variáveis não houve associação estatística.

Tabela 15 – Análise bruta e ajustada entre a satisfação com a USF e variáveis sócio-demográficas e de utilização do serviço de saúde. Razão de Chances estimadas por Regressão Logística.

Variáveis	%	n	Análise Bruta		Análise Ajustada\$	
			OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	P
Sexo				0,07		0,12
Masculino	77,3	44	1,00		1,00	
Feminino	62,7	225	0,49 (0,23-1,05)		0,54 (0,25-1,17)	
Faixa de idade (tercis)				0,15*		0,36*
17 a 20 anos	63,4	82	1,00		1,00	
21 a 23 anos	57,8	90	0,79 (0,43-1,46)		0,80 (0,43-1,51)	
24 a 52 anos	73,2	97	1,57 (0,83-2,97)		1,39 (0,72-2,68)	
Escolaridade				0,58*		0,62*
Sem estudos	65,2	46	1,00		1,00	
Ensino fundamental incompleto	68,3	139	1,15 (0,57-2,33)		1,12 (0,52-2,44)	
Ensino fundamental completo	46,3	41	0,46 (0,19-1,09)		0,58 (0,22-1,54)	
Ensino médio completo	69,0	42	1,19 (0,49-2,90)		1,68 (0,59-4,74)	
Tempo de uso dos serviços da USF				1,00*		0,53*
Até 12 meses	60,0	30	1,00		1,00	
1 a 2 anos	74,2	31	1,92 (0,65-5,68)		3,57 (1,09-11,7)	
≥2 anos	64,1	209	1,19 (0,54-2,61)		1,82 (0,77-4,29)	
Acesso à USF				<0,001		<0,001
Negativo	56,0	159	1,00		1,00	
Positivo	77,5	111	2,71 (1,57-4,66)		2,76 (1,59-4,80)	
Procurou serviços de odontologia da USF				0,92		0,93
Sim	65,2	112	1,00		1,00	
Não	64,6	158	0,97 (0,59-1,62)		1,02 (0,59-1,77)	

%=Prevalência; OR= Odds Ratio; IC95%=Intervalo de Confiança; \$ Análise ajustada para variáveis com p valor do teste de Wald <0,20; * p valor para do teste do Wald para tendência linear.

Associação com a participação em atividades desenvolvidas no PSF

Na tabela 16 observa-se a associação entre a participação dos usuários nas atividades de caráter preventivo-educativo com as variáveis sócio-demográficas (sexo, faixa de idade e escolaridade) e de utilização do serviço de saúde (tempo de utilização dos serviços do PSF, acesso geográfico até a USF e procura pelo serviço de Odontologia). Observou-se que o sexo feminino tem 3,62 (1,07-12,3) mais chance de participar das atividades educativas e preventivas do

que o sexo masculino (p=0,03). Com relação as outras variáveis não houve associação.

Tabela 16 – Análise bruta e ajustada entre a participação em atividades preventivo-educativas e variáveis sócio-demográficas e de utilização do serviço de saúde. Razão de Chances estimadas por Regressão Logística.

Variáveis	%	n	Análise Bruta		Análise Ajustada§	
			RC (IC95%)	p	RC (IC95%)	P
Sexo				0,03		0,03
Masculino	7,5	40	1,00		1,00	
Feminino	23,6	195	3,80 (1,12-12,9)		3,62 (1,07-12,3)	
Faixa de idade (tercis)				0,66*		0,66*
18 a 20 anos	24,4	78	1,00		1,00	
21 a 23 anos	16,9	83	0,63 (0,29-1,36)		0,59 (0,27-1,31)	
24 a 52 anos	21,6	74	0,86 (0,40-1,83)		0,88 (0,36-2,14)	
Escolaridade				0,94*		0,58*
Sem estudos	22,9	35	1,00		1,00	
Ensino fundamental incompleto	20,0	125	0,84 (0,34-2,08)		0,87 (0,34-2,19)	
Ensino fundamental completo	18,4	38	0,76 (0,24-2,38)		0,63 (0,20-2,00)	
Ensino médio completo	22,2	36	0,96 (0,32-2,94)		0,80 (0,26-2,48)	
Tempo de uso dos serviços da USF				0,88*		0,57*
Até 12 meses	17,2	29	1,00		1,00	
1 a 2 anos	25,9	27	1,68 (0,46-6,11)		1,42 (0,37-5,45)	
≥2 anos	20,6	180	1,24 (0,44-3,48)		0,91 (0,31-2,66)	
Acesso à USF				0,41		0,36
Negativo	22,5	142	1,00		1,00	
Positivo	18,1	94	0,76 (0,39-1,46)		0,73 (0,37-1,44)	
Procurou serviços de odontologia da USF				0,93		0,83
Sim	20,5	112	1,00		1,00	
Não	21,0	124	1,03 (0,55-1,93)		0,93 (0,47-1,84)	

%=Prevalência; RC=Razão de Chances; IC95%=Intervalo de Confiança; § Análise ajustada para variáveis com p valor do teste de Wald <0,20; * p valor para do teste do Wald para tendência linear.

Na tabela 17 ao avaliar a associação entre as variáveis sócio-demográficas e de utilização do serviço de saúde com a visita domiciliar de um profissional de saúde da ESF, observou-se que não houve associação entre as mesmas.

Tabela 17 – Análise bruta e ajustada entre visita domiciliar da ESF e variáveis sócio-demográficas e de utilização do serviço de saúde.

Variáveis	%	n	Análise Bruta		Análise Ajustada\$	
			OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	P
Sexo				0,98		0,87
Masculino	5,0	40	1,00		1,00	
Feminino	5,1	196	1,02 (0,21-4,85)		1,15 (0,22-5,97)	
Faixa de idade (tercis)				0,25*		0,28*
18 a 20 anos	2,6	78	1,00		1,00	
21 a 23 anos	6,0	83	2,44 (0,46-12,9)		2,71 (0,50-14,6)	
24 a 52 anos	6,7	75	2,71 (0,51-14,4)		2,53 (0,47-13,6)	
Escolaridade				0,70*		0,25*
Sem estudos	8,6	35	1,00		1,00	
Ensino fundamental incomplete	3,2	126	0,35 (0,07-1,64)		0,40 (0,08-2,03)	
Ensino fundamental complete	5,3	38	0,59 (0,09-3,77)		1,22 (0,14-10,5)	
Ensino médio complete	8,3	36	0,97 (0,18-5,16)		2,05 (0,27-15,5)	
Acesso à USF				0,06		0,06
Negativo	2,8	143	1,00		1,00	
Positivo	8,5	94	3,23 (0,94-11,0)		3,29 (0,96-11,2)	
Procurou serviços de odontologia da USF				0,43		0,54
Sim	6,3	112	1,00		1,00	
Não	4,0	125	0,62 (0,19-2,03)		0,68 (0,20-2,29)	

%=Prevalência; OR= Odds Ratio; IC95%=Intervalo de Confiança; \$ Análise ajustada para variáveis com p valor do teste de Wald <0,20; * p valor para do teste do Wald para tendência linear.

6 DISCUSSÃO

6.1 ACERCA DOS PROFISSIONAIS

O presente trabalho foi realizado em um município de médio porte, em processo crescente de estruturação da atenção básica, fato este possível com a expansão do número de equipes de saúde da família que vêm sendo implantadas. De acordo com Baldani *et al* (2005), a partir do ano 2000, o PSF passou a ter maior adesão de municípios de médio e grande porte, contrapondo-se com o que se verificou no início da implantação do programa, quando houve uma maior adesão dos municípios de pequeno porte, sendo que quando da implantação das equipes de saúde bucal, estas seguiram a mesma trajetória. O que se observa é que para os municípios maiores, a adoção do PSF parece exigir um esforço na reorganização do sistema de saúde, já que, nesses, na maioria das vezes, já existe uma rede física instalada e um conjunto de profissionais atuando numa determinada lógica de organização dos serviços.

Um dos aspectos de grande importância, que foi observado após a coleta de dados, foi que a maior parte das ações desenvolvidas pelos profissionais eram voltadas para o atendimento clínico, já que 86,6% dos CDs relataram desenvolvê-lo sempre. As ações de promoção e proteção à saúde também foram citadas através da realização de diferentes atividades preventivas/educativas, das visitas domiciliares e da referência e contra-referência. Mesmo assim, essas atividades são desempenhadas em uma frequência inferior quando comparadas à assistência odontológica. Quando somadas, as atividades preventivas/educativas dentro do consultório foram relatadas como sendo desenvolvidas “sempre” ou “muitas vezes” por quase 70% dos entrevistados. Porém para a realização de atividades desta natureza em espaços sociais, fora de quatro paredes da USF, essa proporção caiu para 26,6% e a maioria (73,3%) dos profissionais relataram realizá-las de vez em quando ou raramente. Além disso, este tipo de atividade foi relatada como difícil de ser executada dentro do PSF por 38,9% dos CDs, seguida da mesma quando realizada em sala de espera (16,7%). Logo, infere-se que estes

profissionais têm encontrado dificuldades em desenvolver ações de promoção de saúde.

Segundo as diretrizes apresentadas pelo Ministério da Saúde, a Saúde bucal deve seguir os princípios de uma nova filosofia de reorganização do modelo de atenção em saúde, refletindo sobre uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. Além disso, o conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República deve nortear a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação de ações de promoção e proteção, em conjunto com as ações de recuperação (Brasil, 2004a).

Convém ressaltar que de acordo com os resultados do estudo, existem dificuldades por parte dos profissionais em desempenhar atividades de cunho preventivo/educativo, que deveriam acontecer com uma maior frequência. O fato de que a média do tempo de formação dos profissionais era de 14 anos, parece demonstrar que a formação acadêmica dos mesmos, possivelmente foi centrada no tecnicismo, no modelo biomédico, e voltada para o atendimento clínico em detrimento à outras atividades.

A ênfase dada pela maioria dos cursos de odontologia às ciências básicas e técnicas operatórias, em detrimento aos componentes sociais e educativos, tem trazido, como conseqüência, falta de visão crítica das necessidades sociais em saúde bucal. Somado a este fator está uma formação em que as práticas de atividades educativas desenvolvidas foram baseadas em uma educação doutrinadora, realizada por meio de transmissão de informações, visando que o indivíduo alcance saúde depois de ser educado. Esta formação acadêmica, cujo processo ensino-aprendizagem, centrado em uma educação tradicional, faz com que ocorra uma reprodução desta situação nos serviços de saúde, resultando na dificuldade em se realizar práticas educativas dialógicas e participativas, impedindo o indivíduo de desenvolver a autonomia e responsabilidade sobre sua própria saúde (Mialhe & Silva, 2011).

Mediante as novas diretrizes curriculares para os cursos da área de saúde, atualmente busca-se a formação de profissionais generalistas, que tenham perfil adequado para atuar no PSF. Segundo Facó *et al* (2005), a graduação deve favorecer o aparecimento de futuros trabalhadores em saúde com uma visão de totalidade, com capacidade para atender coletivamente aos problemas de saúde bucal, e não somente por meio da abordagem individualista, formando assim um profissional apto a agir de forma preventiva, privilegiando ações que beneficiem um maior número de pessoas, trabalhando em equipe, planejando, executando e avaliando as atividades clínicas, considerando as características epidemiológicas e sócio-econômicas da população a ser atendida.

De acordo com o presente estudo, 53,8% dos profissionais tinham feito algum curso voltado a capacitá-lo a realizar de forma mais satisfatória suas atividades dentro da lógica do PSF. Isso significa que quase metade dos profissionais que trabalhavam atualmente no programa nunca tinham feito curso algum dessa natureza que pudesse qualificá-lo a desempenhar suas funções de acordo com as propostas do Ministério da Saúde. Não seria o perfil profissional fator indispensável para a melhoria das ações de saúde bucal executadas dentro do PSF? Acreditamos que sim, e daí a importância do Estado investir na capacitação e educação permanente dos seus trabalhadores.

Segundo o Ministério da Saúde, a efetivação das ações da Atenção Básica depende fundamentalmente de uma sólida política de educação permanente, capaz de produzir profissionais com habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS com competência técnica, espírito crítico e compromisso político (Brasil, 2006a).

Um dos pressupostos do documento intitulado Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) ressalta que:

Definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas do governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de

peçoal auxiliar, para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na ESF. Nos Estados em que os Pólos de Educação Permanente estiverem implantados, a educação continuada dos trabalhadores em saúde bucal deve se dar através deles.

Com relação a referência e contra-referência, observou-se que a integralidade das ações de Saúde Bucal é possível, pois mais da metade dos profissionais (53,2%) responderam que referenciam seus pacientes sempre ou muitas vezes, apesar de 40,0% só o fazerem de vez em quando. Lembrando que o município estudado conta com um CEO para onde os pacientes podem ser referenciados na atenção secundária, bem como em nível terciário, através do atendimento hospitalar. Os profissionais devem ter consciência da importância em referenciar os pacientes para a realização de procedimentos que requerem tecnologias e conhecimentos mais avançados do que o que é oferecido na atenção básica, visando a atenção integral do paciente. Soma-se a isso a importância da contra-referência, para que os mesmos possam avaliar a resolutividade das ações integradas. Como limitação deste estudo não foram coletados dados suficientes para avaliar se o que era referenciado estava sendo resolvido e contra-referenciado.

Em estudo desenvolvido por Martelli *et al* (2008), que analisou o modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco, os autores observaram que 40% dos municípios estudados apresentavam a falta de uma rede de referência e contra-referência oficializada para a saúde bucal, o que comprometia a qualidade da assistência prestada, não assegurando à população a possibilidade de integralidade da atenção em saúde bucal. Rocha & Araújo (2009), ao avaliar as condições de trabalho das equipes de saúde bucal no PSF em Natal-RN, chegaram a conclusão de que a articulação da referência e contra-referência não tem funcionado como previsto naquele município, tanto pelo fato de não haver o atendimento adequado da demanda das especialidades quanto pela falta de especialistas nas UBSs. Dessa forma, a integralidade da assistência prestada a população adscrita deixava de ser exercida pelos dentistas e, conseqüentemente, as famílias não tinham suas necessidades atendidas.

Observou-se, pelas respostas dos CDs do presente estudo que os mesmos frequentam reuniões em equipe “sempre” ou “muitas vezes” em 73,3% e nenhum profissional afirmou “nunca” participar das reuniões. Estas são de grande importância no planejamento de ações que devem ser colocadas em prática visando melhorar as condições de vida da comunidade de determinada área de abrangência do PSF, mediante o diagnóstico situacional da mesma. Além disso, constitui-se em um instrumento interdisciplinar ao propiciar um maior envolvimento da equipe de saúde bucal com a equipe de saúde da família.

Ao avaliar a frequência de realização das visitas domiciliares, poucos profissionais afirmaram fazê-la com frequência, e ao se abordar as situações em que as mesmas são realizadas, a maioria (60%) o faz no caso de acamados e, em menor porcentagem, quando solicitado pelo agente comunitário de saúde (33,3%). A visita domiciliar constitui-se em um importante recurso dentre as atividades de âmbito de educação e prevenção, possibilitando o conhecimento da situação de saúde das famílias com uma maior profundidade, bem como favorecendo o fortalecimento do vínculo entre os profissionais e as famílias. As visitas domiciliares, quando necessárias, devem ser agendadas e realizadas, sempre seguindo critérios definidos pela equipe de saúde para o acompanhamento de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2006a).

O CD deve ser um participante ativo das ações de promoção, educação e prevenção, dispondo de tempo para as reuniões com a equipe de saúde, participando dos processos de planejamento e avaliação das ações da sua área de abrangência e do seu município como um todo, fazendo visitas domiciliares, sempre que for necessário, para conhecer profundamente a população e suas condições de vida (Capistrano Filho in Araújo & Dimenstein, 2006).

Dentre os resultados, observou-se que apenas 28,6% dos CDs delegam outras funções às ASBs que não sejam o atendimento clínico, o que reforça mais uma vez a formação profissional centrada no modelo biomédico. Em revisão de literatura realizada por Cericato *et al* (2007) sobre a inserção do CD no PSF, ressalta-se que os auxiliares centram suas ações em atividades convencionais, como instrumentação, desinfecção e esterilização de materiais e

instrumentais. Muito embora seja importante que o profissional se desloque para além das atividades clínicas, é necessário atentar-se para que tal deslocamento seja cuidadoso, no sentido de evitar-se desassistência clínica. Para tanto os deslocamentos podem também ser feitos pelo TSB, pelo ASB e pelo ACS, competindo ao CD planejá-los, organizá-los, supervisioná-los e avaliá-los (Brasil, 2004). Ainda de acordo com o Ministério da Saúde recomenda-se que 75% a 85% da hora clínica do CD seja para os procedimentos clínicos e de 15% a 25% sejam para atividades de outra natureza, visando uma maior resolutividade do serviço.

Os CDs têm relatado em vários estudos que não conseguem realizar um bom trabalho dentro do PSF devido a vários fatores limitantes que atrapalham o desenvolvimento de suas ações. No presente estudo, a condição do consultório, bem como a esterilização do material, foram as condições mais citadas que limitam o desenvolvimento de um bom trabalho pelo dentista. Também foram relatadas as condições de instalações prediais e a qualidade do instrumental; a qualidade do material de consumo foi citada em menor proporção.

O que se observa com muita frequência é a falta de manutenção dos equipamentos odontológicos, que paulatinamente contribui com a deterioração dos mesmos. Os gestores pensam que ao comprar o equipamento já fizeram sua parte, mas é necessário firmar parcerias com representantes e/ou profissionais qualificados em realizar manutenções periódicas dos equipos, visando prolongar sua vida útil. Chaves & Miranda (2008) analisaram discursos proferidos por CDs do PSF da área metropolitana de Fortaleza e concluíram que um dos principais motivos de insatisfação profissional no PSF referiram-se às condições estruturais e organizativas, consideradas insuficientes ou inadequadas pela maioria dos entrevistados, além da falta de insumos tecnológicos, bem como ausência de manutenção dos equipamentos odontológicos. Existem relatos de vários estudos em que essa situação se repete em outros locais do país. Souza & Roncalli (2007) ao avaliar a incorporação da saúde bucal em 19 municípios do Rio Grande do Norte, observaram que todas as Unidades apresentaram problemas físicos, como falta de sala de espera e sala de atendimento clínico em condições precárias. Além disso, observou-se o não-atendimento por falta de material de consumo

(luvas, amálgama e anestésicos), falta de limpeza, pela unidade estar passando por reforma ou pela falta de instrumental clínico. Rocha & Araújo (2009) destacam dentre os fatores limitantes ao trabalho desenvolvido pelos dentistas, a estrutura física inadequada às atividades, a falta de disponibilidade de equipamento, instrumental e material adequados à realização de todas ações previstas.

Os resultados mostram que os 92,9% CDs acham que os usuários aceitam como positivo o atendimento clínico desempenhado por eles. Também percebem como positiva, embora em uma proporção menor (71,4%), a forma que os usuários recebem às atividades educativas. Talvez ocorra essa situação pela consciência dos profissionais de que as atividades educativas, por serem menos desempenhadas, têm um grau de aceitação inferior pelos usuários. Ronzani & Silva (2008) ao analisar a percepção dos profissionais de saúde, gestores e usuários sobre o PSF de dois municípios de Minas Gerais, citam que os profissionais de saúde entrevistados avaliaram positivamente o trabalho desenvolvido por suas equipes junto às comunidades atendidas, acreditando que isso acontece em função da boa receptividade do usuário ao trabalho e pela ausência de reclamação formal do mesmo. Citam ainda que os pontos positivos do trabalho desenvolvido pelos profissionais se referem especialmente à satisfação do usuário em relação aos serviços prestados na unidade.

No que diz respeito à satisfação profissional, apesar da maioria perceber a remuneração como um fator fortemente negativo (78,6%), 71,4% se sentem satisfeitos em trabalhar no PSF, levando ao entendimento de que existem outros fatores além do salário que fazem com que o profissional estabeleça um vínculo com a proposta do PSF. O ideal seria que todos os profissionais pudessem desempenhar suas funções com contentamento, lembrando que para essa realidade deve haver esforços de ambos os lados (do gestor e do próprio profissional), no intuito de melhorar as ações de saúde bucal e as condições de saúde de determinada comunidade.

As diferenças salariais existentes entre os profissionais de nível superior dentro do PSF vêm sendo relatadas em inúmeros estudos, principalmente a existente entre o médico e os outros profissionais, e é tido como um do fator

primordial na dificuldade de integração entre os membros da equipe, estimulando a comparação competitiva ao invés da cooperação mútua interdisciplinar. Facó *et al* (2005) em seu trabalho relatam que os CDs que trabalham no PSF do Ceará citam como pontos negativos os baixos salários, condições inadequadas de trabalho e a falta de vínculo empregatício, gerando grande insatisfação. Como pontos positivos são citadas a promoção de ação multidisciplinar e a melhoria do acompanhamento dos pacientes, devido a adscrição da clientela. Os autores ainda lembram que a busca de uma Odontologia voltada para os interesses da população, passa pela discussão da gestão do trabalho, já que estes são responsáveis em melhorar a atenção à saúde bucal.

6.2 ACERCA DOS USUÁRIOS

De acordo com os resultados do presente estudo, a amostra dos usuários foi constituída em sua maioria por mulheres (79,2%), seguindo a tendência de outros estudos realizados que mostram um maior acesso destas aos serviços de saúde, tanto para consultas médicas, como odontológicas. Como a coleta dos dados foi realizada através da visita domiciliar, em dias úteis e horário comercial, pode ser que isso tenha influenciado o resultado, pois muitas vezes é a mulher quem está presente em casa, enquanto o homem está em horário de trabalho. Ainda de acordo com resultados da pesquisa, as mulheres tiveram uma chance quase três vezes maior de participação em atividades preventivas/educativas desenvolvidas pela ESF quando comparada aos homens. O Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde do Homem, no dia 27 de agosto de 2009, tendo como objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde. Trad *et al* (2002) citam, ao avaliar qualitativamente a satisfação de usuários do PSF na Bahia, a perspectiva das mulheres como avaliadoras dos serviços de saúde, caracterizada pelo seu conhecimento do dia-a-dia e pelo fato de serem as principais agentes de saúde no contexto doméstico, além da capacidade de identificar com transparência indicadores de qualidade de vida.

Ao analisar o grau de escolaridade, percebemos que mais da metade dos usuários possuíam o ensino fundamental incompleto, denotando um baixo grau de escolaridade. Dados observados no PNAD/IBGE 2003 mostram que quanto mais anos de escolaridade, maior a chance de se utilizar os serviços de saúde, o que reitera a importância da formação escolar no acesso. Já os dados coletados no PNAD/IBGE 2008 referentes a beneficiários de planos de saúde pelo grau de instrução, percebe-se que entre os quase 50 milhões deles, ao menos 12 milhões (cerca de 25%) possuem, no mínimo, onze anos de estudo ou o ensino médio completo. Considerados apenas usuários do Sistema Único de Saúde, somente 6 milhões (4%) tem o mesmo nível de escolaridade.

A variação de escolaridade leva a necessidade de se saber trabalhar muito bem a educação em saúde, seja na Unidade de Saúde ou nas visitas domiciliares, para que todos sejam conscientizados da importância da manutenção da saúde bucal (Emmi & Barroso, 2008).

É inegável a expansão da Saúde da Família por todo país, sendo facilmente percebida a ampliação do acesso ao sistema de saúde pela população, de acordo com dados fornecidos pelo Ministério da Saúde. No nosso estudo, apenas 6% das pessoas que moravam em área de abrangência do PSF nunca tinham visitado a USF e utilizado os seus serviços. A consulta com o médico e a participação em programas como o Hipertensão, Crescimento e Desenvolvimento, Pré-Natal, Planejamento Familiar, dentro da estratégia, foram os mais citados. Observou-se que mesmo aqueles que tinham uma melhor condição sócio-econômica, já tinham utilizado o serviço em um dado momento, principalmente o programa de Imunização. Dentre estes usuários, 227 já utilizavam os serviços da USF há mais de 2 anos, confirmando a criação do vínculo com os profissionais do PSF e a confiança nos serviços prestados. A aproximação entre usuário e profissional de saúde estabelece um vínculo que contribui para a humanização do cuidado. De acordo com o Dicionário da Educação Profissional em Saúde (2008), no campo das políticas públicas de saúde, humanização diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e

trabalhadores e destes entre si. Transformar práticas de saúde exige mudanças no processo de construção dos sujeitos dessas práticas. Somente com trabalhadores e usuários protagonistas e co-responsáveis é possível efetivar os princípios do SUS da universalidade do acesso, da integralidade do cuidado e da equidade das ofertas em saúde.

Com relação ao acesso geográfico do usuário até a USF, ao classificarmos as opções de resposta em positiva, aos que responderam ótimo ou bom, e negativa aos que responderam regular, má ou péssimo, observamos que os mesmos percebem negativamente (60,8%) o deslocamento da sua casa até a Unidade. E esta situação teve associação com o fato de não estarem satisfeitos com as condições físicas da Unidade, com relação à infra-estrutura, condições de higiene e bem-estar. O que se observa na cidade de estudo é que, pelo fato da mesma ter temperatura média elevada (podendo chegar a 45 graus Celsius no verão), a característica do seu relevo montanhoso, bem como a distância de certos domicílios da Unidade, venham a influenciar de forma negativa esse deslocamento. De acordo com Soares (2007), a facilidade no acesso geográfico se constitui também uma das formas de acesso às ações e serviços de saúde. Portanto deve-se conhecer e tentar superar obstáculos que estejam impedindo a acessibilidade, pois muitas vezes a resolução de problemas de saúde pode estar sendo dificultada.

Um resultado que nos chamou atenção diz respeito a utilização dos serviços de Saúde bucal no PSF. Apenas 39% dos usuários entrevistados relataram ter procurado tal serviço. Como os usuários foram selecionados através do sorteio de domicílio por microárea, nem todos poderiam já ter utilizado o serviço odontológico da USF. Se o número de ESBs no país aumentou quase 5 vezes, passando de 4.261 para 20.300, de 2002 até 2010, se no município em questão existe uma quantidade expressiva de ESBs, comparando com outros municípios baianos, por que razão a proporção das pessoas que têm procurado o serviço de Saúde Bucal no PSF ainda é pequeno quando comparado à procura pelo atendimento realizado pelo médico ou pelo enfermeiro? Isto nos leva a crer que o simples fato do serviço existir não quer dizer que o usuário vai ter o rápido

acesso ao mesmo. Deve se atentar aos aspectos geográficos, culturais, econômicos e funcionais que abrangem a prestação do serviço.

Na Saúde da Família, as ações de saúde bucal devem ser organizadas, segundo uma relação nova com a comunidade, baseada na atenção, na confiança, no respeito. Os dentistas e seus assistentes são vistos como profissionais que podem de fato desempenhar um papel decisivo nos bons resultados do Programa Saúde da Família. Porém, ainda que o Brasil Sorridente, tenha trazido significativos progressos para a saúde bucal coletiva, o problema do acesso aos serviços de saúde bucal no país ainda persiste.

Os dados do Projeto SB Brasil 2003 mostram que uma parcela importante da população nunca foi ao dentista, dentre eles 13,5% dos entrevistados de 15-19 anos. As desigualdades regionais são expressivas, sendo que a Região Norte aparece com piores proporções, quando comparada com a Região Sul. No Nordeste, 42,83% dos adultos de 35-44 anos tinham 3 anos ou mais desde o último acesso ao cirurgião-dentista. Embora os serviços do PSF envolvam um significativo de usuários, os dados analisados têm mostrado que grande parte da população adscrita fica à margem da atenção em saúde bucal (Brasil, 2004b).

Munkeviz (2009) cita que o medo de ir ao dentista é um desafio que a maioria dos usuários precisa superar e que alguns deles podem não procurar o serviço devido a situação de privação social que os impede de realizar uma higienização adequada ou manter uma alimentação saudável, situações estas que restringem a busca pelo tratamento odontológico, devido ao receio de expor sua boca ao profissional.

Conforme vai aumentando o vínculo e a confiança no profissional, o medo, bem como a ansiedade e a tensão peculiares diante de um tratamento odontológico tendem a diminuir. Santos (2005) ressalta a deficiência em planejar a organização do setor odontológico ao longo do tempo, pois houve um aumento expressivo de profissionais no setor público. Não duvidando que a população está sendo beneficiada de alguma forma com a expansão dos serviços, alerta que a manutenção dos mesmos pode ser comprometida dependendo do tipo de políticas

públicas que forem implementadas por cada município. Moreira *et al* (2007), ao realizar entrevistas etnográficas com 31 moradores de uma região de baixa renda em Fortaleza-Ceará, observou que as precárias condições de vida dificultam priorizar o cuidado em saúde. Embora sofram da dor dentária, ir ao dentista é percebido como um luxo, não um direito do cidadão.

Ao se avaliar o motivo que levou o usuário a procurar o serviço de Odontologia no PSF, observamos que a opção pelo tratamento curativo-mutilador ainda predomina, pois a extração e o tratamento curativo foram a principal causa de procura do serviço. Isso é reflexo do próprio modelo de assistência, que ainda é bastante enraizado. No entanto, o resultado mostra que a procura pelo serviço, buscando um tratamento preventivo ainda está longe do ideal, mas foi expressivo, abrangendo 21,5% dos entrevistados. É importante que os profissionais de saúde bucal tenham consciência deste fato, e utilizem o tempo profissional no desenvolvimento de outras atividades preconizadas pelo Programa, principalmente as ações de promoção e proteção da saúde, dentre elas ações preventivas e de educação em saúde.

Barbosa *et al* (2007) relata que a comunidade tem consciência de que os hábitos saudáveis em saúde bucal têm continuidade ao perspassar o ambiente do consultório odontológico, e que ao longo do tempo as informações serão assimiladas, visando a mudança de hábitos prejudiciais e manutenção da saúde bucal. Por esta razão deve-se persistir nas atividades de cunho preventivo-educativo.

A inclusão das equipes de saúde bucal no PSF até então vem apresentando dificuldades em modificar o processo de trabalho. Pelo que se tem observado, as práticas em saúde bucal continuam acontecendo baseadas em um modelo tradicional, centrado na abordagem curativo-reparadora de baixo impacto e de baixa cobertura. Apesar das dificuldades encontradas com relação ao serviço, 77,5% das pessoas que o procuraram tiveram seu problema resolvido. A resolutividade das ações contribui para a satisfação do usuário, mas não é fator preponderante; outros fatores terão mais importância na satisfação do usuário do que apenas a resolução ou não do problema. Turrini *et al* (2008) ainda citam que a

resolutividade envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros.

O acesso, em geral, é conceituado com base na entrada inicial aos serviços de saúde. Dentre os resultados obtidos no presente estudo, a maioria dos entrevistados teve acesso ao atendimento odontológico por agendamento prévio pelo ACS ou pelo ASB (42%), ou através de fichas distribuídas no dia (49,1%). Apesar da maioria (81,8%) ter relatado satisfação com a forma de acesso, foi observado que houve significância estatística quando comparadas as duas formas de acesso e os que conseguiram através da segunda opção não ficaram contentes com esta forma de conseguir a vaga ao atendimento. Pudemos observar que cada equipe define como organizar as ações, como a marcação de consultas, a seleção dos pacientes, o nível de atuação dos ACSs e ASBs, ou seja, existe mais de uma porta de entrada a Saúde Bucal. Com isso, a ligação entre a oferta de serviços e a demanda do município é acompanhada pela ESB de cada USF. A garantia do acesso visa a construção de soluções dos problemas de cada unidade de saúde, ao organizar o acolhimento, reduzir a demanda reprimida, diminuir o tamanho das filas e fazer com que o usuário se sinta cada vez mais valorizado.

Reis *et al* (2009) avaliaram o serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol-MG, através do estudo das percepções dos usuários e na avaliação dos mesmos o acesso é influenciado por fatores variados, dentre eles: o fator geográfico, ausência de infra-estrutura, ausência de serviços, qualidade do atendimento e presença de vagas. Sendo que estes fatores podem limitar a acessibilidade ao serviço e prejudicar a solução dos problemas de saúde bucal.

No intuito de se avaliar a execução, pelas ESBs, de atividades integradas de reabilitação, prevenção e promoção de saúde, buscou-se saber sobre a participação dos usuários em atividades educativas e 79,2% relataram nunca ter participado. Na verdade esse dado só confirma o desenvolvimento de

ações pela ESB focadas no curativismo. O que podemos observar é que a atuação do profissional de saúde bucal como educador em saúde ainda é principiante, e quando ocorre, segue parâmetros considerados ultrapassados dentro dos preceitos atuais do educar em saúde.

Segundo Munkeviz (2009) a educação em saúde bucal tem sua efetividade comprovada e contribui com melhorias na saúde bucal da população, levando-se em consideração que essa prática deve ser aperfeiçoada para se obter mudanças nos comportamentos individuais, visando diminuir os problemas de saúde bucal dos indivíduos. A Organização Mundial de Saúde pontua que os objetivos da educação em saúde são de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva. Estas assertivas fazem da educação em saúde um dos mais importantes elos entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor (Melo *et al*, 2009).

Visando a conscientização da prevenção e do auto cuidado no intuito de se conseguir mudanças comportamentais, percebe-se que sem a educação torna-se impossível a promoção de saúde, o melhoramento dos serviços de saúde e dos níveis de saúde bucal dos brasileiros. Segundo Grisotti *et al* (2010) a mudança nas práticas dos profissionais será tão mais efetiva quanto maior o conhecimento e a mudança de concepção dos usuários sobre a real função dos serviços na promoção de saúde coletiva.

Uma outra forma de se avaliar a integralidade das ações no presente estudo foi através da coleta de dados sobre as visitas domiciliares realizadas pelos dentistas ou por outro profissional da equipe. Apenas 5,1% dos usuários relataram ter recebido a visita de alguém da ESF em sua casa, sendo que 9 usuários receberam a visita do dentista, ressaltando a escassez desse tipo de atividade. A visita domiciliar origina uma nova proposta de relação profissional/paciente, baseada no fortalecimento do vínculo entre estes, que vai além dos serviços assistenciais tradicionais, sugerindo uma conduta de maior qualificação profissional, além de fornecer aos trabalhadores em saúde uma maior

participação no cotidiano da comunidade e um maior poder de influência na orientação de medidas comportamentais que visem uma melhoria das condições de vida da população.

De acordo com Filho (2002) falar em vínculo vai além do conhecimento dos indivíduos de sua área. É ter a idéia do ambiente familiar e de trabalho, dos riscos a que esse indivíduo pode estar exposto, do tipo de alimentação, dos fatores emocionais e psicológicos a que vêm sendo submetidos, do acesso ao lazer, dentre outros fatores que possam estar interferindo em sua qualidade de vida. E é através da confiança conquistada, que esse vínculo se estabelece, e por esta razão a visita domiciliar se constitui numa importante ferramenta de intervenção terapêutica, podendo ser de natureza clínica e de promoção e prevenção de saúde.

A satisfação do usuário com relação à atenção em saúde bucal pode ser considerada um indicador avaliativo da qualidade dos serviços de saúde que estão sendo prestados, com o intuito de se permitir transformações que visem aperfeiçoar o dia a dia dos serviços de saúde e avançar na gestão desses serviços. No presente estudo, objetivamos conhecer a satisfação do usuário com relação ao atendimento oferecido pelo dentista e sua equipe, bem como em relação à estrutura física e condições de bem estar do mesmo na USF. Constatamos que o resultado foi positivo para ambas as questões, sendo que a satisfação com relação aos serviços prestados pela ESB foi superior (95%). Ao se arguir a razão da resposta, a maioria dos usuários relatou o bom atendimento clínico oferecido pelos dentistas e a relação profissional-paciente baseada na atenção e na humanização. O vínculo verdadeiramente participativo e de responsabilidade com a população faz toda a diferença durante o processo. A comunidade deve ser efetivamente capaz de participar ativamente do processo pela conquista da saúde e, juntamente com os profissionais de saúde bucal, planejar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas em seu território.

No trabalho realizado por Trad *et al* (2002) ao se avaliar a percepção do usuário em relação à dimensão profissional do PSF na Bahia, esta foi bastante positiva. Aspectos como o tempo dispensado pelos profissionais, a qualidade e

competência da equipe e a disponibilidade foram destacados pelo entrevistados. Oliveira *et al* (2009) ao avaliar o grau de satisfação dos usuários quanto às ações de saúde bucal desenvolvidas nos serviços odontológicos das unidades básicas de saúde de Olinda – PE, concluíram que os usuários, em sua maioria, consideraram-se muito satisfeitos com a atuação do cirurgião-dentista, pois a grande maioria afirmou ter confiança nesse profissional, demonstrando-se satisfeitos com o tratamento recebido por eles. Emmi & Barroso (2008) observaram que de modo geral a população demonstra-se satisfeita com as ações e saúde bucal desenvolvidas pela ESB no município de Mosqueiro, no Pará.

Samico *et al* (2005) ressaltam que os usuários tendem a considerar, além do desempenho clínico, as atitudes de compreensão, acolhimento e comunicação dos profissionais; logo, a melhoria dos serviços depende de dois fatores primordiais: a efetividade clínica e a efetividade das relações interpessoais. O acolhimento implica no estabelecimento de relações de aproximação de modo humanizado, na perspectiva do desenvolvimento da autonomia. E sua efetivação estará relacionada com a utilização dos recursos disponíveis, que se adequem e concorram para a resolução dos problemas dos usuários.

O trabalho de Soares (2007) teve resultado semelhante ao presente estudo, pois observou um elevado número de respostas positivas em relação à satisfação do usuário sobre as condições físicas das Unidades de Saúde. Ressaltando que a obtenção de informações acerca da satisfação ou da insatisfação dos usuários e as razões que levaram uma a outra são elementos essenciais para orientar qualquer ação na direção da garantia da qualidade. Os usuários podem ainda servir de fonte primária de informações quando relatam suas experiências na obtenção do acesso ao tratamento, estado físico e emocional em relação aos problemas de doença, além de fornecerem informações relacionadas com o processo técnico do tratamento

Medeiros *et al* (2010) ao avaliar o acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em um município de médio porte no Brasil, na perspectiva do usuário, observaram que na UBS, o acolhimento do ponto de vista físico, mostrou-se deficiente, necessitando de ampliação e implementação das condições

existentes, representadas para os usuários especialmente pela simples disponibilidade de água potável na unidade e uma estrutura física mais adequada às necessidades do binômio profissional-paciente. O fato verificado neste estudo, envolvendo satisfação e acolhimento, mostra a necessidade de uma atenção especial às estruturas físicas das unidades, garantindo conforto, condições adequadas de trabalho para os profissionais e de espera e atendimento para os usuários, bem como espaços propícios para encontros e trocas.

Os resultados desta pesquisa devem ser analisados à luz de suas limitações, pois trata-se de um estudo transversal, não podendo estabelecer relação de causa e efeito. Também seria interessante o desenvolvimento de estudos dessa natureza em outros municípios para se ter parâmetros comparativos e analisar se a realidade aqui apresentada está condizente com a realidade do restante do país.

7 CONCLUSÃO

Diante dos dados obtidos, observou-se que com relação ao perfil profissional nas localidades estudadas o mesmo ainda está distante do que é preconizado pelas diretrizes do PSF, pois as ações desenvolvidas vêm reproduzindo práticas assistenciais focadas no curativismo e biologicismo, em detrimento ao desenvolvimento de ações integrais. Verificou-se ainda a necessidade de interação entre o atendimento clínico e as ações de promoção e prevenção à saúde, como as atividades educativas e preventivas, as visitas domiciliares e a referência e contra-referência. Justifica-se, portanto, a necessidade do Estado em cumprir o seu dever de manter a Educação Permanente dos profissionais de saúde, investindo na capacitação dos mesmos, visando uma melhor qualificação para o desempenho de suas funções enquanto ESB do PSF.

Apesar da insatisfação dos profissionais com relação a algumas condições de trabalho que limitam o seu desempenho, bem como à má remuneração, a satisfação dos mesmos em trabalhar no PSF foi considerada positiva por boa parte dos CDs participantes.

Com relação aos usuários observou-se que apesar da expansão do número de equipes de saúde bucal no PSF, o acesso da população ao serviço ainda não é expressivo e não seguiu a mesma proporção da sua difusão, havendo a necessidade de mais estudos que investiguem os motivos que dificultam a entrada do usuário nos serviços de saúde bucal desenvolvidos nos PSFs.

Os usuários que procuraram o serviço de Saúde Bucal mostraram-se bastante satisfeitos com o atendimento oferecido pelo dentista e sua equipe, principalmente no que diz respeito a relação profissional-paciente, além de considerarem satisfatórias e adequadas às suas necessidades de saúde as condições físicas e estruturais das Unidades de Saúde.

Com relação a organização do trabalho em saúde bucal, observou-se a necessidade de se organizar uma forma unificada de acesso ao atendimento em saúde bucal em todo município, onde foram verificadas diferentes formas de

acesso a mesma, dependendo da Unidade. Seria interessante estabelecer uma forma de agendamento baseada no vínculo e responsabilização do usuário, lembrando que a forma de acesso através de fichas distribuídas no dia do atendimento foi considerada insatisfatória pela maioria dos que tiveram essa forma de conseguir a vaga para o atendimento.

Deve-se, dentro da Estratégia da Saúde da Família, priorizar o desenvolvimento de ações pautadas na humanização, com o intuito de se conseguir uma significativa mudança nos níveis de saúde bucal da população, propiciando um acesso mais igualitário, uma melhor atenção em saúde bucal, e conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

REFERÊNCIAS¹

Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet.* 2004; 9(1): 131-8.

Albuquerque FJ, Melo CF. Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. *Psicol Teor Pesqui.* 2010; 26(2): 323-330.

Andrade KL, Ferreira EF. Avaliação da inserção da Odontologia no Programa de Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Cien Saude Colet.* 2006; 11(1): 123-130.

Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Cien Saude Colet.* 2006; 11(1): 219-227.

Araújo MB, Rocha PM. Saúde da Família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). *Cien Saude Colet.* 2009; 14(Supl 1): 1439-1452.

Associação Brasileira de Ensino Odontológico. Reunião paralela 22^º CIOSP Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo, 2004 jan 29.

Azevedo AL, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface Comun Saude Educ.* 2010; 14(35): 797-810.

¹ De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseadas na norma do International Committee of Medical Journal Editors - Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Backes DS, Koerich MS, Rodrigues AC, Drago LC, Klock P, Erdmann AL. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. Cien Saude Colet. 2009; 14(3): 903-910.

Baldani MA, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. Cad Saude Publica. 2005; 21(4): 1026-1035.

Baldani MH, Lopes CM, Kriger L, Matsuo T. A odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil – perfil do Programa de Atenção Precoce à saúde bucal. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê. 2003; 6: 210-216.

Baltazar MMM, Moysés SJ, Bastos CCBC. Profissão, docente de odontologia: o desafio da pós-graduação na formação de professores. Trab Educ Saude. 2010; 8(2): 285-303.

Barbosa AAA, Brito EWG, Costa ICC. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. Cien Odontol Bras. 2007; 10(3): 53-60.

Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em Tese. 2005; 1(3): 68-80 [acesso 2011 Jan 10]. Disponível em: <http://www.emtese.ufsc.br>

Bosi ML, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? Rev Saude Publica. 2007; 41(1): 150-153.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP; 1988.

Brasil. Lei n.8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990a set 20.

Brasil. Lei n.8142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990b dez 31.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS Doutrinas e Princípios. Brasília: Ministério da Saúde; 1990c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 1998 [acesso 2002 jun 09]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. A Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático de Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b. 126p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condição de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004c [acesso 2011 mar 05]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. Caderno de Atenção Básica, 17 [acesso 2009 maio 30]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/imgs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.jpg

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: O Conselho; 2007b. Coleção Progestores-Para entender a Gestão do SUS.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso 2011 mar 05]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#consolidado>

Capistrano DF. O Programa de Saúde da Família em São Paulo. Estud Av. 1999; 13(35): 89-100.

Carvalho ML. Perfil e relação interprofissional da equipe de saúde do Programa Saúde da Família (PSF) em cidades de pequeno porte [tese]. Araçatuba: UNESP; 2008 [acesso 2009 mar 31]. Disponível em: http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bfo/33004021011P0/2008/carvalho_ml_dr_araca.pdf

Cericato GO, Garbin D, Fernandes AP. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. RFO. 2007; 12(3): 18-23.

Chaves SC, Vieira-da-Silva LM. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. Cad Saude Publica. 2007; 23(5): 1119-1131.

Chaves MC, Miranda AS. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública. Interface Comun Saude Educ. 2009; 12(24): 153-167.

Coelho MO, Jorge MS. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Cien Saude Colet*. 2009; 14(Supl 1): 1523-1531.

Cohn A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS; reflexões. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(7): 1614-1619.

Costa GD, Cotta RM, Ferreira ML, Reis JR, Franceschini SC. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(11): 113-118.

Crevelim MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comun entre trabalhadores e usuários? *Cien Saude Colet*. 2005; 10(2): 323-331.

Cunha JPP, Cunha RRE. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: Campos FE, Oliveira J, Tonon LM. *Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte: COOPMED; 1998. Cap.2, p.11-26.

Emmi DT, Barroso RF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa de Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Cien Saude Colet*. 2008; 13(1): 35-41.

Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(6): 1267-1276.

Facó EF, Viana LMO, Bastos VA, Nuto SAS. O cirurgião-dentista e o Programa Saúde da Família na microrregião II, Ceará, Brasil. *Rev Bras Promoç Saude*. 2005; 18(2): 70-77.

Flexner A. Medical Education in the United States and Canada – Bulletin Number Four (The Flexner Report). New York: The Carnegie Foundation for Advancement of Teaching; 1910. 346p.

Franco TB, Merhy EE. PSF: Contradições e Novos Desafios. Conferência Nacional de Saúde Online [acesso 2009 jun 09]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>

Gomes KO, Cotta RM, Euclides MP, Targueta CL, Priore SE, Franceschini SC. Avaliação do impacto do Programa de Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. Cien Saude Coletiva. 2009; 14(Supl 1): 1473-1482.

Gottens LB, Pires MR. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. Saude Soc. 2009; 18(2): 189-198.

Goulart BN, Algayer AR. Características de um grupo de usuários do Programa de Saúde da Família na cidade de Campo Bom (RS), Brasil em 2006. Cien Saude Colet. 2009; 14(Supl 1): 1379-1384.

Grisotti M, Patricio ZM, Silva A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. Cien Saude Colet. 2010; 15(3): 831-840.

Holanda AL, Barbosa AA, Brito EW. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. Cien Saude Colet. 2009; 14(Supl. 1): 1507-1512.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD: Acesso e utilização de serviços de saúde 2003: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2005. 169p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD: Um panorama da Saúde no Brasil: Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde 2008: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 245p.

Kruger L, organizador. ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003.

Leal RB, Tomita NE. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. Cien Saude Colet. 2006; 11(1): 155-160.

Lourenço EC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais [dissertação]. Piracicaba: FOP/UNICAMP; 2005 [acesso 2009 mar 31]. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000377099>

Maltagliati LA, Goldenberg P. Reforma curricular e pesquisa na graduação em odontologia: uma história em construção. Hist Cien Saude. 2007; 14(4): 1329-1340.

Matos PE, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. Cad Saude Publica. 2004; 20(6): 1538-1544.

Martelli PJ, Cabral AP, Pimentel FC, Macedo CL, Monteiro IS, Silva SF. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios de Pernambuco. Cien Saude Colet. 2008; 13(5): 1669-1674.

Martins RJ, Moimaz SA, Garbin CA, Garbin AJ, Lima DC. Percepção dos coordenadores de saúde bucal e cirurgiões-dentistas do serviço público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Saude Soc. 2009; 18(1): 75-82.

Matumoto S. Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento [tese]. Ribeirão Preto: USP; 2003.

Medeiros FA, Araújo-Souza GC, Barbosa AAA, Costa ICC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. Rev Salud Publica. 2010; 12(3): 402-413.

Melo MC, Souza AL, Leandro EL, Mauricio HA, Silva ID, Oliveira JMO. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. Cien Saude Colet. 2009; 14(Supl 1): 1579-1586.

Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais que nunca. Cien Saude Colet. 2009; 14(Supl 1): 1493-1497.

Mialhe FL, Silva CMC. A educação em saúde e suas representações entre alunos de um curso de odontologia. Cien Saude Colet. 2011; 16(Supl 1): 1555-1561.

Moreira TP, Nations MK, Alves MSC. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saude Publica. 2007; 23(6): 1383-1392.

Munkeviz MSG. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no município de São Paulo: uma perspectiva do usuário [dissertação]. São Paulo: USP; 2009 [acesso 2010 mar 16]. Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-21072009-090125/es.php>

Narvai PC, Frazão P. O SUS e a Política Nacional de Saúde Bucal. In: Pereira AC. Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p.17-34.

Neckel GL, Seemann G, Fidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. Cad Saude Publica. 2008; 24(2): 241-246.

Nickel DA. Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal [dissertação]. Florianópolis: UFSC; 2008 [acesso 2010 mar 16]. Disponível em: <http://nepas.ufsc.br/wp-content/uploads/disserta%C3%A7%C3%A3o-Daniela-Nickel.pdf>

Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modleos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cien Saude Colet. 2009; 14(Supl 1): 1463-1472.

Nóbrega CB, Hoffmann RH, Pereira AC, Meneghim MC. Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia. Cien Saude Colet. 2010; 15(Supl 1): 1763-1772.

O desafio de construir a partir das equipes de saúde bucal na saúde da família, um sistema hierarquizado para assistência em saúde bucal no SUS. Rev Bras Saude Fam. 2006; 7(12): 9-13.

Oliveira AK, Borges DF. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. Rev Adm Publica. 2008; 42(2): 369-389.

Oliveira JL, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. Cien Saude Colet. 2005; 10(Supl): 297-302.

Oliveira MM. Avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a Estratégia Saúde da Família [tese]. Ribeirão Preto: USP; 2008 [acesso 2009 abr 06]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-20012009-091153/pt-br.php>

Oliveira RS, Magalhães BG, Gaspar GS, Rocha RA, Góes PSA. Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. Rev Bras Pesqui Saude. 2009; 11(4): 34-38.

Pagliosa FL, Da Ros SR. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev Bras Educ Med. 2008; 32(4): 492-499.

Palú APN. A inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná [dissertação]. Londrina: UEL; 2004 [acesso 2009 abr 06]. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/61.pdf>

Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação superior em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.

Pereira CR, Patricio AA, Araujo FA, Lucena EE, Lima KC, Roncalli AG. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. Cad Saude Publica. 2009; 25(5): 985-996.

Rabello SB, Corvino MPF. A inserção do cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família. Rev Bras Odontol. 2001; 58(6): 366-367.

Reis C, Martelli-Junior H, Franco BM, Santos AA, Ramalho LM. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: “a voz do usuário”. Cien Saude Colet. 2009; 14(4): 1287-1295.

Ribeiro JM, Siqueira SAV, Pinto LF. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. *Cien Saude Colet.* 2010; 15(2): 517-527.

Richardson RJ. *Pesquisa social: métodos e técnicas.* 3 ed. São Paulo: Atlas; 1999.

Rocha EC, Araújo MA. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. *Rev Adm Publica.* 2009; 43(2): 481-517.

Roncalli AG, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Colet.* 1999; 2(1): 9-13.

Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.* Porto Alegre: Artmed; 2003. p.28-49.

Roncalli AG, Ferreira MA, Lima KC. *Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar.* Natal: EDUFRN; 2004. p.261-275.

Ronzani TM, Silva CM. O Programa de Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cien Saude Colet.* 2008; 13(1): 23-34.

Samico I, Hartz ZM, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2005; 5(2): 229-240.

Santos AM, Assis MM. Rede de relações dos protagonistas da prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas-Bahia. Rev Baiana de Saude Publica. 2005; 29(2): 313-325.

Santos AM, Assis MM. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Cien Saude Colet. 2006; 11(1): 53-61.

Santos SAS. Análise da organização da demanda e grau de satisfação do profissional e usuário nas unidades de serviço público odontológico do Município de Campos dos Goytacazes [dissertação]. Piracicaba: FOP/UNICAMP; 2005 [acesso 2009 abr 06]. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000375139>

Silveira Filho AD. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Programa de Saúde da Família. Brasília; 2002 [acesso 2008 set 17]. Disponível em: http://www.fop.unicamp.br/saudecoletiva/files/A_SB_no_PSF.pdf

Silveira Filho AD. A saúde Bucal nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Botazzo C, Oliveira MA. Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras; 2008. p.31-49.

Soares SCM. Avaliação da saúde bucal na atenção básica: a perspectiva do usuário [dissertação]. Natal: UFRN; 2007. [acesso 2009 mar 31]. Disponível em: <ftp://ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/SamaraCMS.pdf>

Souza GC, Costa IC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões nun contexto de mudanças. Saude Soc. 2010; 19(3): 509-517.

Souza LEPF. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Cien Saude Colet*. 2009; 14(3): 911-918.

Souza TMS. A incorporação da saúde bucal no Programa de Saúde da Família no Rio Grande do Norte: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial [dissertação]. Natal: UFRN; 2005 [acesso 2008 set 17]. Disponível em: http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesesimplificado//tde_arquivos/2/TDE-2006-05-09T062555Z-29/Publico/TatianaMSS.pdf

Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa de Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(11): 2727-2739.

Trad LA, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Cien Saude Colet*. 2002; 7(3): 581-589.

Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(3): 663-674.

Vieira-da-Silva LM, Esperidião MA, Viana SV, Alves VS, Lemos DV, Caputo MC *et al*. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2010; 10 (Supl 1): 5131-5143.

Villalba JP. Perfil profissional dos cirurgiões-dentistas e o Sistema Único de Saúde: uma reflexão sobre a capacitação para a prática na atenção básica [tese]. Campinas: UNICAMP; 2007 [acesso 2009 mar 31]. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000413824>

Zanetti CHG. Por um caminho sustentável para universalização da Atenção Básica. Departamento de Odontologia, Unb. Brasília; 2000 [acesso 2009 abr 11]. Disponível em: http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/psf_caminho.htm



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UESC

PARECER CONSUBSTANCIADO nº 473

- Reunião Ordinária nº 101, 21/Outubro/2009 -

Protocolo: 301/09

Pesquisador responsável: VANESSA BARREIROS GONÇALVES

Título da Pesquisa: "Percepção de gestores, profissionais e usuários com relação à odontologia".

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Santa Cruz analisou o projeto de pesquisa acima referenciado e constatou que o mesmo atende às exigências da Resolução CNS nº 196/96.

Situação do Protocolo: Considerando a relação favorável 'benefícios/riscos', e não havendo, pois, nenhum elemento que se constitua em comprometimento ético na realização do projeto, ele foi considerado **APROVADO** por este Comitê.

Conforme Resolução CNS 196/96, relatórios parciais e final, bem como eventuais alterações metodológicas durante a execução do trabalho deverão ser comunicadas e enviados ao CEP-UESC para acompanhamento. *É importante ressaltar que a responsabilidade do(s) pesquisador(es) sobre as conseqüências da pesquisa não se encerra com a conclusão da etapa de coleta de dados, mas sim estende-se para além do término do projeto de pesquisa, até a fase de divulgação e aplicação dos resultados.*

Campus Soane Nazaré de Andrade, 20 de Novembro de 2009.

Paulo dos Santos Terra
Coordenador do CEP-UESC
Cod. 73.281 182 4

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa intitulada “Percepção de profissionais e usuários com a relação a Odontologia no Programa de Saúde da Família (PSF)”, que está sendo desenvolvida junto a Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP na área da Saúde Coletiva. Nesta dissertação serão levantadas informações sobre as equipes de saúde bucal (ESB) no PSF, através de um questionário para a coleta de dados.

Sua participação é voluntária e poderá a qualquer momento pedir esclarecimento sobre a pesquisa. Você não terá nenhum gasto com a pesquisa, bem como, não sofrerá nenhum tipo de risco e dano físico. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa poderão ajudar as Secretarias de Saúde dos municípios na avaliação do programa.

Você terá a liberdade de recusar a participar, bem como retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que seja prejudicado.

Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos, escreva para a Comissão de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP: Av. Limeira 901, CEP-13414-900, Piracicaba-SP. Ou entre em contato com os pesquisadores: CD Vanessa Barreiros – (73)3213-6856/(73)8837-8732 e Prof. Dr. Fábio Mialhe – (19)2106-5279

Contando com a sua colaboração no intuito de melhorias da saúde bucal da nossa população, desde já agradecemos.

Atenciosamente, Vanessa Barreiros Gonçalves.

Eu, -----, certifico que após ter sido suficientemente esclarecido(a), estou plenamente de acordo em participar da pesquisa “Percepção de profissionais e usuários com a relação a Odontologia no Programa de Saúde da Família (PSF)”, e estou ciente que os resultados obtidos serão publicados para a difusão do conhecimento científico, porém terei garantido sigilo de minha identidade pessoal.

----- de ----- de 20-----

Nome

Assinatura

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO – PROFISSIONAL DE SAÚDE (DENTISTA)

Através deste questionário coletaremos informações de relevância com relação ao processo de trabalho do profissional no PSF, lembrando que é de grande importância a sua participação. Solicito que suas respostas sejam as mais sinceras possíveis, visto que serão mantidas em sigilo e apenas a pesquisadora principal é que terá acesso. Além disso, no relatório final não constará o nome do profissional e nem da Unidade de onde as respostas foram extraídas.

Idade: _____ anos Sexo: () M () F

Tempo de formação: _____

Tempo que trabalha como dentista no PSF: _____

- 1) Tem pós-graduação?
() Sim () Não

Em caso positivo, em que nível ?

- () Especialização
() Mestrado
() Doutorado

E em que área? _____

- 2) Fez algum curso que lhe deu informações para desempenhar as atividades no PSF? Em caso positivo, acha que ela foi suficiente para lhe dar subsídios teóricos para atuar de forma satisfatória dentro da lógica do Programa?

Explique _____

- 3) Qual o perfil da sua equipe?

- () Tipo I (CD e ASB)
() Tipo II (CD, ASB e TSB)
() Não tenho ASB nem TSB trabalhando comigo

- 4) Dentro do PSF o cirurgião-dentista desempenha algumas funções com maior ou menor frequência, dependendo das características do seu local de trabalho e da população que assiste. No seu caso, assinale para nós na escala abaixo com um X as atividades que você desenvolve e depois assinale o número correspondente à frequência com que você realiza cada uma das atividades supracitadas.

Assim, por favor, escolha para cada questão:

0 – nunca; 1 – muito raramente; 2 – de vez em quando; 3- muitas vezes; 4- sempre

Atividades	Frequência				
() Atendimento Clínico	0	1	2	3	4
() Atividade Preventiva/Educativa (consultório)	0	1	2	3	4
() Atividade Preventiva/Educativa (sala de espera/grupos)	0	1	2	3	4
() Atividade Preventiva/Educativa (espaços sociais)	0	1	2	3	4
() Referência/Contra-referência	0	1	2	3	4
() Reunião com toda a equipe de saúde	0	1	2	3	4
() Visita Domiciliar	0	1	2	3	4

() Outras. Quais? _____

5) Você tem dificuldade em realizar algumas das atividades supracitadas?

Quais? Explique por quê?

6) Se você faz a visita domiciliar, em que casos você as realiza?

7) Caso tenha pessoal auxiliar (ASB ou TSB), são delegadas a eles outras tarefas além daquelas referentes ao atendimento clínico dentro da sala do dentista na Unidade de Saúde da Família?

() Sim () Às vezes () Não

Em caso positivo, explique:

8) Quais destas condições você acha que lhe atrapalha no desenvolvimento um bom trabalho?

- Condições de instalações prediais
- Condição do consultório odontológico
- Iluminação geral
- Limpeza
- Localização da USF (acesso)
- Qualidade do instrumental
- Qualidade do material de consumo
- Esterilização do material
- Equipe de trabalho
- Outros _____

9) O que você acha da remuneração do odontólogo no PSF?

- Ótima
- Boa
- Regular
- Má
- Péssima

10) O que você acha da aceitabilidade do usuário em relação ao atendimento clínico, prestados pela ESB no PSF?

- Ótima
- Boa
- Regular
- Má
- Péssima

11) E em relação à aceitabilidade do usuário sobre as atividades educativas prestadas pela ESB no PSF?

- Ótima
- Boa
- Regular
- Má
- Péssima

12) Qual seu grau de satisfação com o trabalho no PSF?

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Má
- Péssimo

Por quê?

ANEXO 4

QUESTIONÁRIO – USUÁRIO

Prezado usuário da Unidade de Saúde da Família:

Através deste questionário coletaremos informações de relevância com relação ao processo de trabalho das equipes do programa de saúde da família. Lembramos que é de grande importância a sua participação e suas opiniões. Solicito que suas respostas sejam as mais sinceras possíveis, visto que serão mantidas em sigilo e apenas a pesquisadora principal é que terá acesso. Desta forma, ninguém, além da pesquisadora, ficará sabendo quem respondeu a estas questões. Além disso, no relatório final não constará seu nome e nem da Unidade de onde as respostas foram extraídas

Idade:

Sexo:

Bairro:

Escolaridade:

- Sem estudos
- Ensino fundamental incompleto (antigo 1ª a 8ª série)
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto (antigo colegial)
- Ensino médio completo
- Nível superior incompleto (faculdade)
- Nível superior completo
- Curso técnico. Qual? _____

1) Você já utilizou algum dos serviços da Unidade de Saúde da Família do seu bairro?

- Sim Não

Para que utilizou?

2) Há quanto tempo vem utilizando os serviços da Unidade de Saúde da Família (USF)?

- 6 meses ou menos
- de 7 a 12 meses
- de 1 a 2 anos
- mais que 2 anos

3) O acesso da sua casa até a Unidade de Saúde da Família é:

- Ótimo Regular Péssimo
 Bom Má

4) Você já procurou os serviços de odontologia da USF?

Sim Não

Qual foi o motivo?

- Consulta de rotina
 Tratamento curativo (ex:restauração)
 Extração
 Tratamento preventivo (ex:ATF)
 Outros _____

Quando foi isso? (data ou meses/anos atrás): _____

5) Sua necessidade ou problema foi resolvido?

Sim Não Em parte

Se não, por quê?

6) Você teve dificuldade para conseguir vaga para ser atendido pelo dentista na USF? Por quê?

Sim Não

Explique:

7) Como você teve acesso ao atendimento odontológico na Unidade?

- Através do agendamento com ACS ou ASB
 Através de fichas distribuídas no dia do atendimento
 No dia das atividades educativas ou reuniões de grupo oferecidas pela Unidade
 Atendimento espontâneo ou de urgência
 Outros: _____

8) Você ficou satisfeito com esta forma de acesso?

Sim Não

9) Você gostou do atendimento oferecido pelo dentista e auxiliares, no que diz respeito a relação profissional-paciente?

Sim Não

Por quê?

10) Você já participou de alguma atividade educativa realizada pelo dentista da sua unidade?

Sim Não

Se sim, conte-nos como foi. Você gostou? Por quê?

11) Você já recebeu a visita de alguém da ESF em sua casa?

Sim Não

Em caso positivo, quem?

Dentista ASB/TSB Outro _____

Para quê? _____

12) Você acha que a estrutura física de sua Unidade de Saúde da Família, no que diz respeito as condições de higiene, bem estar e infra-estrutura está adequada as suas necessidades de saúde?

Sim Não

Por quê?

13) O que você acha que poderia melhorar em relação ao serviço odontológico prestado pela USF?
