

ELOISIO DO CARMO LOURENÇO

**A INSERÇÃO DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
ESTADO DE MINAS GERAIS**

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

**PIRACICABA - SP
2005**

ELOISIO DO CARMO LOURENÇO

A INSERÇÃO DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
ESTADO DE MINAS GERAIS

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

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira
Prof. Dr. Francisco Carlos Groppo
Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

PIRACICABA - SP
2005

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**
Bibliotecário: Marilene Girello – CRB-8a. / 6159

L934i Lourenço, Eloisio do Carmo.
A inserção de equipes de saúde bucal no programa de saúde da família no Estado de Minas Gerais. / Eloisio do Carmo Lourenço.
-- Piracicaba, SP : [s.n.], 2005.

Orientador: Antonio Carlos Pereira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde bucal. 2. Saúde da família. I. Pereira,
Antonio Carlos. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

Título em inglês: The insertion of oral health services in the family health program at the State of Minas Gerais, Brazil

Palavras-chave em inglês (Keywords): 1. Family of health. 2. Oral health

Área de concentração: Odontologia Preventiva e Saúde Pública

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora: Antonio Carlos Pereira, Francisco Carlos Groppo, Paulo Capel Narvai

Data da defesa: 01/12/2005



DEDICATÓRIA
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 01 de Dezembro de 2005,
considerou o candidato ELOISIO DO CARMO LOURENÇO aprovado.

PROF. DR. ANTONIO CARLOS PEREIRA

PROF. DR. PAULO CAPEL NARVAI

PROF. DR. FRANCISCO CARLOS GROPPPO

Dedico este trabalho à minha esposa Cláudia,
aos meus filhos Pedro e João Gabriel que
"aceitaram" mais este desafio e que não
medem esforços para estarem ao meu lado.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha esposa Cláudia, aos meus filhos Pedro e João Gabriel que “aceitaram” mais este desafio e que não medem esforços para estarem ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma das coisas mais belas e importantes que o ser humano pode fazer. È admitir que em algum momento se precisou de alguém.

Tal qual o capítulo de referências bibliográficas, deveríamos ir anotando, todos aqueles que de alguma forma colaboraram conosco nesta empreitada, lembrar de todos é muito difícil.

Primeiramente a Deus que nos oferece as oportunidades, aproveitá-las ou não e, a forma como o fazemos é problema nosso.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira pela dedicação, atenção e paciência.

À Prof^a. Dr^a. Gláucia Ambrosano pela boa vontade, sempre.

À Prof^a. Márcia Baldani que sugeriu a pesquisa e auxiliou bastante.

À Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (Dra. Maria Rizoneide).

Ao Departamento de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (Dras. Mariza Lion e Elizabeth)

Aos Profs. Drs. Marcelo Meneghim, Eduardo Hebling, Maria da Luz, e Dagmar por tudo.

Ao Prof. Marco Manfredini um bom amigo de várias consultas.

Aos Professores convidados.

Aos Profs.Drs. Paulo Capel, Paulo Frazão e Roberto Castellanos pelas oportunidades na FSPUSP.

Aos colegas de Mestrado: Suzana, Osvaldo, Hayanna, Ednalva, Ana Cláudia e Gesiamy pela segunda oportunidade de convivência. E Adriana, Cathleem, Danilo, Isaura, Luiz Maurício, Luiz Schiavolin, Mara, Marcos, Cristina, Rita, Sandra, Sebastião, Suzi e Viviane valeu a caminhada.

A amiga Vanessa Pardi.

Ao meu compadre Helder que facilitou minha vida com a parte de informática.

Aos amigos Edson Narciso e Fernando Posso amigos de caminhada que sempre seguram as pontas.

Ao amigo Celso Fonseca pela disposição em todos os momentos.

Ao Dr. Carlos Mosconi pelo contato com a SES – MG.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste trabalho.

Obrigado por tudo e que DEUS Ihes pague.

O Tirador de Fichas (de novo)

O nome dele era Jairo e sempre que falo da Previdência ou do SUS me lembro dele. Era bem magro e tinha os dentes anteriores apinhados. Conheci-o nas madrugadas de Alfenas na esquina das ruas Presidente Artur Bernardes com Manoel Pedro Rodrigues, era ali a agência do INAMPS. A sua profissão? Tirador de Fichas. Trabalhava para as pessoas que possuíam o privilégio de ser seguradas da previdência e não queriam (ou não podiam) perder horas na fila. Ele sempre estava lá nos primeiros lugares e sabia exatamente quem queria qual médico e as possibilidades de se conseguir esta ou aquela ficha. Era muito educado.

Por varias vezes eu também estive lá. Algumas vezes para ganhar algum dinheiro e outras por necessidades da família. Era interessante observar aquelas pessoas na madrugada, todos pobres, todos vítimas do sistema e eu era um deles. A minha alegria era quando o dia clareava e o sol ia nascendo, alguns procuravam os primeiros raios para se aquecer do frio da manhã, logo a portinha se abria e nós, com as fichas, iríamos embora.

Assim, foram os meus primeiros contatos com as políticas públicas de saúde... Quem diria.

SUMÁRIO

	Página
LISTA DE TABELAS E FIGURAS	1
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	2
RESUMO	4
ABSTRACT	6
1 - INTRODUÇÃO	7
2 - REVISÃO DA LITERATURA	10
2.1 As políticas Públicas de Saúde no Brasil	10
2.2. SUS, Programa Saúde da Família e Saúde Bucal	24
3 - OBJETIVOS	45
4 - MATERIAL E MÉTODO	46
4.1 - Amostra	46
4.2 - Metodologia	48
4.3 - Análise Estatística	49
5 - RESULTADOS	51
5.1 - Aspectos Administrativos	51
5.2 - Aspectos Operacionais	55
6 - DISCUSSÃO	64
7- CONCLUSÃO	77
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	85

LISTA DE TABELAS e FIGURAS

	Página
1 - Tabela 1 - Valores dos incentivos para manutenção das equipes de PSF de acordo com a Cobertura populacional, segundo Brasil (2001).	31
2 - Figura 1 – Distribuição das ESB respondentes no estado de MG, em 2004.	47
3 - Tabela 2 – Comparação entre a proporção dos municípios quanto ao porte demográfico e a implantação do PSF e ESB no estado de MG, em 2004	48
4 - Gráfico 1 – Número de ESB, incluídas no estudo, implantadas por município no estado de MG, em 2004.	51
5 - Gráfico 2 – Ano de implantação das ESB, incluídas no estudo, no PSF no estado de MG, em 2004.	52
6 - Gráfico 3 – Cobertura populacional das ESB, incluídas no estudo, no estado de MG, em 2004.	52
7 - Tabela 3 – Formas de seleção e contratação dos componentes das ESB, incluídas no estudo, no PSF no estado de MG, em 2004.	53
8 - Tabela 4 - Salários dos componentes das ESB, incluídas no estudo, no PSF no estado de MG, em 2004.	54
9 - Gráfico 4 – Clientela atendida pela ESB, incluídas no estudo, no PSF no estado de MG, em 2004.	56
10 - Tabela 5 – Forma de agendamento dos usuários das ESB, incluídas no estudo, no PSF no estado de MG, em 2004.	56
11 - Gráfico 5 – Periodicidade das visitas domiciliares executadas pelos CDs das ESB, incluídas no estudo, no estado de MG, em 2004.	57
12 - Gráfico 6 – Encaminhamentos dos casos de maior complexidade das ESB, incluídas no estudo, no PSF no estado de MG, em 2004.	58
13 - Tabela 6 – Ações desempenhadas pelos componentes das ESB, incluídas no estudo, no PSF no estado de MG, em 2004.	59
14 - Gráfico 7 – Periodicidade das reuniões entre ESB, incluídas no estudo, e ESF no PSF no estado de MG, em 2004.	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD – Atendente de Consultório Dentário
ACS -Agente Comunitário de Saúde
AIS - Ações Integradas de Saúde
CAP - Caixa de Aposentadorias e Pensões
CD - Cirurgião-Dentista
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CNSB - Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONASP - Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
DADS - Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde
DENASUS – Departamento Nacional de auditoria do Sistema Único de Saúde
DOU - Diário Oficial da União
FOP - Faculdade de Odontologia de Piracicaba
FSESP - Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
IAP - Instituto de Aposentadorias e Pensões
INPS - Instituto Nacional da Previdência Social
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS - Ministério da Saúde
NESCON/FM/UFMG - Núcleo de estudos em Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina da Universidade federal de Minas Gerais
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
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PRAOD - Programa de Reorientação da Assistência Odontológica

PSF - Programa de Saúde da Família
SESMG – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD - Técnico em Higiene Dental
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
USF – Unidade de Saúde da Família
VD – Visita domiciliar

RESUMO

A implantação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família (PSF) representa uma possibilidade de mudança no modelo de atenção. Os modelos assistenciais em saúde bucal implantados anteriormente não conseguiram dar uma resposta satisfatória às necessidades da população. Buscou-se neste trabalho analisar o perfil de implantação e atuação das ESB no PSF em municípios do Estado de Minas Gerais, identificando aspectos administrativos e operacionais destas equipes. Foram encaminhados a 292 municípios, do Estado de Minas Gerais, dois tipos de questionários: um abordando aspectos administrativos e o segundo abordando aspectos operacionais das ESB, sendo que 56,8% dos municípios (166) retornaram os questionários. O percentual de ESB respondentes correspondeu a 52,3% (278). 66,9% dos municípios relataram formas de contratação instáveis e 82,5% dos dentistas recebiam salário abaixo de R\$ 2.200,00 para uma jornada de oito horas diárias de trabalho; 75,9% dos municípios relataram uma proporção de até 4.000 habitantes por ESB, sendo que 74,1% utilizavam mais de uma forma de agendamento dos usuários. Em média, 79,6% das ESB relataram atender todas as faixas etárias e 48,9% dos dentistas relataram não ter participado de nenhum curso de capacitação para PSF; a maior parte dos dentistas (76,2%) relatou haver integração entre os profissionais das ESB e Equipes de Saúde da Família. No entanto, apenas 54% realizam reuniões freqüentes e 69% não utilizam prontuários únicos. Observou-se como pontos positivos o princípio da universalidade, a jornada de trabalho de oito horas e a ampliação quantitativa, possibilitando um maior acesso aos serviços de saúde bucal e, como pontos negativos, a falta de capacitação das ESB, a demanda excessiva, a precarização do trabalho com baixos salários e contratações instáveis e a falta de envolvimento entre ESB e Equipe de Saúde da Família.

Palavras – chave: Equipe de Saúde Bucal, Programa Saúde da Família, Universalidade.

ABSTRACT

The insertion of the Oral Health Team (OHT) in the Family Health Program (FHP) represents a possibility in changing the current health attention model in Brazil. The attendance models in oral health management, previously applied in Brazil, not achieved a satisfactory result for community needs. Thus, the objective of the present study is to evaluate administrative and operational aspects of OHT in Minas Gerais State until 2004. Coordinators of community dentistry or responsible for health planning in 292 cities from Minas Gerais State received a questionnaire including questions about administrative and operational aspects of OHT. 56.8% (n=166) of questionnaires were returned. 66.9% of the health coordinators related instable forms of engagement; 82,5% of the dentists received income lower than R\$ 2,200.00 for full-time work; 75% of the cities used a proportion of 4000 habitant per OHT; 75.9% used more than one form of schedule patients. A total of 79.6% of OHT responsables related to attend patients in any age-group; 48.9% of the dentists related not to have participated of capacitation courses for working in FHP. The most of dentists (76.2%) related an integration between professionals of OHT and others professionals from Family Health Team (FHT), however only 54% accomplished frequent meetings. In conclusion, as positive aspects were observed: the universality principle is being followed, the full-time work and the quantitative extension of OHT have admitted a more access to oral health and, as negative aspects: a lack of professional capacitation, an excessive demand for attendance and a lack of relationship between OHT and FHT.

Key words: Oral Health Team, Family Health Program, Universality.

1 INTRODUÇÃO

*Deus me fez um cara fraco, desdentado e feio. Pele e osso simplesmente, quase sem recheio..
(Partido Alto – Chico Buarque).*

A introdução do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, regulamentado posteriormente pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990, determinou grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil. O reconhecimento da crise do modelo assistencial predominante, no âmbito da saúde coletiva, vem suscitando a emergência de propostas que visem à transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde (Baldani *et al.*, 2003). Dentro destas propostas de mudança surge o Programa Saúde da Família (PSF) definido pelo Ministério da Saúde (MS) como: 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 (Brasil, 2001a).

A primeira etapa de sua implantação se iniciou em 1991 por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual tinha como unidade de ação a família. Este programa apresentou bons resultados, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil. A partir de 1994, iniciou-se a formação das primeiras equipes do Programa Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Brasil, 2001a).

Os resultados de uma Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD, 1998), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstraram que, até então, 29,6 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista. Neste contexto, em função da necessidade de aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos

odontológicos, o Ministério da Saúde propôs como estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, a inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família.

A inclusão de ESB no PSF teve a sua concretização através da Portaria 1444/GM de 2000, na qual o MS determinou o incentivo financeiro às Equipes de Saúde Bucal no PSF. Foram definidas duas modalidades de equipes, sendo a modalidade I composta de um Cirurgião Dentista (CD) e um Atendente de Consultório Dentário (ACD) e a modalidade II de um Cirurgião Dentista, um Atendente de Consultório Dentário e um Técnico em Higiene dental (THD) (Brasil, 2000b). Os objetivos foram diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal (Brasil, 2002).

Em março de 2004, o MS lançou o “Brasil Sorridente”, política nacional de saúde bucal, com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população Brasileira. Cinco frentes de ação foram estabelecidas: ampliação do atendimento na rede básica, criação de centros de especialidades, ações educativas, implantação de próteses e fluoretação das águas. Para ampliar o acesso à rede básica houve um aumento nos incentivos financeiros das ESB no PSF, com investimentos iniciais na ordem de R\$ 18,9 milhões, resultando em um crescimento de 106% das ESB no PSF entre dezembro de 2002 e setembro de 2004 (Brasil, 2004b).

Autores como Silveira Filho (2000), Narvai (2001), Sousa (2002a), Medina & Aquino (2002) e Baldani *et al.* (2003), têm questionado as formas de implantação do PSF e da inclusão das ESB no Brasil. São levantadas questões em relação às diferenças nas realidades locais, capacidade de atendimento, recursos humanos, financiamentos, etc. No que tange às ESB, como a implantação se deu tardiamente, há que se considerar dificuldades na integração

dos profissionais de saúde bucal às equipes do PSF, bem como diferenças nas formas de implantação das ESB.

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) (2004), o Programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia e parte integrante e fundamental do SUS, o qual vem avançando não uniformemente em todos os municípios com diversos desafios e dificuldades, tais como: financiamento, modalidades de contratação, carência de profissionais, capacitação do pessoal, manutenção de quadros, execução financeira e outras. Baldani *et al.* (2003), Calado (2002) e Goulart (2002) abordaram tais aspectos e comprovaram as dificuldades levantadas em diferentes regiões do país.

Buscou-se neste trabalho contextualizar a saúde bucal como parte integrante das políticas de saúde no Brasil e a sua inserção no Programa saúde da Família. Para tanto, foram resgatados aspectos relevantes da formação do SUS, seus princípios doutrinários e organizativos, a introdução do PSF neste, como estratégia de mudança do modelo assistencial vigente, e a inserção das Equipes de Saúde Bucal no PSF.

2 REVISÃO DA LITERATURA

*Ninguém merece sofrer... Ninguém merece...
Todo dia entrar na fila do INSS Ninguém merece sofrer...
Ninguém merece... (Ninguém merece - Zeca Pagodinho)*

2.1 As Políticas Públicas de Saúde no Brasil

Nos primeiros tempos do Brasil colônia e posteriormente na fase imperial, não havia uma atuação organizada do Estado sobre o processo saúde-doença e a população era vítima das mais variadas doenças infecciosas, fazendo com que o Brasil ostentasse a fama de ser um dos países mais insalubres do planeta. O Estado Brasileiro não apresentava uma forma sistemática de cuidar da saúde de seus habitantes e esporadicamente atuava de forma pontual em situações de epidemia (Oliveira & Souza, 1998) e, como eram poucos os conhecimentos científicos, os médicos ou os curandeiros pouco podiam fazer (Bertolli Filho, 1999).

A Odontologia praticada nesta época restringia-se quase que só às extrações dentárias. As técnicas eram rudimentares. Em 1840, surge em Baltimore (EUA) a primeira escola de Odontologia do mundo - “Baltimore College of Dental Sugery” – o qual seria o modelo das escolas de Odontologia do Brasil nos anos seguintes. Em 1884 são criadas as primeiras escolas de Odontologia do Brasil junto às faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e de Salvador (Rosenthal, 1995).

Após a Proclamação da República, as políticas de saúde se estabeleceram voltadas a atender interesses políticos e econômicos, seja no saneamento de espaços economicamente importantes, seja na assistência à saúde, visando manter o indivíduo como força de trabalho produtivo. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do Estado se torna

freqüente nas ações de saúde e os conhecimentos clínicos e epidemiológicos vão se ampliando, permitindo a elaboração de planos de combate às enfermidades (Bertolli Filho, 1999), embora, segundo Oliveira & Souza (1998), as regiões que tinham pouca importância econômica ficavam excluídas das práticas sanitárias:

“... o que se observa nos primórdios da ação governamental na saúde, no Brasil, é que as ações de caráter coletivo, como imunização, controle de epidemias e saneamento se dão no campo da saúde pública, com uma vinculação clara com a conjuntura econômica vigente” (Oliveira & Souza, 1998).

O modelo assistencial desenvolvido no País foi desde os seus primórdios atrelado ao desenvolvimento da previdência social que se inicia com o estabelecimento das CAPS (Caixa de Aposentadorias e Pensões), criadas através da lei Eloy Chaves em 1923. Segundo Romano Eduardo¹, a lei Eloy Chaves (decreto legislativo nº. 4682, de 24/01/1923) implantava a CAPS para os empregados das empresas ferroviárias contemplando-os com os benefícios de aposentadoria por invalidez, aposentadoria ordinária (corresponde a atual aposentadoria por tempo de contribuição), a pensão por morte e assistência médica. Posteriormente os benefícios da lei Eloy Chaves foram estendidos aos empregados das empresas portuárias, de serviços telegráficos, de água, energia, transporte aéreo, gás, mineração, entre outras. No total foram 183 CAPs que, mais tarde, foram unificadas na Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos.

As CAPs eram organizadas por empresas e mantidas e geridas por patrões e empregados. Funcionavam como uma espécie de seguro social (tem direito aquele que paga contribuição) que garantiria certos benefícios como a aposentadoria e, principalmente a assistência médica. Com a criação das CAPS e, posteriormente, dos IAPS (Institutos de aposentadorias e pensões) foram se

¹ Prof. Ítalo Romano Eduardo – Aula 13 – A Origem E Evolução Legislativa Da Previdência Social No Brasil

consolidando o caráter assistencialista, não universalizante e populista das políticas de saúde com exclusividade de atendimento aos grupos assalariados de maior peso econômico e politicamente mais mobilizados (Cohn & Elias, 2001).

Segundo Oliveira & Souza (1998):

“... com o crescimento da industrialização, o modelo agro-exportador passa a não ser mais hegemônico, deslocando-se a necessidade de sanear os espaços de circulação de mercadorias para a atuação sobre o corpo do trabalhador, a fim de manter e restaurar sua capacidade produtiva. A conjuntura política da época se caracterizava pelo Estado populista, onde diversas outras medidas foram tomadas, dentro das políticas sociais, no sentido mais de cooptar as categorias de trabalhadores que, a cada dia, avançavam em sua organização, e menos de responder aos problemas estruturais de vida daqueles trabalhadores...”.

As ações de saúde se apresentam em um modelo dicotômico determinado de um lado pela saúde pública de caráter preventivo e conduzido através de campanhas (é o auge do sanitarismo campanhista) e, de outro lado, a assistência médica de caráter curativo conduzida através de ações da previdência social.

Em relação a assistência à saúde bucal, observa-se que algumas CAPs e IAPs incorporam algum tipo de assistência odontológica aos seus beneficiários, os consultórios surgem junto aos órgãos de assistência médica e ofereciam pelo menos atendimento emergencial. Este tipo de benefício é resultado das pressões dos trabalhadores e da conscientização dos empregadores da necessidade de que manter a saúde dos trabalhadores era fundamental para o processo produtivo (Abreu & Werneck, 1998).

Além das CAPs e dos IAPs, são relatadas outras experiências de serviços odontológicos públicos oferecidos neste período no Brasil. Cunha (1952) apud Roncalli (2000) citou a atuação da odontologia nas Santas Casas de Misericórdia na década de 80 (1880) com um serviço destinado à realização de extrações dentárias.

... "neste serviço eram praticadas exodontias a granel; tendo só no segundo semestre de 1882, sido feitas ali 1.595 extrações dentárias e prescritas 368 receitas" Cunha (1952).

No campo da assistência à escolares, Carvalho & Loureiro (1997) e Werneck (1994) apud Roncalli (2000) relatam serviços realizados nos estados de São Paulo e Minas Gerais:

"... pode-se dizer que a primeira evidência de participação da Odontologia na saúde escolar tem, como data, o ano de 1912, com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo, as quais, anos depois, se transformaram na Associação Paulista de Assistência Escolar, mantendo sete consultórios em escolas públicas" (Carvalho & Loureiro, 1997).

... "já em 1938 se tinha, em Belo Horizonte, um serviço instalado em um Grupo Escolar e, no final dos anos 1940, com a criação do Departamento de Assistência à Saúde, se tem o primeiro registro de um serviço público odontológico em Minas Gerais" (Werneck, 1994).

Em 1942, como esforço de guerra, foi criado o SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), com cooperação do governo dos Estados Unidos (EUA), que tinha como objetivo organizar e operacionalizar as ações de saúde em áreas de matérias primas estratégicas (como a borracha). No início da década de 50, têm - se a criação do subsetor odontológico ligado ao Ministério da Saúde (MS) e com

forte influência do SESP, sendo as principais ações do subsetor: o projeto de fluoretação das águas de abastecimento público que teve o seu marco experimental em 1953 na cidade de Baixo Guandu (ES) e a introdução do Sistema Incremental (SI) para escolares (Chaves, 1986; Abreu & Werneck, 1998).

O modelo de assistência odontológica do SESP (Sistema Incremental) é considerado como o primeiro sistema público organizado do país, se manteve hegemônico por mais de 40 anos e acabou se tornando sinônimo de modelo assistencial em Odontologia. Apesar de não ter sido proposto apenas para clientela escolar, esteve sempre voltado para este público devido às facilidades de intervir nestes espaços (escolas), devido à ênfase epidemiológica nesta faixa etária, além da influência norte-americana de saúde escolar (Chaves, 1986; Abreu & Werneck, 1998; Roncalli, 2000 e Narvai, 2002). O Sistema Incremental foi definido por Pinto (1989) como:

“O método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas. O SI é difásico apresenta uma ação horizontal através de um programa preventivo para controlar a incidência dos problemas e uma ação vertical através de um programa curativo solucionando os problemas prevalentes e um programa educativo que fornece apoio a estas ações”.

Com o golpe militar de 64, os trabalhadores e demais segmentos da sociedade perdem representação e há a unificação dos institutos com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) (Cohn & Elias, 2001; Oliveira & Souza, 1998). Está assim estabelecido o modelo brasileiro de seguro social e prestação de serviços médicos. Somente tinham direito aos benefícios os

trabalhadores que tinham carteira assinada e contribuíam para a previdência (Oliveira & Souza, 1998).

Durante a década de 70 há uma consolidação de um modelo médico – hospitalar privatista com expansão da rede privada de assistência (financiada com recursos públicos) em detrimento da rede pública. Surge a medicina de grupo como alternativa de assistência médica aos trabalhadores:

“Na década de 70, a Previdência Social teve sua maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e no volume de recursos arrecadados e também o maior orçamento da história, utilizado sem controle pelo governo militar, financiando hospitais particulares, obras faraônicas e permitindo fraudes, porque não havia fiscalização dos serviços médicos executados pela rede privada. Em contrapartida, os diversos serviços de Saúde Pública são obrigados a fechar ou a trabalhar com um mínimo de recurso” (São Paulo, 1992).

Neste período, a expansão da assistência odontológica foi crescente no setor estatal e culminaria, mais tarde, com a aprovação do PRAOD (Programa de Reorientação da Assistência Odontológica) pelo CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária) em 1981.

“A expansão das medidas odontológicas na Previdência atingiu nos anos 70 um forte ritmo de crescimento quando foi favorecida pela expansão das bases orçamentárias do Estado (especialmente nos fins dos anos 60 e início dos 70)... Seja através dos serviços próprios, ou principalmente da compra dos serviços de terceiros (utilizando de convênios e credenciamentos), a Previdência financiou um aumento significativo da oferta odontológica. Quase que invariavelmente, estes serviços apresentavam um baixíssimo

nível de qualidade e de altíssimo grau de mutilação” (Zanetti, 1993).

O atendimento oferecido era de livre demanda e reproduzia em nível público a Odontologia de mercado. Entretanto, na esfera pública a prática era empobrecida com serviços de má-qualidade (Zanetti, 1993).

Segundo Narvai (2002), no início dos anos 80, foram desenvolvidos centenas de programas de saúde bucal em secretarias estaduais e municipais de saúde por todo o país. Tal expansão não deve, porém, ser entendida como sinônimo de melhores condições de saúde bucal, pois não se observou melhorias na prevalência das principais doenças bucais, sendo que uma das causas seria o modelo de prática odontológica adotado:

...”Muitos dos programas e, sobretudo dos cirurgiões dentistas encarregados de implementá-los vêm limitando-se, muitas vezes, a reproduzir mecânica e acriticamente, nas atividades dirigidas a grupos populacionais, o modelo utilizado no setor privado ao produzir serviços destinados a consumidores individuais” (Narvai, 2002).

No começo da década de 70 surge o Movimento pela Reforma Sanitária, liderado por profissionais de saúde e intelectuais da área de saúde coletiva que clamavam, em conjunto com a população, por políticas mais universalistas em contraponto ao modelo de desenvolvimento adotado pelo regime militar que concentrava renda, não distribuía benefícios sociais e conseqüentemente adoecia a população. Este movimento foi divulgando suas idéias e incorporando aliados como lideranças políticas, sindicais, lideranças populares, parlamentares e até mesmo técnicos de instituições oficiais de saúde. O marco referencial deste movimento se daria em 1979 no I Simpósio Nacional de políticas de saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados.

O Movimento pela Reforma Sanitária representado pelo CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) apresentou e discutiu publicamente um novo modelo para o sistema de saúde do Brasil, modelo este já chamado de Sistema Único de Saúde, que seria nacional, de natureza pública, universal e descentralizado (Roncalli, 2000).

Em fins dos anos 70, têm - se um agravamento da crise brasileira com a falência do modelo econômico do regime militar. A política de saúde praticada pouco fez para alterar o quadro sanitário das décadas anteriores. O setor sofria de falta de planejamento, descontinuidade dos programas, problemas de caixa e envolvimento em esquemas de corrupção e desvio de verbas, além da ineficiência dos serviços de atendimento às necessidades básicas da população (Oliveira & Souza, 1998; Cohn & Elias, 2001; Bertolli Filho, 2001; Roncalli, 2003)....Enfim, havia um reconhecimento da falência e, sobretudo, da obsolescência do sistema de saúde também por parte de alguns técnicos do governo. Ocorre que os anos anteriores de absoluta anuência do governo com o capital privado criou uma rede de influências que não era fácil quebrar. As grandes corporações e associações médicas, particularmente a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) ainda defendiam com unhas e dentes o modelo que tantos lucros lhe geravam” (Oliveira & Souza, 1998).

Segundo Narvai (2002), durante a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília em 1980, um grupo de debates foi encarregado de analisar e oferecer sugestões quanto a participação da Odontologia nos serviços básicos de saúde classificando o modelo de prática com as seguintes características:

- ineficaz;
- ineficiente;

- descoordenado;
- com má distribuição;
- de baixa cobertura;
- de alta complexidade;
- com enfoque curativo;
- de caráter mercantilista;
- de caráter monopolista;
- inadequado no preparo dos recursos humanos.

A VIII CNS, em 1986, é considerada um marco na história da saúde pública no Brasil por ter sido realizada com ampla participação popular e ter consolidado em seu relatório final, as propostas do Movimento pela reforma sanitária, as quais seriam a base para um novo modelo de organização em saúde denominado de “Sistema Único de Saúde” (SUS).

“A Oitava Conferência é, hoje, considerada como um divisor de águas no Movimento Sanitário. Com uma ampla participação (cerca de 5.000 pessoas entre trabalhadores da saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças sindicais e populares), a 8ª Conferência se constituiu no maior fórum de debates sobre a situação de saúde do país e seu relatório serviu de base para a proposta de reestruturação do sistema de saúde brasileiro que deveria ser defendida na Constituinte” (Oliveira & Souza, 1998).

Segundo Costa (2002), as políticas orientadas para a mudança no sistema de saúde ocorreram em três fases: a primeira no final do regime militar em período de grande recessão da economia com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, que buscou aumentar a eficiência nas ações de saúde e a contenção dos custos da assistência médica. A segunda foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, que iria transferir recursos aos estados e municípios que se propusessem a criar

conselhos municipais ou estaduais de saúde. Esta proposta sofreu grande pressão das empresas de medicina de grupo que se sentiam ameaçadas pela redução de repasses de recursos públicos. Por outro lado, o SUDS também estava sujeito a manipulações políticas dos Governos Estaduais e Municipais, além de fraudes e desvios dos recursos. O terceiro e definitivo passo foi a promulgação da Constituição em 1988 que, incorporando as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, daria seqüência à descentralização iniciada pelas AIS e pelos SUDS, transferindo aos municípios a responsabilidade pelas ações em saúde.

A introdução do Sistema Único de Saúde na Constituição de 1988 regulamentado, posteriormente, pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990, determinou grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil. Pela primeira vez na história do País uma constituição destinava um capítulo exclusivo à saúde (Título VIII, capítulo II, seção II da saúde), estabelecendo em seu artigo 196 que:

*“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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).*

Esta Constituição, denominada de cidadã por apresentar conquistas sociais consideradas avançadas para aquele momento, proporcionava a todos os brasileiros, indistintamente, um resgate da dignidade no setor saúde ao garantir (a todos) o direito a serviços de saúde. Quanto aos serviços o artigo 198 define que:

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.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Brasil, 1988).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1990c), o que levou os constituintes a proporem essa transformação foi o consenso, na sociedade, quanto à total inadequação do sistema de saúde caracterizado pelos seguintes aspectos, entre outros:

- um quadro de doenças de todos os tipos condicionados pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do país e que o velho sistema de saúde não conseguia enfrentar com decisão;
- completa irracionalidade e desintegração das unidades de saúde, com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros;
- excessiva centralização implicando por vezes em impropriedade das decisões pela distância de Brasília dos locais onde ocorrem os problemas;
- recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de atendimento e em comparação com outros países;
- desperdício dos recursos alocados para a saúde, estimado nacionalmente em pelo menos 30%, produzido por incompetência gerencial;

- baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes;
- falta de definição clara das competências dos vários órgãos e instâncias político-administrativas do sistema, acarretando fragmentação do processo decisório e descompromisso com as ações e falta de responsabilidade com os resultados;
- desempenho desordenado dos órgãos públicos e privados conveniados e contratados, acarretando conflito entre os setores público e privado, superposição de ações, desperdícios de recursos e mau atendimento à população;
- insatisfação dos profissionais da área da saúde que vêm sofrendo as conseqüências da ausência de uma política de recursos humanos justa e coerente;
- insatisfação da população com os profissionais da saúde pela aparente irresponsabilidade para com os doentes, greves freqüentes, freqüentes erros médicos e corporativismo se sobrepondo à saúde do povo;
- baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais;
- ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos, bem como de participação da população na formulação e gestão das políticas de saúde;
- falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços;
- imensa preocupação e insatisfação da população com o atendimento à sua saúde.

2.1.1. Princípios do SUS

O Sistema Único de Saúde prevê um sistema com 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 orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo, como eixo norteador, os princípios doutrinários (Roncalli, 2000).

Princípios Doutrinários

1) 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 aqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal (Brasil, 1990c).

2) EQÜIDADE – É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde 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).

3) 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).

Princípios Organizativos:

1) 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 (solução de seus problemas) (Brasil, 1990c).

O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção, os quais 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 (Brasil, 1990c).

2) RESOLUBILIDADE - É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência (Brasil, 1990c).

3) DESCENTRALIZAÇÃO - É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for

de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde - é o que se chama municipalização da saúde (Brasil, 1990c).

Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.

4) PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS - 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, 1990c).

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).

5) COMPLEMENTARIEDADE DO SETOR PRIVADO – Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1990), quando por insuficiência do setor público, for necessário a contratação de serviços privados. Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na seqüência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização (Brasil, 1990c).

2.2 SUS, Programa Saúde da Família e Saúde Bucal.

2.2.1 O PSF e seus conceitos

Nos primeiros anos da implantação do SUS, este sistema não encontrou respaldo nas políticas governamentais e o aporte de recursos

necessários ao desenvolvimento deste processo não foi realizado, agravando a crise do modelo assistencial que perdurava desde os anos 80.

Segundo o Ministério da Saúde, o modelo de assistência à saúde que ainda predominava no País caracterizava-se pela prática hospitalocêntrica, individualista e de alto custo gerando alto grau de insatisfação em gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema. Desta forma, a rede básica de saúde, constituída pelos centros, postos e unidades básicas de saúde (UBS) se encontrava desqualificada e os níveis seguintes de atenção (secundário e terciário) se tornavam a porta de entrada do sistema (Brasil, 2000b). Deste modo, para reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional levando a saúde para mais perto das famílias foi criado o PSF (Roncalli, 2000; Brasil, 2000b; Gonçalves, 2002).

Segundo Baldani et al. (2003):

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

O PSF teve seu início em 1994, criado pelo MS para dar seqüência à estratégia de Saúde da Família que começou com o PACS (Programa de gentes Comunitários de Saúde) em 1991, o qual tinha como unidade de ação a família e já apresentava bons resultados, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil.

“...A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e

contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade” (Brasil, 2000a)

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2001a), a estratégia do PSF tem como base os princípios do SUS: integralidade, universalidade, descentralização e participação da comunidade. Sendo que a estruturação operacional se dá a partir da Unidade Básica de Saúde da Família (USF) e apresenta as seguintes características:

- **Caráter substitutivo:** O PSF não significa criação de novas unidades de saúde, exceto em áreas totalmente desprovidas das mesmas.
- **Integralidade e hierarquização:** A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.
- **Territorialização e cadastramento da clientela:** A Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta

área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.

- **Equipe multiprofissional:** Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACSs). Outros profissionais - a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos - poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

2.2.2 As Equipes de Saúde da Família

Funcionando adequadamente, as equipes são responsáveis por toda a atenção básica da comunidade adscrita, sendo que as 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 2000a).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2000a), as responsabilidades da Equipe de Saúde da Família são;

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;

- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contactos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

O PSF configura, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Sob essa perspectiva, o papel do profissional de saúde é aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades (Brasil, 2000a).

Esta nova prática exige a presença de um profissional com visão integral do indivíduo, da família e da comunidade, capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, de 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, 2000a).

2.2.3 Formas de contratação

Segundo o Ministério da Saúde, em relação à contratação de recursos humanos para o PSF, além da opção de seleção interna (entre pessoas que já trabalham na Prefeitura), normalmente é necessário contratar profissionais de saúde fora dos quadros municipais. Médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas (CD), auxiliares de enfermagem, atendentes de consultório dentário (ACD) e técnicos de higiene dental (THD) devem ser contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Essa deve ser a via preferida para expansão e reposição do quadro de pessoal da administração pública nos três níveis de governo, observados os limites de despesas estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Brasil, 2001b).

Machado (2002) cita que as formas de contratação para ESF são: convênios com Organizações Não Governamentais (ONGs) ou cooperativas, contrato com empresas por meio de licitação; contrato temporário renovável por até quatro anos; criação de cargos efetivos mediante concurso público e ainda cargos em comissão. Ainda, segundo este mesmo autor, as formas de seleção têm sido entrevistas e/ou análises de currículos e concursos públicos.

Em entrevista ao Jornal da Associação Paulista de Cirurgiões dentistas (APCD) em 2003, o Coordenador de Saúde bucal do Ministério da Saúde informou que seriam aceitos, no mínimo, a contratação do profissional das ESB pela Consolidação das Leis de Trabalho ou por concurso público:

...“Só existem no Brasil duas formas de contratação: por concurso público ou pela CLT. Não existe outra e o Ministério não vai aceitar outra” (Gilberto Pucca – Coordenador de Saúde bucal do Ministério da Saúde).

2.2.4 Financiamento

O financiamento das ESFs é definido pela NOB/96 (Norma Operacional Básica do SUS) na qual foi estabelecido o PAB (Piso Assistencial Básico) que consiste em um montante de recursos financeiros, calculados de acordo com a modalidade de gestão e com o número de habitantes (valor per capita/ano) para que se realizem atividades da assistência básica. É repassado do Fundo Nacional de Saúde diretamente para o Fundo Municipal de Saúde (Brasil, 1996). Entre 1998 e 2000, alguns pontos da NOB/96 foram alterados, através de portarias, como por exemplo: o PAB passou a ser denominado Piso da Atenção Básica com a sua cobertura ampliada e dividido em duas partes PAB fixo (valor per capita/ ano) e PAB variável com recursos destinados a ações e programas estabelecidos pelo Governo Federal como o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e PSF (Programa de Saúde da Família).

Segundo Marques e Mendes (2002), embora a responsabilidade pelas ações em nível básico sejam dos municípios, o PAB variável é constituído de diversos incentivos através dos quais, o governo federal “premia” os municípios que desenvolvem os diferentes programas.

A fração variável do PAB é calculada de acordo com faixas de cobertura populacional e no caso do PSF a NOB/96 definia:

- Acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- Acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município;
- Acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Esses acréscimos têm como limite 80% do valor do PAB original do município. A portaria Nº. 1329 de 12/11/99 determinou que, de acordo com a faixa de cobertura das equipes de PSF, os municípios passariam a receber incentivos diferenciados, conforme a tabela 1. A diferenciação se deve ao fato de que quanto maior o número de pessoas cobertas maior o impacto (Brasil, 2000c).

O financiamento do PSF envolve além dos recursos federais, os recursos estaduais e municipais.

Tabela 1 - Valores dos incentivos para manutenção das equipes de PSF de acordo com a Cobertura populacional, segundo Brasil (2001).

Faixas de Cobertura	Faixas Populacionais em %	Incentivo/Equipe/Ano em R\$
1	0 a 4,9	28.008,00
2	5 a 9,9	30.684,00
3	10 a 19,9	33.360,00
4	20 a 29,9	38.520,00
5	30 a 39,9	41.220,00
6	40 a 49,9	44.100,00
7	50 a 59,9	47.160,00
8	60 a 69,9	50.472,00
9	70 e mais	54.000,00

Os incentivos federais têm uma capacidade de indução às políticas de saúde a ele associadas, e embora seja uma forma de viabilizar recursos novos, tal política de saúde pode não corresponder à realidade local e, como os repasses não cobrem o custo total dos serviços, os municípios tem que complementar os recursos financiando programas federais, mesmo quando estes não são suas prioridades, comprometendo as ações voltadas às necessidades da população (Marques & Mendes, 2002).

2.2.5 Críticas, contradições e caminhos a percorrer.

A implantação do PSF no Brasil é, sem dúvida, um avanço importante no sistema de saúde do país. No entanto, na medida de sua concreta implementação, o programa vem sendo analisado criticamente e por vezes tem sido criticado por não seguir a sua lógica doutrinária, de ser um processo de recentralização, além de levantar questões importantes como: o PSF seria “uma estratégia universalizante ou programa de foco em populações de baixo poder aquisitivo”? (Roncalli, 2000).

Segundo Narvai (2001):

“São muitas as questões suscitadas as quais, aliás, vêm sendo objeto de debate em vários fóruns pertinentes. Mas não poderia deixar de destacar que, se são mesmo necessárias abordagens gerais sobre o PSF, é igualmente necessário ocupar-se do que vem acontecendo em situações concretas, em nível local. É preciso atentar tanto para as distorções e inadequações quanto para os inegáveis avanços que, em muitos lugares, têm sido alcançados, no âmbito do PSF, pelo movimento popular comprometido com os direitos sociais e a conquista da cidadania”.

O mesmo autor ainda ressalta que para que o PSF não seja apenas um programa “na pior acepção do termo” é essencial o acompanhamento e controle dos respectivos conselhos municipais de saúde e a aplicação de práticas democráticas de gestão e completa:

...”Caso contrário não passará de engodo, simulacro de intervenção pública na saúde, tornando-se impotente para de fato contribuir para a reorganização do modelo de atenção. Nesses casos, prestar-se-á unicamente à manipulação político-eleitoral da saúde”... “Neste aspecto, cabe reiterar que a inserção de profissionais de saúde bucal no PSF deve contribuir para que o

SUS seja, efetivamente, o que a Constituição da República determina e o que as leis federais 8.080 e 8.142 regulamentam” (Narvai, 2001).

Medina & Aquino (2002) explicam que ao se implantar o PSF há uma tensão entre a heterogeneidade das diversas realidades locais e a necessidade de seguir as normas preconizadas pelo MS. Justificam que as normatizações buscam garantir padrões de qualidade e de controle dos serviços, mas, em contraponto, alegam que a garantia de qualidade requer coerência e respeito às realidades locais.

Segundo Souza (2002), embora seja consenso quanto aos bons resultados alcançados pelo PSF e PACS com um salto de qualidade no processo de desenvolvimento e consolidação do SUS e que os municípios que têm aderido à proposta venham demonstrando os resultados positivos comprovando que há possibilidade de adequação desta estratégia em centros ou espaços sociais diferentes (urbanos ou rurais, de grande ou pequeno porte), há a necessidade de se responder:

“Por que esta estratégia nos grandes centros urbanos não se transforma no eixo estruturante da atenção básica ao invés de concorrer com os sistemas de saúde já existentes? Em síntese, por que não se expande nos grandes centros urbanos na mesma velocidade que no interior do País uma vez que há recursos alocados para este fim?” (Souza, 2002).

Segundo Alves Sobrinho & Souza (2002), para que o PSF se desenvolva em grandes centros é necessário, entre outras coisas, rever as políticas dos incentivos federais, em relação aos critérios populacionais, para que estes se tornem fator de indução da implantação das ESFs, além disso, a participação da esfera estadual no financiamento das equipes é essencial.

Outra questão por vezes explicitada é com relação à formação dos recursos humanos para as ESFs. Normalmente, a formação é totalmente voltada para a prática liberal, e assim faltam profissionais com perfil e conhecimento específico nesta área. Capistrano (2000) ressaltou que para que haja mudança no modelo assistencial há a necessidade de profissionais radicalmente novos no sentido de assumirem novas práticas no campo da atenção básica:

... “O bom médico de família não é apenas um competente clínico geral, mas alguém que adquire uma nova visão da sua prática, que não pede exames complementares “de rotina”, que não abusa do uso de medicamentos, que respeita a cultura e o saber populares, que se sente responsável pela saúde e pela vida da comunidade a que serve. A boa enfermeira de família não é aquela que apenas domina a técnica, mas a que se sente integrante da equipe em pé de igualdade com seus companheiros, que não teme adquirir e aplicar novos conhecimentos, sem se preocupar com uma rígida divisão de funções decorrente da formação profissional de origem. Assim, é a enfermeira que também pode diagnosticar, prescrever medicamentos, pedir e interpretar resultados de exames complementares e discutir condutas” (Capistrano, 2000).

Para resolver tal problema, o MS criou os Pólos de Capacitação e o setor de formação de recursos humanos que, segundo Roncalli (2003), ainda não responderam de forma concreta às novas demandas impostas pelo setor saúde.

O PSF tem se consolidado, por vários motivos, na estratégia de reorganização da atenção básica do SUS, embora se possa observar pelo País modelos de práticas diferentes, resultado de adaptações da própria realidade local (serviços já existentes e necessidades da população) em relação às normas impostas pelo Ministério da Saúde, tendo ora resultados positivos, ora resultados não satisfatórios, Aguiar (1998) apud Roncalli (2000) enfatizou que:

...”a nosso ver, os limites e possibilidades do PSF, no que diz respeito à revisão do modelo assistencial, estariam vinculados à forma de sua inserção nos sistemas locais de saúde. Neste sentido, tem sido polemizado, justamente, porque tanto pode servir às tendências simplificadoras, como também às motivações de mudança para gerar resultados mais efetivos do SUS” (Aguar, 1998).

2.2.6 Saúde Bucal no PSF

Ao analisar - se a implantação das ESB no PSF torna-se importante um breve resgate dos modelos assistenciais em saúde bucal praticados no Brasil.

Até a década de 50, o modelo de assistência odontológica hegemônico era a odontologia de mercado praticada de forma liberal no espaço restrito da clínica e centrada no indivíduo doente, baseada no paradigma flexineriano (Roncalli, 2000; Calado, 2002). Conforme já descrito anteriormente, no setor público podem ser encontrados registros de serviços odontológicos pulverizados pelo país, porém, sem uma lógica programática definida (Roncalli, 2000).

Nos anos 50, temos o início da estruturação de atividades odontológicas com base em programas, com duas modalidades de práticas: a fluoretação das águas de abastecimento público e a assistência a escolares através do Sistema Incremental, o qual tinha como vertente ideológica a odontologia sanitária/social (Roncalli, 2000; Calado, 2002; Narvai, 2002). A odontologia sanitária/social foi definida por Chaves (1962) como sendo:

“A disciplina da saúde pública que tem como missão o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde bucal da comunidade”.

O Sistema Incremental se manteve hegemônico no Brasil por mais de 40 anos e acabou se tornando sinônimo de modelo assistencial em Odontologia (Abreu & Werneck, 1998; Roncalli, 2000).

Na década de 70, o SI começa a sofrer inúmeras críticas, pois não conseguia atingir os resultados esperados, apresentando-se como um modelo superado tanto do ponto de vista de sua eficácia, quanto da sua abrangência e cobertura. A partir daí, muitos municípios se tornaram “órfãos” do Sistema Incremental, necessitando elaborar seus próprios modelos assistenciais (Oliveira *et al*, 1999; Pinto, 2000).

Segundo Narvai (2002), a impotência transformadora da Odontologia sanitária/social deu lugar a proposições reformistas da Odontologia simplificada/comunitária/integral. Estes modelos geraram clones por todo o país, mas na verdade, não chegaram a romper com a lógica programática do Incremental (Oliveira *et al*, 1999).

A expressão “Saúde Bucal Coletiva” surge nos anos oitenta como sendo uma estratégia centrada nos princípios do SUS e com ênfase no paradigma da Promoção da Saúde, o qual pretende romper com as odontologias adjetivadas, procurando recuperar para o trabalho em Odontologia suas dimensões políticas, sociais, comunitárias, preventivas e integrais (Roncalli, 2000; Narvai, 2002).

Segundo Oliveira (1999), podem ser destacadas algumas tendências que chamaram a atenção e se replicaram em diversos locais a partir da criação do SUS: o Sistema Inversão da Atenção, a atenção precoce em saúde bucal (Odontologia para Bebês) e os modelos estruturados a partir do núcleo familiar Saúde da Família que é objeto deste estudo.

“A participação da saúde bucal nas atividades do PSF tem sido proposta desde sua criação e foi iniciada pioneiramente no município de Curitiba (PR). A partir daí, vários municípios têm tentado viabilizar formas de inclusão de ações de saúde bucal nos Programas de Saúde da Família, tendo em vista que não é prevista, nas diretrizes do Programa, a participação da Odontologia” (Roncalli, 2000).

Os resultados de uma Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD, 1998) divulgada em 2000, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstraram que, até então, 29,6 milhões de Brasileiros nunca tinham ido ao dentista. Neste contexto, em função da necessidade de aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, o Ministério da Saúde propôs como estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, a inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família (Brasil, 2002).

A inclusão de Equipes de Saúde Bucal no PSF teve a sua concretização com a Portaria GM 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF:

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

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

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

Parágrafo único. Os recursos financeiros mencionados serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores (Brasil, 2000a).

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos e de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal impulsionou a inclusão das ESB no PSF (Manfredini, 2005).

Segundo Silveira Filho (2001), as ações de saúde bucal no SUS são direitos básicos pautados na universalidade, na equidade e na integralidade, reside aí o grande desafio à incorporação de equipes de Saúde Bucal no PSF: tornar as ações de saúde bucal um direito de todos independente de idade, escolaridade ou classe social.

Em 06 de março de 2001, o Governo Federal editou a Portaria nº. 267 (Portaria de Normas e Diretrizes da Saúde Bucal) (Brasil, 2001c) que regulamenta a Portaria nº. 1.444/GM/2000 e estabelece o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica descrevendo o elenco de procedimentos compreendidos na Atenção Básica (estabelecidos Na NOB 01/96 e NOAS 01/01). O Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica tem como objetivos:

- Melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- Orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo Programa Saúde da Família;
- Assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras em 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, 2001c).

Além disso, a Portaria nº. 267/2001 ainda estabelece as Bases para Reorientação das Ações de Saúde Bucal, estratégia para incorporação das equipes, atribuições de cada profissional da ESB, além das responsabilidades de cada esfera de governo e informações relativas ao financiamento das equipes.

Atribuições comuns aos profissionais de Saúde Bucal no PSF:

- Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família;
- Identificar as necessidades e as expectativas da população em relação à saúde bucal;
- Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal;
- Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência;
- Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal;
- Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde;
- Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas;
- Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal (Brasil, 2001c).

São atribuições específicas dos Cirurgiões Dentistas:

- Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade;
- Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS);
- Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita;
- Encaminhar e orientar os usuários, que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento;
- Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências.
- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;
- Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;
- Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais;
- Coordenar ações coletivas voltadas para à promoção e prevenção em saúde bucal;
- Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas;
- Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD. Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal;
- Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos realizados” (Brasil, 2001c).

São atribuições específicas dos THDs:

- Realizar, sob a supervisão do cirurgião-dentista, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento;
- Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião-dentista;
- Auxiliar o cirurgião-dentista (trabalho a quatro mãos);
- Realizar procedimentos coletivos, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados, na Unidade Básica de Saúde da Família e em espaços sociais identificados;
- Cuidar da manutenção e da conservação dos equipamentos odontológicos;
- Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal;
- Registrar no SIA/SUS todos os procedimentos realizados no âmbito de sua competência (Brasil, 2001c).

São atribuições específicas dos ACDs:

- Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- Realizar procedimentos educativos e preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como evidenciação de placa bacteriana, orientações à escovação com o uso de fio dental sob acompanhamento do THD;

- Preparar o instrumental e os materiais para uso (sugador, espelho, sonda e demais materiais necessários para o trabalho);
- Instrumentalizar o cirurgião-dentista ou o técnico em higiene dental durante a realização de procedimentos clínicos;
- Cuidar da manutenção e da conservação dos equipamentos odontológicos;
- Agendar e orientar o paciente quanto ao retorno para manutenção do tratamento;
- Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal;
- Realizar procedimentos coletivos, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados, na Unidade Básica de Saúde da Família e em espaços sociais identificados;
- Registrar no SIA/SUS todos os procedimentos realizados no âmbito de sua competência (Brasil, 2001c).

Segundo o MS, os municípios que queiram iniciar a implantação ou pretendem ampliar ações de saúde bucal vinculadas ao PSF deverão percorrer os seguintes passos:

- **1º PASSO** – O município já deve ter equipes de saúde da família implantadas, ou em vias de implantação;
- **2º PASSO** – É necessário elaborar um plano de implantação de equipes de saúde bucal no PSF
- **3º PASSO** – O município deverá submeter o Plano de Implantação ou Expansão das Ações de Saúde Bucal no PSF para aprovação do Conselho Municipal de Saúde;

- **4º PASSO** – Depois da aprovação do plano pelo Conselho Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde deverá enviá-lo para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que enviará ao MS;
- **5º PASSO** – O Ministério da Saúde publicará no Diário Oficial da União (DOU) a qualificação das equipes de saúde bucal vinculadas ao PSF de cada um dos municípios que apresentaram o pleito, os quais foram previamente aprovados pelas CIB de seus Estados.
- **6º PASSO** – O município deve cadastrar todos os profissionais da ESB no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) (Brasil 2002).

Em 17 de março de 2004, o Ministério da Saúde lança o “Brasil Sorridente” definido como sendo uma política do governo federal com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Este novo sistema público de atendimento odontológico apresenta cinco frentes de ação: ampliação do atendimento na rede básica, criação de centros de especialidades, ações educativas, implantação de próteses e fluoretação das águas (Brasil, 2004b).

Um marco da nova política de saúde bucal do MS foi a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) realizada entre os dias 29/07 e 01/08 de 2004. Antes desta Conferência duas outras haviam sido realizadas. A 1ª CNSB em 1986 discutiu a saúde como direito de todos e dever do Estado e afirmou a saúde bucal como: *“parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação”*. Além disso, esboçou um diagnóstico da

situação de saúde bucal no país e apontou rumos para a inserção da odontologia no sistema único de saúde (Brasil 2004c).

A 2ª CNSB, realizada em 1993, teve como tema central: “a saúde bucal, como um direito de cidadania” e aprovou diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país, indicando as características de um novo modelo de atenção em saúde bucal e dos recursos humanos necessários, propondo formas para o financiamento e o controle social por meio dos Conselhos de Saúde, e defendendo a descentralização das ações (Brasil 2004c).

O tema central da 3ª CNSB foi: “Saúde Bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social”, que foi discutido a partir de quatro eixos temáticos: 1) Educação e Construção da Cidadania; 2) Controle Social, Gestão Participativa e Saúde bucal; 3) Formação e Trabalho em Saúde Bucal; 4) Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal. Cerca de 90 mil pessoas estiveram diretamente envolvidas neste processo de discussão da saúde bucal, através da participação em 2.542 Conferências Municipais ou Regionais e das 27 Conferências estaduais de Saúde Bucal. O relatório final se constituiu em uma série de proposições indicando novos rumos para a política nacional de saúde bucal que pudessem produzir as mudanças necessárias para assegurar, a todas as pessoas, acesso a ações e serviços de saúde bucal com qualidade (Brasil 2004c).

3 OBJETIVOS

- Analisar o perfil de implantação e atuação das Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família, implantadas até o 1º semestre de 2004, em municípios do Estado de Minas Gerais, identificando aspectos **administrativos e operacionais** destas equipes.

4 MATERIAL e MÉTODO

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FOP/UNICAMP (Anexo 4).

4.1 Amostra

O Estado de Minas Gerais possui 853 municípios dos quais 723 (84,7%) implantaram o Programa Saúde da Família. Destes, segundo dados da SES-MG, 310 municípios (36,3%) haviam incorporado ESB no PSF até o primeiro semestre de 2004, num total de 724 equipes, sendo 573 (79,1%) na modalidade I e 151 (20,9%) na modalidade II.

Este estudo abrangeu todos os 310 municípios que apresentavam Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família até o primeiro semestre de 2004, sendo que 62% eram de pequeno porte (até 10.000 habitantes), 33% de médio porte (10.000 a 50.000 habitantes) e 5% de grande porte (acima de 50.000 habitantes).

Dezoito municípios informaram que não estavam em condições de encaminhar respostas. Quinze alegaram motivos políticos devido às eleições municipais (demissão de secretários de saúde, de coordenadores, dissolução de equipes, férias coletivas para todos do PSF, cancelamento de contratos, etc.), dois municípios informaram que não possuíam mais ESB no PSF e um município não aceitou o certificado do CEP desta pesquisa, por possuir um CEP na própria secretaria de saúde, sendo, portanto, excluídos da amostra. O universo foi reduzido, deste modo, a 292 municípios estudados com um total de 531 ESB, sendo que, destes, 56,8% (166) retornaram os questionários. O percentual de equipes de SB respondentes correspondeu a 52,3% (278), onde 76,6% destes

(213) era modalidade I e 23,4% (65) modalidade II. Os resultados deste estudo podem ser considerados representativos do estado devido aos municípios respondentes apresentarem as seguintes características: a) manutenção da proporcionalidade em relação ao porte demográfico dos municípios (tabela 2); b) distribuição geográfica no estado (figura 1); c) representatividade por DADS (Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde) onde de um total de 28 DADS do estado, 26 estiveram envolvidas na pesquisa e 25 tiveram representação; d) manutenção da proporcionalidade entre as equipes modalidade I e II. Além disso, foi realizado um cálculo do erro amostral, levando-se em consideração uma taxa de resposta de 50%, um nível de confiança de 95% e um N (mínimo) de 166, chegando a um erro amostral de 5,9%.

Figura 1 – Distribuição das ESB respondentes no estado de MG, em 2004.

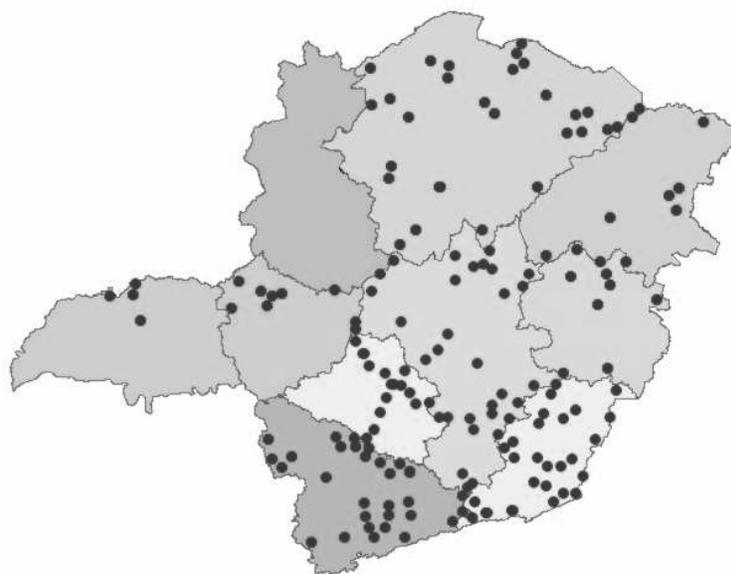


Tabela 2 – Comparação entre a proporção dos municípios quanto ao porte demográfico e a implantação do PSF e ESB no estado de MG, em 2004.

Municípios	Pequeno porte ^a	Médio porte ^b	Grande porte ^c
	%	%	%
Com PSF	59,88	32,22	7,88
Com ESB	61,93	33,87	4,19
Respondentes	57,83	37,95	4,21

(a) até 10.000 hab.; (b) 10.000 a 50.000 hab.; (c) mais de 50.000 hab.

4.2 Metodologia

O estudo proposto é de natureza quantitativa e qualitativa e constou do envio de dois tipos de questionários aos municípios, com questões objetivas (fechadas) e uma questão subjetiva (aberta), abordando aspectos administrativos e operacionais das ESB no PSF.

Primeiramente foi realizado um estudo piloto com a aplicação dos instrumentos utilizados na pesquisa (dois questionários) ao coordenador e a vinte e um dentistas das ESB no PSF do município de Amparo no estado de São Paulo.

Um dos questionários abordava aspectos administrativos das ESB no PSF sendo destinado aos coordenadores de saúde bucal ou, não havendo este cargo, aos secretários de saúde (Anexo 1) dos 310 municípios que apresentavam ESB no PSF, contendo questões relativas a: a) início da implantação das ESB; b) número de ESB no município; c) população coberta pelas ESB; d) localização das ESB; e) forma de contratação dos dentistas das ESB; f) jornada de trabalho dos profissionais das ESB; g) faixa salarial dos profissionais (dentistas, ACD e THD) que atuam no programa; h) recursos destinados às ESB. O segundo questionário (Anexo 2) abordava aspectos operacionais das ESB e foi encaminhado a todos os 724 cirurgiões dentistas que atuavam nas ESB do PSF e buscava informações

relativas à: a) tempo de contratação do dentista no PSF; b) participação em cursos de capacitação; c) tipo de clientela atendida pela ESB; d) organização da demanda; e) frequência de visitas domiciliares pelo dentista; f) referência e contra referência em saúde bucal; g) ações desempenhadas pelo dentista e pessoal auxiliar; h) integração entre a ESB e o restante da Equipe de saúde da família. A questão subjetiva (aberta) solicitava que fossem relatadas experiências, inovações, dificuldades ou mudanças observadas em relação às ESB no PSF.

Os questionários foram encaminhados aos municípios através das Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde (DADS), sendo que cada município recebeu um envelope contendo o questionário destinado ao coordenador de saúde bucal ou secretário de saúde, o questionário destinado aos CDs em número correspondente ao de ESB implantadas e os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Juntamente com os questionários foram encaminhados envelopes/resposta devidamente selados e endereçados aos pesquisadores para que fossem feitas as devoluções dos mesmos. Facultou-se aos municípios a oportunidade de responder a pesquisa por fax ou pela internet, sendo disponibilizada uma senha de acesso a um site desenvolvido especificamente para este fim com endereço eletrônico: <http://www.pesquisaonline.sserver.com.br>.

4.3 Análise Estatística

A tabulação dos dados e análise estatística descritiva, foi realizada, sendo que os resultados foram expressos em médias, frequências e proporções. O teste estatístico qui-quadrado (X^2) foi aplicado para verificar a associação entre o porte municipal e a implantação de ESB no PSF no estado de Minas Gerais. Para analisar a questão subjetiva, foram utilizadas técnicas de análise do discurso simples, lançando mão de técnicas como idéias centrais e expressões chave

recomendado no método qualitativo do discurso do sujeito coletivo (Lefèvre, 2000).

5 RESULTADOS

“Sempre que uma teoria lhe parecer a única possível, tome essa certeza como sinal de que você não entendeu a teoria nem o problema que ela pretende solucionar.” (Karl Popper)

A associação entre o porte municipal e a implantação de ESB no PSF no estado de Minas Gerais foi estatisticamente significativa ($p < 0,01$), demonstrando que o porte municipal pode ter influenciado na implantação das ESB no PSF (tabela 2).

5.1 Aspectos Administrativos

Os questionários respondidos pelos Coordenadores de saúde Bucal ou Secretários de Saúde dos Municípios demonstraram que: em relação ao número de ESB implantadas por município, a maior parte (57,2%) implantou apenas uma equipe, 21,6% duas equipes, 7,2% dos municípios apresentavam três equipes e 13,9% mais de três ESB no PSF (Gráfico 1), Sendo que, apenas 4,8% dos municípios implantaram ESB antes de 2001, 24,7% durante o ano 2001, 30,7% em 2002 e 39,8% a partir de 2003 (Gráfico 2).

Gráfico 1 – Número de ESB, incluídas no estudo, implantadas por município no estado de MG, em 2004 (n total = 166).

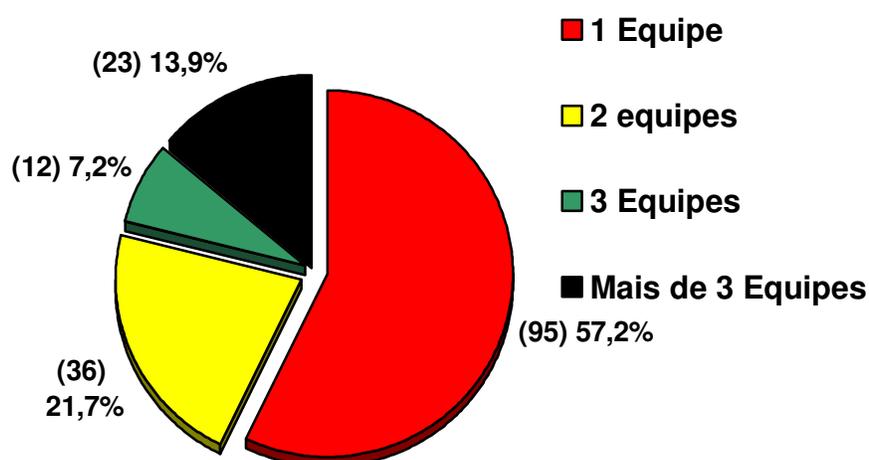
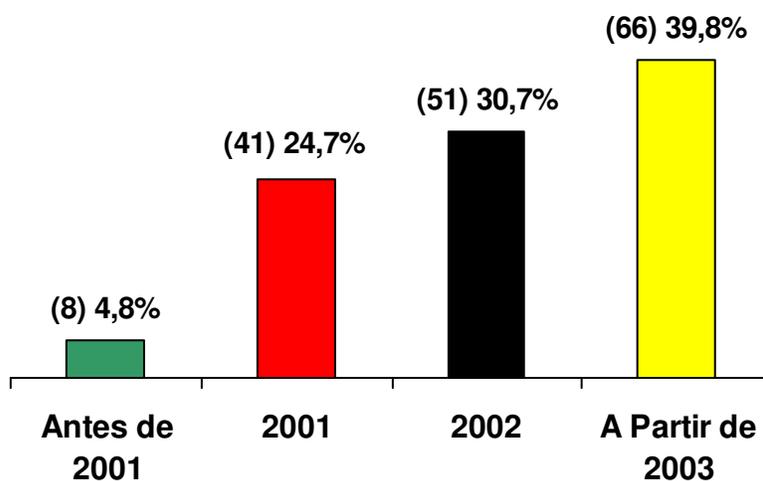


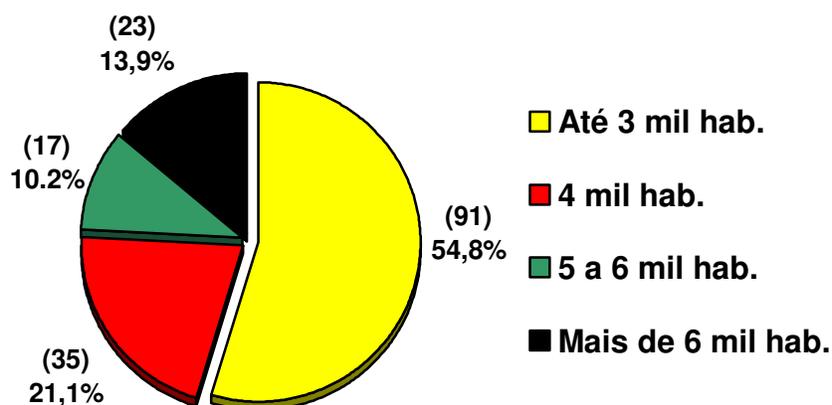
Gráfico 2 – Ano de implantação das ESB, incluídas no estudo, no PSF no estado de MG, em 2004. (n total = 166).



() Corresponde ao valor de n.

Quanto à cobertura populacional, 54,8% dos municípios responderam que as ESB eram responsáveis pelo atendimento de até três mil pessoas, 21,1% atendiam cerca de quatro mil pessoas, 10,2% de cinco a seis mil e 13,9% das ESB atendiam mais de seis mil pessoas (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Cobertura populacional das ESB, incluídas no estudo, no estado de MG, em 2004. (n total = 166)



Em relação à localização das USFs com ESB, 53% (88) estavam localizadas na região urbana, 6% (10) em região rural, 39,1% (65) com ESB urbana e rural e 1,8% (3) em outros locais.

Quanto à forma de contratação dos profissionais das ESB, 21% relataram teste seletivo interno, 12% concurso público, 16,3% credenciamento e 50,6% relataram outras formas como contrato, indicação política, nomeação, licitação, terceirização, contratos por cooperativas, contrato temporário, contrato de prestação de serviços, etc. (Tabela 3).

Tabela 3 – Formas de seleção e contratação dos componentes das ESB, incluídas no estudo, no PSF no estado de MG, em 2004.

<i>Forma de seleção e contratação</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Teste seletivo interno	35	21,0
Concurso Público	20	12,0
Credenciamento	27	16,3
Outras formas de contratação	84	50,6
Total	166	100,0

Em relação à jornada de trabalho, 93,3% (155) dos municípios relataram oito horas diárias (40 horas semanais), sendo que, para cumprir esta jornada, 10,2% dos dentistas tinham remuneração abaixo de 5 salários mínimos (R\$ 1.200,00) (valor referência SM = R\$ 240,00), 50% recebiam entre 5 e 7,5 salários mínimos (R\$ 1.200,00 a R\$ 1.800,00), 22,3% entre 7,5 e 9 salários mínimos (R\$ 1801,00 a R\$ 2.200,00) e 17,4% dos dentistas recebiam um salário acima de 9 salários mínimos (acima de R\$ 2.201,00), enquanto dentro da categoria de Técnico em Higiene Dental (THD), 12,3% tem salário abaixo de R\$

300,00, 58,5% entre R\$ 301,00 e R\$ 600,00, 6,1% recebiam um salário entre R\$ 601,00 e R\$ 1.000,00 e 23% dos THD tinham salário acima de R\$ 1.000,00, enquanto 4,2% dos Atendentes de Consultório Dentário (ACD) tinham salário abaixo de R\$ 250,00, 86,7% entre R\$ 251,00 e R\$ 400,00, 9% recebiam um salário entre R\$ 401,00 e R\$ 550,00 (Tabela 4).

Tabela 4 - Salários dos componentes das ESB, incluídas no estudo, no PSF no estado de MG, em 2004.

SALÁRIOS DA ESB em R\$²	n	%
Dentistas		
Abaixo de 1.200,00	17	10,2
Entre 1.200,00 e 1.800,00	83	50,0
Entre 1.801,00 e 2.200,00	37	22,3
Acima de 2.201,00	29	17,4
Total	166	100
THD		
Abaixo de 300,00	8	12,3
Entre 301,00 e 600,00	38	58,5
Entre 601,00 e 1.000,00	4	6,1
Acima de 1.000,00	15	23,0
Total	65	100
ACD		
Abaixo de 250,00	7	4,2
Entre 251,00 e 400,00	144	86,7
Acima de R\$ 401,00 e R\$ 550,00	15	9,0
Total	166	100,0

² O salário mínimo no momento da pesquisa era de R\$ 240,00.

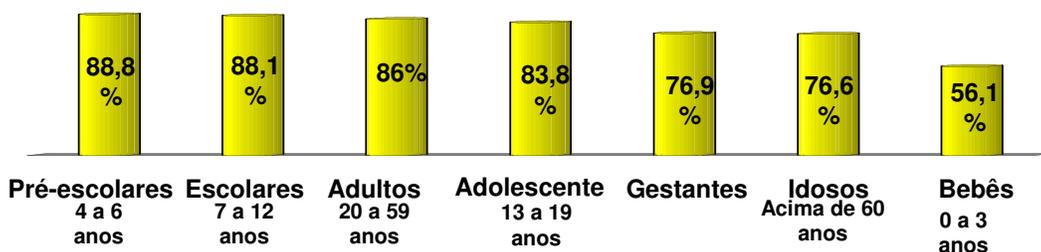
Quanto ao financiamento, 83,1% (138) dos municípios afirmaram destinar a totalidade do incentivo financeiro das ESB para a Odontologia e 86,1% (143) dos municípios não receberam nenhum recurso extra para as ESB no PSF. 98,2% (163) dos municípios afirmaram ser importante para a população a inclusão de ESB no PSF, enquanto 2% afirmaram que estes recursos deveriam ser canalizados para outras ações prioritárias de saúde.

5.2 Aspectos Operacionais

Os questionários respondidos pelos 278 dentistas das ESB apontavam que: 42,1% (117) destes trabalhavam no PSF há menos de um ano, 32% (89) entre um e dois anos, 15,8% (44) estavam contratados há pelo menos três anos e 10,1% (28) há mais de três anos. Quanto à capacitação, 51,1% (142) dos dentistas afirmaram ter participado de pelo menos um curso sobre PSF, enquanto 48,9% (136) nunca participaram.

Em relação à clientela atendida: 88,8% das equipes atendiam pré-escolares, 88,1% atendiam escolares, 86% adultos, 83,8% atendiam adolescentes, cerca de 76,9% dos dentistas afirmaram atender à gestantes, 76,6% atendiam idosos, enquanto apenas 56,1% atendiam bebês de zero a três anos (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Clientela atendida pelas ESB, incluídas no estudo, no PSF no estado de MG, em 2004. (Respostas múltiplas - n = 278).



() Corresponde ao valor de n.

Ao analisar - se a organização da demanda, observa - se que 206 ESB (74,1%) relataram utilizar mais de uma forma de agendamento dos usuários, sendo 51,1% nas USFs pelo ACD, 43,9% através do Agente Comunitário de Saúde (ACS), cerca de 39,9% por livre demanda como porta de entrada, 26,9% triagem de risco, enquanto 12,9% das ESB relataram outras formas de agendamento (ex.: levantamentos em escolas) e 9% realizavam agendamento na USF através do THD (Tabela 5).

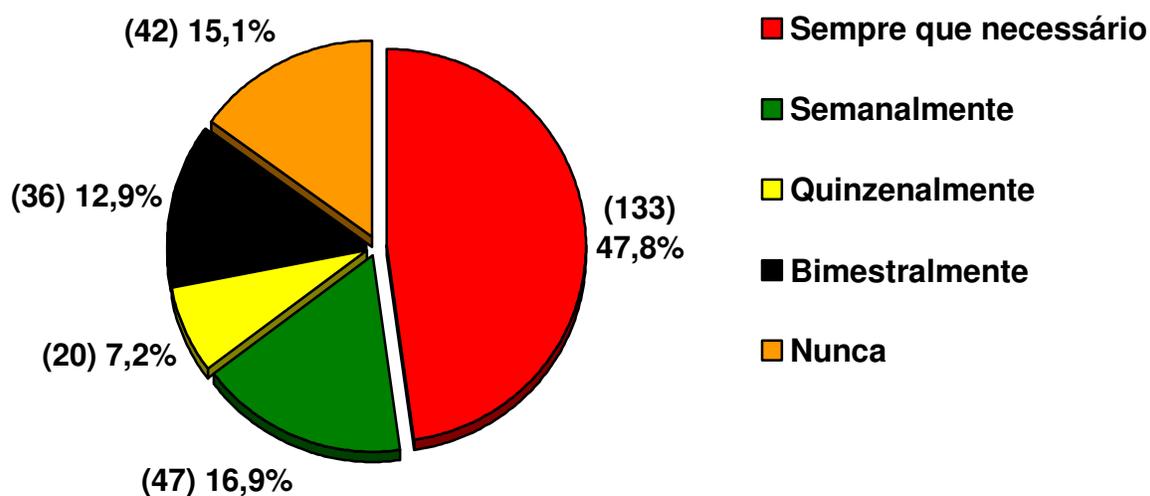
Tabela 5 – Forma de agendamento dos usuários das ESB, incluídas no estudo, no PSF no estado de MG, em 2004. (respostas múltiplas – n = 278)

Forma de agendamento	n	%
Nas USF pelo ACD	142	51,1
Agente comunitário de saúde (ACS)	122	43,9
Livre demanda	111	39,9
Triagem de risco	75	26,9
Outras formas de agendamento	36	12,9
Nas USFs pelo THD	25	9,0

Em relação às visitas domiciliares executadas pelos CDs, 47,8% destes responderam que as faziam sempre que necessário, 16,9% semanalmente, 7,2% dos dentistas as realizavam quinzenalmente, 12,9% a cada dois meses, e 15,1% dos dentistas nunca as realizavam por falta de tempo (Gráfico 5).

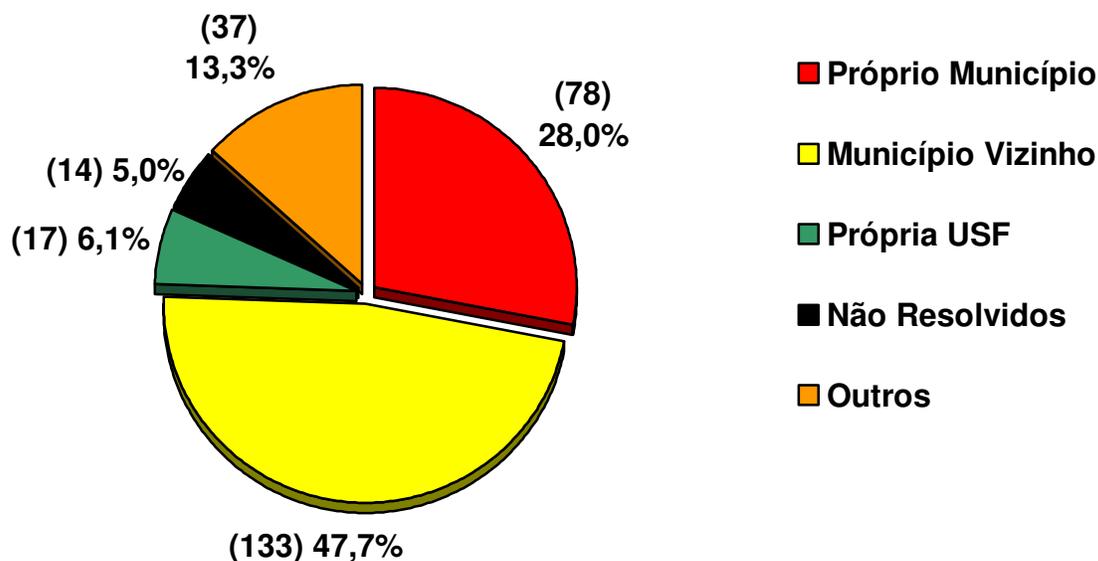
Em relação aos casos clínicos de maior complexidade foi identificado que aproximadamente 28% eram resolvidos no próprio município, 47,7% encaminhados para centros de referência em municípios maiores e próximos. Não eram encaminhados 6,1% dos casos. Contudo, resolvidos na própria unidade, 5% não eram resolvidos e 13,3% recebiam outros encaminhamentos (ex.: indicação para consultórios particulares) (Gráfico 6).

Gráfico 5 – Periodicidade das visitas domiciliares executadas pelos CD das ESB, incluídas no estudo, no estado de MG, em 2004. (n = 278)



() Corresponde ao valor de n.

Gráfico 6 – Encaminhamentos dos casos de maior complexidade das ESB, incluídas no estudo, no PSF no estado de MG, em 2004. (n = 278).



() Corresponde ao valor de n.

Em relação às ações desempenhadas pelo pessoal auxiliar (ACD e THD) nas ESB, cerca de 50% faziam visitas domiciliares e reuniões com a comunidade, 82% realizavam agendamento de pacientes, 70,8% realizavam ações de prevenção e promoção de saúde, além de tarefas clínicas de auxílio ao dentista como: instrumentação do CD (86,7%) e desinfecção e esterilização de materiais e instrumentais (89,9%). Quanto às ações desempenhadas pelos dentistas, 94,2% afirmaram realizar atendimentos clínicos, 69,4% visitas domiciliares, 92,4% prevenção e promoção da saúde, 63,6% participavam de reuniões com a ESF, 70,5% planejamento dos trabalhos, 62,2% interação com outros setores, 64,7% reunião com a comunidade da área de abrangência, 26,9% articulavam ações de referência e contra - referência e apenas 11% utilizaram os dados do SIAB para o planejamento de suas ações (Tabela 6).

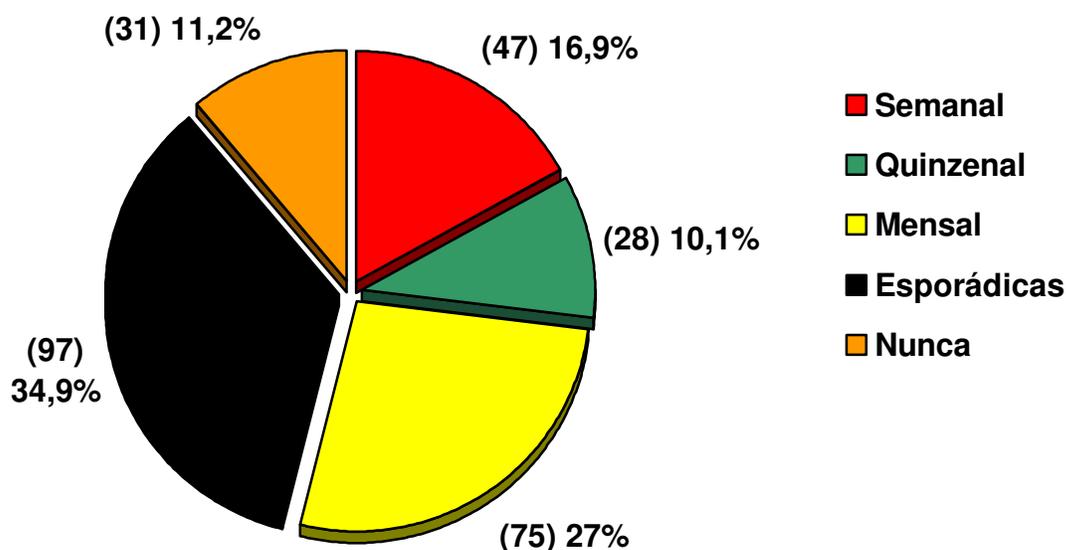
Tabela 6 – Ações desempenhadas pelos componentes das ESB, incluídas no estudo, no PSF no estado de MG, em 2004. (respostas múltiplas – n total = 278)

AÇÕES DAS ESB NO PSF	n	%
Pessoal auxiliar: ACD e THD		
Visitas domiciliares	139	50,0
Reuniões com a comunidade	139	50,0
Agendamento de pacientes	228	82,0
Prevenção e promoção de saúde	197	70,8
Instrumentação do CD	241	86,7
Desinf. e esterilização de mat. e instrumentais	250	89,9
Cirurgião Dentista		
Atendimentos clínicos	262	94,2
Visitas domiciliares	193	69,4
Prevenção e promoção de saúde	257	92,4
Reunião com toda a equipe de SF	177	63,6
Planejamento do trabalho	196	70,5
Interação com outros setores	173	62,2
Reunião com a comunidade da área de abrangência	180	64,7
Articulação de referência e contra - referência	75	26,9
Útiliz. dados do SIAB para planejamento das ações	31	11,1

Quanto à integração entre as ESB e as ESFs, 212 equipes (76,2%) afirmaram que existia integração entre os membros destas equipes. No entanto, conforme Gráfico 7, 54% responderam realizar reuniões periódicas (semanais, quinzenais e mensais), enquanto 34,9% realizavam reuniões esporádicas e 11,2% nunca as realizavam. Além disso, 69% (192) responderam que não utilizavam prontuários únicos para as ESB e ESFs.

Sobre o objetivo das ESB no PSF, 65,8% (183) dos dentistas acreditavam que as equipes estavam reorganizando a atenção básica em novas bases e critérios que não apenas a cura das doenças e 34,2% (95) responderam que as ESB continuavam reproduzindo a clinica particular no serviço público ou estavam voltadas apenas para o atendimento de crianças em idade escolar.

Gráfico 7 – Periodicidade das reuniões entre ESB, incluídas no estudo, e ESFs no PSF no estado de MG, em 2004. (n = 278)



() Corresponde ao valor de n.

Ao analisarmos a situação de implantação e funcionamento das ESB no estado de Minas Gerais observamos, quanto aos aspectos analisados que:

Aspectos Administrativos

Ampliação das ESB:

- Os incentivos do Ministério da Saúde exercem forte influência indutora a adoção de programas de saúde principalmente em municípios de pequeno porte.
- Embora a ampliação quantitativa das ESB no PSF promova um maior acesso aos serviços de saúde bucal, a falta de organização dos serviços devido à baixa capacitação das ESB somadas ao excesso de demanda por procedimentos curativos faz com que os serviços sejam ineficientes e ineficazes.

Cobertura populacional:

- Embora, em relação à cobertura populacional, 75,9% das ESB do estado estejam dentro dos atuais parâmetros estabelecidos pelo MS quanto ao número de habitantes cobertos e com jornada de trabalho de oito horas/dia as diferenças nas realidades locais (infra-estrutura e condições de vida) e a demanda reprimida pressionam os serviços por maior produtividade;

Relações de trabalho:

- Há a precarização das relações de trabalho com baixos salários, contratações instáveis e com forte influência política sobre os serviços.

Financiamento:

- A maior parte dos municípios destina a totalidade do incentivo financeiro às ESB.
- Embora os valores dos recursos federais às ESB no PSF tenham sofrido um aumento considerável, há a necessidade de ampliação da participação estadual e municipal no financiamento destas ações.

Aspectos Operacionais

Universalidade:

- Há uma tendência ao atendimento de todas as faixas etárias, mas, ainda, com priorização das crianças em idade escolar, resquício dos modelos em saúde bucal adotados anteriormente no País.

Organização da demanda:

- Há uma falta de critérios no agendamento dos pacientes para a assistência à saúde bucal com várias portas de entrada ao serviço.

Visitas domiciliares:

- É alto (cerca de 40%) o número de visitas domiciliares compulsórias pelo CD sem objetivos específicos para esta ação.

Referência e contra-referência:

- Há uma grave deficiência no atendimento aos casos clínicos de maior complexidade onde a maior parte (78%) não tem encaminhamentos favoráveis.

Integração entre ESB e ESF:

- Há uma necessidade de evolução na interação entre os integrantes das ESB e os demais profissionais do PSF. A inserção tardia, a falta de capacitação e o excesso de demanda assistencial das ESB no PSF contribuem para esta situação.

Capacitação das ESB:

- É alto o número de dentistas (49%) que relatou não ter participado de capacitação, além de que, não foi analisada neste estudo a qualidade das capacitações realizadas. Este tema é de extrema relevância, pois permeia todos os outros relacionados e certamente, não sendo a única, é a principal causa dos problemas enfrentados na inserção das ESB no PSF.

6 DISCUSSÃO

Por que os ossos doem enquanto a gente dorme? Por que os dentes caem? Por onde os filhos saem?...
(Oito anos-Dunga / Paula Toller)

A associação estatisticamente significativa ($p < 0,01$) entre o porte municipal e a implantação de ESB no PSF demonstra que o porte municipal (Tabela 2) pode ter influenciado na implantação das ESB no PSF. Este resultado corrobora com os observados no estado do Paraná por Baldani *et al.* (2003), onde 82,3% dos municípios com ESB eram de pequeno ou médio porte e não difere da própria implantação do Programa de Saúde da Família no restante do país onde, nos grandes centros urbanos, esta implantação tem se dado de modo mais lento.

Segundo Alves Sobrinho e Souza (2002), os primeiros anos de sucesso do PSF foram marcados pela sua instalação em municípios de pequeno e médio porte. Manfredini (2005) cita que alguns argumentos poderiam explicar esta situação, como o fato dos maiores municípios já disporem de algum tipo de rede assistencial, mesmo que de baixa cobertura populacional, sendo que isto talvez tenha sido um fator que não tenha estimulado a adoção da estratégia da saúde bucal no PSF em municípios maiores ou então a dificuldade de expansão de serviços públicos no período posterior à sanção da Lei de Responsabilidade Fiscal. Além disso, pode-se destacar também que, como a cobertura populacional é o critério para o aumento nos valores do repasse dos recursos para a manutenção das equipes de PSF (Tabela 1), os municípios menores são privilegiados, pois com poucas equipes podem atingir uma grande cobertura recebendo o teto dos recursos. No caso das ESB o incentivo é fixo e não sofre alterações em relação aos critérios populacionais, porém, estes influenciam indiretamente, pois o primeiro critério para se implantar as ESB é de já se ter implantado Equipes de Saúde da Família (ESF). Dessa forma, pode-se justificar

que na relação entre o número de ESB implantadas por município, incluídos no estudo, no Estado de MG (Gráfico 1) a maior parte (57,2%) havia implantado apenas uma equipe, enquanto apenas 13,9% dos municípios relataram ter implantado mais de três equipes.

O maior incremento de ESB no PSF no estado de MG foi obtido no ano de 2003 (39,8% das equipes) segundo Gráfico 2, sendo que estes números coincidem com o aumento nos incentivos financeiros às ESB e com a ampliação destas ações por todo território nacional. Segundo dados do MS (Brasil, 2004b), entre dezembro de 2002 e setembro de 2004 o número de ESB no PSF cresceu 106,8% em todo o país.

A portaria 673/GM (Brasil, 2003) alterou a relação entre ESB e ESF determinando que poderiam ser implantadas, a critério do gestor municipal, quantas equipes de saúde bucal fossem necessárias, desde que não ultrapassem o número existente de Equipes de Saúde da Família. Através desta medida, a população adscrita sob responsabilidade de cada ESB passou a ser de no máximo 4.500 habitantes³ por equipe. No presente estudo, aproximadamente 76% dos municípios relatou uma proporção de até 4.000 habitantes por equipe (Gráfico 3).

Embora a relação entre equipe/habitante esteja dentro das recomendações, percebe-se nos relatos dos dentistas que a demanda é excessiva com predominância das ações curativas, não sobrando tempo para outras atividades:

“são muitas as ações a serem realizadas por um único dentista que é responsável por um número grande de pessoas”.

³A portaria GM 1444/2000 definia que para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deveriam estar implantadas duas equipes de saúde da família sendo que a média de população a ser atendida por equipe era 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes.

Além disso, alguns dentistas relataram que o município ainda mantém a relação de 1 ESB/2ESF:

“somos um dentista para dois PSFs... a necessidade curativa não nos permite atender na filosofia de prevenção e promoção”.

A alta ocorrência de necessidades curativas pode ser explicada pela dívida assistencial em saúde bucal a que a população foi submetida ao longo da história e pela ausência de programação das ações, fato previsto por Zanetti (2000b) sobre os riscos de um aumento rápido do número de ESB sem a devida preparação:

...a equipe local, desorientada programaticamente, não agüentará o “tranco” da explosão de demanda reprimida. Assim, ficará em descoberto o saldo da dívida assistencial acumulada ao longo da história. Afinal, o trabalho dos ACS nos domicílios retirará a tampa de uma panela de pressão que cozinha secularmente as populações em fogo brando (Zanetti, 2000b).

A falta de ações programáticas também pode ser evidenciada na proporção de dentistas (48,9%) que relataram não haver participado de nenhum treinamento sobre PSF, ou seja, o dentista não está capacitado a planejar ações de acordo com os objetivos do PSF, reproduzindo a clínica particular no serviço público com uma concepção de prática da Odontologia de mercado, centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente realizada por um sujeito individual (o CD) no restrito ambiente do consultório (Narvai, 2002), com um trabalho de baixa produção, diferente da situação descrita pelo documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004a), que classifica a SB no PSF como:

“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” (Brasil, 2004a).

Além disso, um dos grandes nós críticos dos serviços públicos de saúde - a organização da demanda - exhibe fragilidade quando cerca de 74% das ESB relataram utilizar mais de uma forma de agendamento dos usuários, ou seja, são várias portas de entrada ao serviço (Tabela 5). A livre demanda é mantida em 39,9% das ESB como opção de organização da demanda, segundo Franco e Merhy (1999), em situações de sofrimento e angústias a população buscará respostas satisfatória a seus problemas agudos de saúde, forçando os serviços a adotarem modelagens mais comprometidas com o modelo médico hegemônico para atenderem as suas necessidades imediatas. Segundo Roncalli (2000):

“... um dos grandes conflitos com os quais hoje se defronta a organização da assistência odontológica é manter a racionalidade e a praticidade do atendimento a grupos priorizados sem, no entanto, comprometer a universalidade e, além disso, manter as características de um sistema eficaz e resolutivo”.

Em relação à priorização, constata -se um baixo número de ESB (26,9%) utilizando a triagem de risco que seria uma forma de incorporar aos serviços o princípio da equidade, além do que, mesmo estes, admitem outras opções de organização da demanda, relatando na opção “outras formas de agendamento” que realizavam, por exemplo, consultas nas escolas como forma de agendamento, com evidente priorização do atendimento da população em idade escolar (Tabela 5). Fato este confirmado por 34,2% dos dentistas que afirmaram que as ESB no PSF continuam reproduzindo a clínica particular no serviço público ou estão voltadas apenas ao atendimento de crianças em idade

escolar, o que, segundo Zanetti (2000), poder-se-ia definir como sendo o “velho travestido de novo”, corroborando com Manfredini (2005) que citou:

“...A maior parte dos serviços públicos odontológicos ainda atende exclusivamente crianças em idade escolar matriculadas em escolas públicas e nas faixas etárias próximas ao ano de ingresso na 1ª série. Na Saúde Pública, ainda praticamos uma Odontologia baseada em sistemas de atendimento de 40 anos atrás.”

Silveira Filho (2000) sugeriu que para garantir o acesso universal e atender a toda a demanda que se acumula é necessário organizar a gestão da clínica utilizando critérios de priorização através de ferramentas do planejamento estratégico, completando que:

“Configurar um sistema de saúde com equidade é priorizar as ações em saúde bucal aos mais necessitados; sejam ações de recuperação ou de promoção e prevenção à saúde” (Silveira Filho, 2000).

Apesar das dificuldades em relação à demanda, a universalidade pode ser constatada, pois, em média, 79% das ESB relataram atender a toda população (todas as faixas etárias) (Gráfico 4).

No presente estudo, pode-se observar que a maior parte das ações são voltadas ao atendimento clínico, mas há a participação em outras atividades (Tabela 6). Em relação especificamente às visitas domiciliares (VD) a maioria dos dentistas (84,8%) relatou realizá-las, sendo que 37% as faziam compulsoriamente e cerca de 48% responderam que as faziam sempre que necessário, os demais, aproximadamente 15% nunca as realizavam por falta de tempo (Gráfico 5). É importante avaliar a necessidade e os objetivos das visitas domiciliares e das ações coletivas pelos CDs. Segundo Franco & Merhy (1999) as visitas domiciliares, sem que haja uma indicação explícita, deveriam ser feitas apenas

pelos ACSs que têm função específica de vigilância à saúde. Em relação a este tema Capistrano (2000) enfatizou:

... “alguns cirurgiões dentistas (CD) julgam que, integrando a equipe de saúde da família, vão se dedicar à promoção da saúde bucal, à prevenção das cáries, libertando-se da cadeira de dentista e passando a trabalhar nas creches, escolas e de casa em casa, ensinando a escovação correta, fazendo aplicação tópica de flúor, evidenciação de placa bacteriana etc. Essa opinião se choca com as mais bem sucedidas experiências de programas que foram pioneiros na incorporação da saúde bucal ao PSF e com o propósito de obter a mais racional utilização das capacidades dos profissionais que compõem as equipes” Capistrano (2000).

e completou:

“O que é preciso não esquecer é o lastimável estado das bocas de dezenas de milhões de brasileiros... nessa situação, o CD, profissional de nível superior, é muito “caro” para realizar atividades que técnicos de nível médio bem capacitados podem perfeitamente realizar” Capistrano (2000).

Segundo Manfredini (2005), muitos municípios têm deslocado frequentemente o CD para executar ações preventivas em escolas, creches e outros equipamentos sociais e sugeriu que:

“Sem desmerecer a importância de que o trabalho do CD não se restrinja apenas a sua atuação no âmbito da assistência odontológica, limitando-se exclusivamente à clínica, não podemos incorrer no erro de deslocar este profissional sucessivamente para a execução das ações coletivas. Estas devem ser feitas pelo THD, pelo ACD e pelo ACS. Compete ao CD organizá-las e supervisioná-las” Manfredini (2005).

Nesta distribuição de tarefas, o Ministério da Saúde recomenda que para maior resolutividade do serviço deve-se disponibilizar tempo de consulta suficiente e adequado à complexidade do tratamento e sugere que de 75% a 85% da hora clínica do CD seja dedicada à assistência e de 15% a 25% para outras atividades, sugerindo ainda cautela no deslocamento freqüente deste profissional (CD) para ações coletivas e enfatizando que as atividades educativas e preventivas em nível coletivo devem ser executadas, preferencialmente, pelo pessoal auxiliar, cabendo ao CD planejá-las, organizá-las, supervisioná-las e avaliá-las (Brasil, 2004a).

Segundo o MS (Brasil, 2004a), outro aspecto fundamental desta estratégia diz respeito ao processo de trabalho. Ao colocar ao setor saúde bucal a proposta de sua inserção em uma equipe multiprofissional, além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam. Esta situação traz o desafio de se trabalhar em equipe. A maior parte dos dentistas (76,2%) relatou haver integração entre as ESB e as ESFs no atendimento às famílias, no entanto, conforme o Gráfico 7, esta interação não se manifesta no planejamento e/ou na troca de saberes, pois, das ESB que relataram realizar reuniões periódicas entre todos os componentes do PSF, apenas 27% as realizavam em curto espaço de tempo (semanal ou quinzenal), os demais realizavam reuniões mensais, esporádicas ou não as realizavam, sendo que a maior parte das ESB (69%) não utilizava prontuários únicos com as ESFs. Assim, embora houvesse um contato entre os profissionais, não se podia classificar este de interdisciplinaridade e/ou multiprofissionalismo. Esta falta de interação também pode ser notada nos relato dos CDs:

“... deveria haver mais ações conjuntas, entre SB e ESF. O paciente deveria ser tratado como um todo. Todas as ações educativas e preventivas deveriam ser juntas e não segmentadas” (sic).

Observa-se, portanto, uma necessidade de evolução na interação entre os vários profissionais do PSF, este distanciamento talvez possa ser explicado por fatores como a inserção tardia das ESB no PSF, pela formação excessivamente individualista e tecnicista dos profissionais de saúde bucal que dificultam a abordagem do indivíduo como um todo e pela demanda excessiva que toma grande parte do tempo das ESB, impedindo-a de interagir com os demais profissionais.

A atuação da equipe de saúde bucal não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico–odontológico. A equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objetos das suas práticas. A ESB deve ser — e se sentir — parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção (Brasil, 2004a).

A precarização das relações de trabalho dos profissionais das ESFs é um dos grandes problemas ainda enfrentados no desdobramento desta estratégia.

No sentido de tentar equacionar as relações trabalhistas, o MS organizou em agosto de 2003 o “Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS”, com a participação de Sindicatos, Conselhos de Saúde, Organizações Internacionais e representantes das três esferas de governo, para propor alternativas de combate às relações precárias de trabalho na saúde. Segundo a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que organizou o encontro:

“O que se busca é estabelecer vínculos regulares de trabalho e também a organização dos serviços oferecidos à população.”

... Esses trabalhadores estão inseridos no sistema de saúde por meio de diversas modalidades contratuais, dentre elas a contratação direta pelo órgão público mediante vínculo temporário ou informal, renovado sistematicamente, ou a contratação por meio de entidades terceirizadas. Esse tipo de vínculo ocorre tanto com técnicos como com especialistas. Calcula-se que um grande contingente de profissionais do setor de saúde estejam nessa situação, sendo o caso mais visível o do agente comunitário de saúde, hoje em número próximo a 160 mil, contratados das mais diferentes formas”.

Neste encontro foi proposta, pelo Ministério da Saúde, a criação de uma comissão para formular políticas nacionais capazes de solucionar essas questões, estabelecer diretrizes e coordenar ações para a desprecarização das relações de trabalho. Dentre essas ações, destacam-se o recadastramento nacional dos trabalhadores com vínculos fragilizados, estudos de viabilidade de alternativas de contratações e de impacto financeiro.

Segundo o MS (Brasil, 2001b), a seleção dos profissionais para as ESFs deveria ser por teste seletivo interno, concurso público ou por recrutamento externo através de contratação em regime de CLT (consolidação das leis trabalhistas), todavia, os resultados do presente estudo (Tabela 3) demonstram que, no estado de MG, apenas 33% dos municípios relataram vínculos estáveis (teste seletivo interno e concurso externo), os demais (67%) relataram outras formas de seleção e contratação como credenciamento, indicação política, nomeação, licitação, terceirização, contratos por cooperativas, contrato temporário, contrato de prestação de serviços, etc. Este resultado é semelhante ao encontrado em pesquisa realizada em 2002 pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva - NESCON/UFMG, juntamente com a Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos do MS, onde em nível nacional 70,9% dos dentistas foram contratados por vínculos temporários ou prestação de serviços,

sendo que, na região Sudeste, este tipo de contratação é relatada em 56,4% dos casos (Brasil, 2003a). Estes tipos de vínculos, além de não resguardar os direitos trabalhistas dos profissionais, fazem com que estes fiquem a mercê das alterações políticas, fato observado nos relatos dos dentistas:

“...estou neste sistema há 5 anos e não tenho férias, 1/3 de férias e nem 13º salário”;

“ ...por questões políticas este trabalho deverá ser alterado... o prefeito eleito acabará com esta equipe”;

...”acho difícil os profissionais das ESB poderem fazer um trabalho contínuo e decisivo estando sempre ameaçados por questões políticas (sic)”.

Além disso, dos dezoito municípios que informaram não estar em condições de responder à pesquisa, quinze relataram motivos políticos como demissão de secretários de saúde, de coordenadores de saúde bucal ou dissolução total de equipes. Aparentemente, este fato se repetiu por todo país, pois o MS encaminhou aos municípios um documento (aviso-circular nº. 013/GM de 28/10/04) (anexo 3), assinado pelo Ministro da Saúde, informando sobre uma onda de denúncias sobre demissões “políticas” pós-eleições de 2004 do PACS/PSF/SB, esclarecendo que seriam realizadas auditorias pelo DENASUS (Departamento Nacional de Auditoria do SUS) e, se comprovadas as denúncias, os repasses do MS seriam suspensos, o que se configuraria em uma medida de peso, contudo esta se apresentou paliativa não atingindo a raiz e não resolvendo o problema.

Um segundo fato relativo aos recursos humanos é a questão salarial (Tabela 4), onde 93% das ESB têm jornada de trabalho de oito horas diárias, conforme as diretrizes do PSF, e para tanto, 72,3% dos dentistas recebem salário mensal entre R\$ 1.200,00 e R\$ 2.200,00 (média de R\$ 1.700,00). Este dado é

semelhante ao encontrado pelo MS através do NESCON/UFMG, o qual registrou um salário médio nacional do CD de R\$ 1.576,00, enquanto que para a região sudeste este era de R\$ 1.813,00 (Brasil, 2003a), coincidindo também com os resultados encontrados por Baldani *et al.* (2003) no estado do Paraná onde 72,8% dos CD relataram receber até R\$ 1.800,00 de remuneração mensal. Assim, observou-se uma discrepância enorme entre os salários dos dentistas e dos médicos que, segundo pesquisa do NESCON/UFMG, era de R\$ 4.980,00 (média nacional) e para a região sudeste de R\$ 4.120,00 (Brasil, 2003). Segundo Machado (2002), diferenças salariais pronunciadas podem constituir fator desencadeante de conflitos nas ESFs.

Segundo o MS (Brasil, 2000c), o PSF ao priorizar a atenção básica, não faz uma opção econômica pelo mais barato, nem técnica pela simplificação, nem política por qualquer forma de exclusão. O PSF deve estar articulado com os demais níveis de atenção e conhecendo a sua população, com suas necessidades tem a possibilidade de ordenar os encaminhamentos, racionalizando o uso dos recursos terapêuticos mais caros:

...“O PSF não isola a alta complexidade, mas a coloca articuladamente a disposição de todos. Racionalizar o uso, nesse sentido, é democratizar o acesso” (Brasil, 2000c).

Portanto, as ESFs estando inseridas na atenção básica, no primeiro nível de ações, devem articular a referência e contra-referência dos serviços de saúde. Sobre os encaminhamentos dos casos de maior complexidade (Gráfico 6), observa-se que apenas 28% dos casos têm um encaminhamento favorável sendo resolvidos em unidades especializadas no próprio município, a maior parte é encaminhada para municípios vizinhos fato que pode ser considerado como barreira de acesso aos serviços. Nos casos que foram relatados como resolvidos na própria USF (6,1%), geralmente a solução é mutiladora, pois normalmente a unidade não dispõe de tecnologia suficiente para tratamentos especializados,

resolvendo estes casos com a remoção do elemento que necessita de tratamento. Os outros encaminhamentos relatados são, em sua maioria, indicações para serviços particulares, portanto, a integralidade da atenção em saúde bucal fica prejudicada com a grande maioria dos casos sem encaminhamentos resolutivos. Para ampliar estas ações uma das cinco frentes de ação do programa Brasil Sorridente é a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no sentido de estabelecer um sistema de referência e contra-referência em SB.

Ao analisar - se a questão aberta observa - se que o discurso mais freqüente descrito por dentistas, coordenadores e até secretários de saúde é com relação aos recursos financeiros, seja quanto à baixa remuneração dos profissionais, falta de materiais para prevenção e promoção da saúde, falta de capacitação ou falta de estrutura física. Todos entendem que o MS deveria repassar mais recursos, não havendo a compreensão de que o município é responsável pelos serviços e co-responsável pelo financiamento e, este último, deveria complementar o incentivo do governo federal, como se vê no depoimento de um coordenador:

“O teto financeiro da odontologia não cobre todos os procedimentos realizados, o dentista trabalha 40 horas semanais e não são pagos todos os procedimentos ao município”.

No início do programa, através da Portaria MS nº. 1.444/2000, os municípios que se qualificassem para as ações de saúde bucal receberiam incentivo financeiro anual variável no valor de R\$ 13.000,00 (treze mil reais) para a modalidade I (CD + ACD) ou R\$ 15.600,00 (quinze mil e seiscentos reais) para a modalidade II (CD + ACD + THD). Além destes valores, era estabelecido o pagamento de um incentivo adicional no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por equipe implantada para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos, em parcela única (Brasil, 2000b). Houve, portanto, um aumento considerável nos incentivos das ESB no ano de 2004, ou seja, na modalidade I: R\$ 20.400,00 e na

modalidade II: R\$ 26.600,00 (Brasil, 2004d) o que, no entanto não supre todas as necessidades das ESB, havendo a necessidade de complementação pelos municípios, segundo Alves Sobrinho & Souza (2002) é essencial também a ampliação da participação dos estados no financiamento do PSF.

7 CONCLUSÃO

TODO PONTO DE VISTA É A VISTA DE UM PONTO

*Ler significa reler e compreender, interpretar. Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam.
(...) Sendo assim, fica evidente que cada leitor é co-autor. Porque cada um lê e relê com os olhos que tem. Porque compreende e interpreta a partir do mundo em que habita.*

*Leonardo Boff em
"A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana Editora
Vozes, ed. 2000"*

Observa-se uma evolução quantitativa das ESB, possibilitando um maior acesso aos serviços de saúde bucal, todavia diferenças e dificuldades estão presentes em virtude das realidades locais e do aspecto político em que a estratégia está inserida.

Quanto aos aspectos analisados (operacionais e administrativos), identifica - se como pontos positivos nas ESB, a observação do princípio da universalidade, a jornada de trabalho de oito horas e a ampliação quantitativa. Como pontos negativos destaca - se a necessidade de Capacitação das ESB, a demanda excessiva, a precarização das relações de trabalho com baixos salários e contratações instáveis e a falta de envolvimento entre ESB e ESFs. Além disso, os resultados apresentados demonstram que questões como organização da demanda, referência e contra-referência, capacitação das ESB, entre outras, exigiriam estudos específicos e aprofundados que pudessem instrumentalizar esta estratégia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS⁴

1. Abreu MHNG; Werneck MAF. Sistema incremental no Brasil: uma avaliação histórica. **Arquivos em Odontologia**. 1998; 34 (2): 121 – 31.
2. Alves Sobrinho EJM, Souza MF. O PSF nos grandes municípios: São Paulo, um investimento à parte! *In*: SOUSA MF. Organizador. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec; 2002.
3. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A Inserção da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2003; 8 suppl 2: 91-2.
4. Bertolli Filho C. **História da saúde pública no Brasil**. 3ªed. São Paulo: Ática; 1999.
5. Brasil 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: MS; 1988.
6. Brasil 1990a. Congresso Nacional. Lei 8.080, de 19/09/1990. **Diário Oficial da União**, Brasília; 19 de setembro de 1990.
7. Brasil 1990b. Congresso Nacional. Lei 8.142, de 28/12/1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 de dezembro de 1990.
8. Brasil 1990c. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: MS; 1990.
9. Brasil 1996. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS/ 96). **Diário Oficial da União**, Brasília; 06 de novembro de 1996.

⁴ De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseada no modelo de Vancouver.

10. Brasil 2000a. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar**: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: MS; 2000.
11. Brasil 2000b. Ministério da Saúde. **Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica**: portaria de incentivos financeiros. Portaria nº. 1444, de 28 de dezembro de 2000. Disponível em: URL: <http://www.saúde.gov.Br/programas/bucal/principal.htm>. [2002 Dez 14].
12. Brasil 2000c. Departamento da atenção básica. Secretaria de políticas de saúde. Informes técnicos institucionais: programa saúde da família. **Rev Saúde Pública**. 2002; 34 (3): 316-9.
13. Brasil 2001a. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Programa Saúde da Família - PSF**. Brasília: MS; 2001.
14. Brasil 2001b. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS; 2001.
15. Brasil 2001c. Ministério da Saúde. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. Portaria nº. 267, de 06 de março de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília; 07 de março de 2001, seção 1 p 67.
16. Brasil 2002. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal**. Brasília: MS; 2002.
17. Brasil 2003a. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análises. / Organizado por Falcão A. et al., Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2003.
18. Brasil 2003b. Ministério da Saúde. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal: portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. Portaria

- nº. 673, de 03 de junho de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília; 04 de junho de 2003, seção 1 p 44.
19. Brasil 2004a. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: MS; 2004.
20. Brasil 2004b. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde bucal. **Manual do programa Brasil sorridente**. Disponível em: URL: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=406 [2005 Abril 4].
21. Brasil 2004c. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde bucal. **3º Conferência Nacional de Saúde Bucal**. [Relatório Final]. Brasília: MS; 2004.
22. Brasil 2004d. Ministério da Saúde. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal: portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. Portaria nº. 74, de 20 de janeiro de 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília; 21 de janeiro de 2003, seção 1 p 54.
23. Calado GS. **A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família**: principais avanços e desafios. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola nacional de saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
24. Capistrano DF. **O cirurgião-dentista no programa de saúde da família**. São Paulo: mimeo; 2000.
25. Carvalho CL, Loureiro CA. A inserção da odontologia na saúde escolar. Cad. Odont. 1997. 1(1): 43-57. *Apud*: Roncalli A G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal**: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. [Tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.
26. Chaves MM. **Odontologia Sanitaria**. Washington: Oficina Sanitaria Pan-americana; 1962.

27. Chaves MM. **Odontologia social**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1986.
28. Cohn A, Elias PE. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez; 2001.
29. Costa RCR. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política**. 2002; 18: 49-71.
30. CUNHA ES. História da odontologia no Brasil (1500-1900). 2ed. Rio de Janeiro: Científica; 1952. *Apud*: Roncalli A G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal**: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. [Tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.
31. Franco TB, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. In: Anais do **6º Congresso Paulista de Saúde Pública**, 1999. Águas de Lindóia. São Paulo: APSP; 2000. p.145-54.
32. Gonçalves CA. **A política de saúde bucal no Brasil e o programa de saúde da família (PSF)**: uma nova perspectiva? [Monografia]. Piracicaba: Faculdade de odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas; 2002.
33. Goulart FAA. **Experiências em saúde da família**: cada caso é um caso. [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ; 2002.
34. Lefevre F, Lefevre AMC, Teixeira JJV. **O Discurso do Sujeito Coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2000.
35. Machado MH. Programa saúde da família no Brasil – algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUSA MF. Organizador. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec; 2002.

36. Manfredini MA. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Brasil. in: Dias AA., organizador. **Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalho e Práticas.** São Paulo: Santos. No prelo 2005.
37. Marques RM, Mendes A. A dimensão do financiamento da atenção básica e do PSF no contexto da saúde - SUS. *In:* SOUSA MF. Organizador. **Os sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: Hucitec; 2002.
38. Medina MG, Aquino R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. *In:* SOUSA MF. Organizador. **Os sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: Hucitec; 2002.
39. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de ações básicas. **Programa saúde da família: Estratégias de atenção básica e programa de agentes comunitários.** Disponível em: URL: <http://www.saude.mg.gov.br:8180/saude/viewController.jsp?page=43>. [2004 Dez 14].
40. Narvai PC. **Odontologia e saúde bucal coletiva.** 2ed. São Paulo: Santos; 2002.
41. Narvai PC. Saúde bucal no PSF. SUS ou SUSF? **Jornal do Site Odonto 2001**; 3 (37). disponível em: URL: <http://www.jornaldosite.com.br/anteriores/capel18.htm>. [2003 Out 20].
42. Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva.** 1999. 2:9 -14.
43. Oliveira AGRC, Souza ECF. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. *In:* **Odontologia social: textos selecionados.** Natal: UFRN; 1998. 8: 114 - 21.

44. Pinto VG. **Saúde bucal:** odontologia social e preventiva. São Paulo: Santos; 1989.
45. PINTO, V.G. **Saúde bucal Coletiva.** 4ed. São Paulo: Santos; 2000.
46. Roncalli A G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal:** universalidade, eqüidade e integralidade em saúde bucal coletiva. [Tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.
47. Roncalli AG. O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. in: Pereira AC, organizador. **Odontologia em saúde bucal coletiva:** Planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. 2: 28 - 49.
48. Rosenthal EA. Odontologia no Brasil – História. **Jornal APCD.** São Paulo: out. 1995.
49. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de formação dos Trabalhadores de Saúde. **História das políticas de Saúde no Brasil** [Videocassete]. Tapiri Vídeo Produções. Roteiro e direção: Renato Tapajós; 1992.
50. Silveira Filho AD. **A Saúde Bucal no PSF:** o desafio de mudar a prática. Disponível em: URL: <http://www.saúde.gov.Br/bucal>. [2003 Dez 20].
51. Sousa MF. O PSF nos Grandes Centros Urbanos: o passado nos condena. In: Sousa MF. Organizadora. **Os sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: Hucitec; 2002a. 1: 23 - 33.
52. Sousa MF. Organizador. **Os sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: Hucitec; 2002b.

53. WERNECK MAF. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança. [Tese]. Niterói, Universidade Federal Fluminense. 1994. *Apud*: Roncalli A G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva.** [Tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.
54. Zanetti CHG. **As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde:** o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ; 1993.
55. Zanetti CHG. **Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) - proposição e programação.** Brasília, 2000a. Disponível em: URL <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>. [2003 Fev 8).
56. Zanetti CHG. **Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica:** Saúde Bucal da Família com equidade e integralidade. Brasília, 2000b. Disponível em: URL <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>. [2003 Fev 8).

ANEXO 1



Projeto de Pesquisa

A INSERÇÃO DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS



Prezado (a) Sr. (a),

V. Sa. está recebendo este questionário (verso) que faz parte de um projeto de pesquisa em desenvolvimento na FOP - UNICAMP. Ele visa obter informações sobre aspectos administrativos e operacionais das Equipes de Saúde Bucal no PSF em seu Município. Esperando poder contar com a sua compreensão no sentido de responder as perguntas formuladas, agradecemos antecipadamente sua contribuição e solicitamos seu retorno no menor prazo possível (pela Internet, por fax ou utilizando o envelope/resposta anexo) até a data de: 13/12/2004, devido a necessidades inerentes ao processo de análise dos resultados. Esperamos poder contar com vossa colaboração.

Pesquisadores responsáveis:

Se você desejar mais informações sobre o nosso trabalho, por favor ligue para:

Eloisio do Carmo Lourenço (mestrando)
Tel: (35) 3722-4229 / (35) 9974-4212 / Fax: (35) 3722-1269
e-mail: eloisio@matrix.com.br
Rua Paraíba, 822 - Centro - CEP 37701-022 - Poços de Caldas

Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira (Orientador)
Tel (19) 3412-5278 - End: Av. Limeira, 901
Cx Postal 52 - 1314-903 - Piracicaba-SP
apereira@fop.unicamp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Justificativa:

Embora seja um programa do ministério da Saúde, a implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF tem se dado várias formas em consonância com as diversidades específicas de cada município, sendo assim, torna-se importante a identificação e análise das diferentes situações de implantação das ESB no PSF.

Objetivos:

Analisar o perfil de implantação das Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Minas Gerais.

Descrição da pesquisa:

Nessa investigação científica, serão levantados dados administrativos e operacionais sobre as ações das Equipes de Saúde Bucal no PSF dos municípios. Para tanto, estamos enviando um questionário para coleta das informações necessárias.

Métodos alternativos:

Se você desejar poderá responder o questionário por meio eletrônico, no site: pesquisaonline.sserver.com.br seguindo as orientações gerais em anexo.

Desconforto e Riscos:

Esta pesquisa não apresenta riscos nem desconforto físico ou moral a você. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese.

Liberdade de Participação:

Você tem total liberdade de participar ou não da pesquisa e qualquer tempo, durante a realização da pesquisa, você poderá retirar o seu consentimento, não sofrendo nenhum prejuízo caso seja esta a sua vontade.

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde de nossa população.

Atenciosamente

Eloisio do Carmo Lourenço

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa "A inserção de Equipes de Saúde Bucal no Programa da Família no Estado de Minas Gerais", aceito participar:

Em _____ de _____ de 2004.

Nome e RG

Assinatura

ATENÇÃO: Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP: Av. Limeira, 901 - CEP 13414-900 - Piracicaba SP

ANEXO 1 (Cont.)

Questionário - Aspectos Administrativos - destinado aos coordenadores de saúde bucal ou secretários de saúde

Município: _____

* O questionário deverá ser preenchido da maneira mais precisa e objetiva possível;

* Nas questões objetivas podem ser marcadas mais de uma resposta;

* Qualquer comentário extra contribuirá para que se possa traçar um perfil exato da odontologia no PSF em seu município. Agradecemos a colaboração.

1 - Quando foi implantada a Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF em seu município?

() antes de 2001 () 1º semestre de 2001 () 2º semestre de 2001 () 1º semestre de 2002
() 2º semestre de 2002 () 1º semestre de 2003 () 2º semestre de 2003 () 2004

2 - Dentro do PSF, quantas ESB estão em atividade em seu município?

() 1 () 2 () 3 () mais de 3. Quantas? _____

3 - Cada ESB dentro do PSF cobre, em média, quantos habitantes de seu município? _____

4 - Onde estão localizadas as Unidades de Saúde da Família (USF), com ESB?

() região urbana - centro () região urbana - bairro () região rural
() região urbana e rural () outro local. Qual? _____

5 - Qual foi a forma de contratação dos profissionais de saúde bucal dentro do PSF:

() teste seletivo interno () concurso externo () credenciamento
() outra. Qual? _____

6 - Qual é a jornada de trabalho dos profissionais de saúde bucal no PSF?

() 4 horas/dia (20 horas/semana) () 6 horas/dia (30 horas/semana)
() 8 horas/dia (40 horas/semana) () outra _____

7 - Qual é a faixa salarial do dentista?

() abaixo de 1200 reais () 1.201 a 1.800 reais () 1.801 a 2.220 reais () acima de 2.201 reais

8 - Qual é a faixa salarial do THD?

() abaixo de 300 reais () 301 a 600 reais () 601 a 1000 reais () acima de 1000 reais

9 - Qual é a faixa salarial do ACD?

() abaixo de 250 reais () 251 a 400 reais () 401 a 550 reais () acima de 551 reais

10 - O incentivo financeiro (PAB variável) das ESB é revertido totalmente para a odontologia no PSF?

() Sim () Não

11 - Seu Município foi contemplado com algum recurso extra para ESB no PSF? Por exemplo PROESE.

() Sim () Não

12 - Em relação aos recursos da saúde você:

() Acha importante para a população a inclusão de Equipes de saúde bucal no PSF?

() Acha que estes recursos deveriam ser canalizados para outras ações de saúde que você considera prioritárias? Quais? _____

13 - Descreva qualquer aspecto que porventura não tenha sido abordado no questionário e que possa contribuir com a pesquisa (experiência, inovações, dificuldades encontradas, mudanças já observadas,...).

ANEXO 2



Projeto de Pesquisa

A INSERÇÃO DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS



Prezado (a) Sr. (a),

V. Sa. está recebendo este questionário (verso) que faz parte de um projeto de pesquisa em desenvolvimento na FOP - UNICAMP. Ele visa obter informações sobre aspectos administrativos e operacionais das Equipes de Saúde Bucal no PSF em seu Município. Esperando poder contar com a sua compreensão no sentido de responder as perguntas formuladas, agradecemos antecipadamente sua contribuição e solicitamos seu retorno no menor prazo possível (pela Internet, por fax ou utilizando o envelope/resposta anexo) até a data de: 13/12/2004, devido a necessidades inerentes ao processo de análise dos resultados. Esperamos poder contar com vossa colaboração.

Pesquisadores responsáveis:

Se você deseja mais informações sobre o nosso trabalho, por favor ligue para:

Eloísio do Carmo Lourenço (mestrando)
Tel: (35) 3722-4229 / (35) 9974-4212 / Fax: (35) 3722-1269
e-mail: eloisio@matrix.com.br
Rua Paraíba, 822 - Centro - CEP 37701-022 - Poços de Caldas

Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira (Orientador)
Tel (19) 3412-5278 - End: Av. Limeira, 901
Cx Postal 52 - 1314-903 - Piracicaba-SP
apereira@fop.unicamp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Justificativa:

Embora seja um programa do ministério da Saúde, a implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF tem se dado várias formas em consonância com as diversidades específicas de cada município, sendo assim, torna-se importante a identificação e análise das diferentes situações de implantação das ESB no PSF.

Objetivos:

Analisar o perfil de implantação das Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Minas Gerais.

Descrição da pesquisa:

Nessa investigação científica, serão levantados dados administrativos e operacionais sobre as ações das Equipes de Saúde Bucal no PSF dos municípios. Para tanto, estamos enviando um questionário para coleta das informações necessárias.

Métodos alternativos:

Se você deseja poderá responder o questionário por meio eletrônico, no site: pesquisaonline.sserver.com.br seguindo as orientações gerais em anexo.

Desconforto e Riscos:

Esta pesquisa não apresenta riscos nem desconforto físico ou moral a você. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese.

Liberdade de Participação:

Você tem total liberdade de participar ou não da pesquisa e qualquer tempo, durante a realização da pesquisa, você poderá retirar o seu consentimento, não sofrendo nenhum prejuízo caso seja esta a sua vontade.

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde de nossa população.

Atenciosamente

Eloísio do Carmo Lourenço

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa "A inserção de Equipes de Saúde Bucal no Programa da Família no Estado de Minas Gerais", aceito participar:

Em _____ de _____ de 2004.

Nome e RG

Assinatura

ATENÇÃO: Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP: Av. Limeira, 901 - CEP 13414-900 - Piracicaba SP

ANEXO 2 (Cont.)

Questionário - Aspectos Operacionais Destinado aos Dentistas das ESB

Município: _____

- * O questionário deverá ser preenchido da maneira mais precisa e objetiva possível;
- * Nas questões objetivas podem ser marcadas mais de uma resposta;
- * Qualquer comentário extra contribuirá para que se possa traçar um perfil exato da odontologia no PSF em seu município. Agradecemos a colaboração.

- 1 - Há quanto tempo você trabalha no PSF? _____
- 2 - Você já participou de algum curso de capacitação sobre PSF?
() Sim () Não
- 3 - Qual é a clientela atendida pelas ESB?
() gestantes () bebês (0 à 3 anos) () pré-escolares (4 à 6 anos) () escolares (7 à 12 anos)
() adolescentes (13 à 19 anos) () adultos (20 à 59 anos) () idosos (60 anos ou +)
- 4 - Como é feito o agendamento dos pacientes em relação ao tratamento odontológico?
() nas residências, pelo ACS () nas USF, pelo ACD () nas USF, pelo THD
() livre demanda como porta de entrada () Triagem de risco () outra forma. Qual? _____
- 5 - Com que periodicidade você (dentista do PSF) visita os domicílios da comunidade que atende?
() nunca, pois não lhe sobra tempo () semanalmente () quinzenalmente () a cada 2 meses
() sempre que necessário () outro _____
- 6 - Para onde são encaminhados os casos de maior complexidade?
() Centro de referência (especialidades) no próprio município
() Centro de referência (especialidades) em município maior e próximo
() Não são encaminhados e são resolvidos na própria unidade de saúde
() Não são encaminhados e não são resolvidos () outro _____
- 7 - Dentro do PSF, quais ações são desempenhadas pelo ACD e/ ou THD?
() visita domiciliar () reuniões com a comunidade () agendamento dos pacientes
() prevenção e promoção de saúde () instrumentação do CD
() desinfecção e esterilização de materiais e instrumentais () outras. Quais? _____
- 8 - Dentro do PSF, quais ações são desempenhadas pelo CD?
() atendimento a demanda (clínico) () visita domiciliar () prevenção e promoção de saúde
() reunião com toda a equipe de SF () planejamento do trabalho () interação com outros setores
() reunião com a comunidade da área de abrangência
() articulação de referência e contra referência aos serviços de maior complexidade
() utilização dos dados do SIA6 para planejamento das ações
() nenhuma das ações acima () outras. Quais? _____
- 9 - Com que periodicidade acontecem reuniões entre os profissionais da estratégia de Saúde da Família (ESB e o resto da ESF)?
() semanalmente () quinzenalmente () mensalmente () esporadicamente () nunca ocorrem
- 10 - Existe um envolvimento entre a ESB e a ESF no atendimento às famílias?
() Sim () Não
- 11 - São utilizados prontuários únicos para ESB e a ESF?
() Sim () Não
- 12 - Você acha que a ESB no PSF:
() está cumprindo o objetivo de reorganizar a atenção básica em novas bases e critérios que não apenas a cura das doenças; () Continua reproduzindo a clínica particular no serviço público;
() Continua voltado para o atendimento de crianças em idade escolar;
() Desconheço os objetivos da ESB no PSF.
- 13 - Descreva qualquer aspecto que porventura não tenha sido abordado no questionário e que possa contribuir com a pesquisa (experiência, inovações, dificuldades encontradas, mudanças já observadas, ...)

ANEXO 3

Aviso-Circular nº 013/GM

Brasília, 28 de outubro de 2004

Assunto: Denúncias sobre possíveis demissões de profissionais das equipes PACS/PSF/SB.

Senhor(a) Prefeito(a),

O Ministério da Saúde financia a Atenção Básica por meio de transferências automáticas e regulares do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde, por meio do Piso de Atenção Básica (PAB), que possui uma fração fixa, denominada PAB-Fixo e um conjunto de incentivos denominados PAB-Variável, que inclui o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa Saúde da Família (PSF) e Saúde Bucal (SB), cujos valores correspondem ao número de equipes implantadas pelos gestores municipais.

Após as eleições municipais, este Ministério tem recebido inúmeras denúncias de profissionais de saúde, de membros de Conselhos Municipais de Saúde e de Coordenações Estaduais de Atenção Básica sobre a ocorrência de demissões de profissionais das equipes PACS/PSF/SB por parte dos gestores municipais, fato que vai de encontro à legislação eleitoral vigente.

Diante desse quadro e considerando que essas demissões causam um enorme prejuízo na continuidade da atenção à saúde da população, informo que o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) realizará, nos próximos dias, fiscalização específica para apurar a veracidade dessas denúncias. A partir da competência outubro, nos casos em que for comprovada a demissão de profissionais, serão suspensos os repasses dos incentivos correspondentes.

Espero contar com a colaboração de Vossa Excelência para continuarmos construindo o Sistema Único de Saúde que a população brasileira tem direito e necessita.

Atenciosamente,



HUMBERTO COSTA
Ministro de Estado da Saúde

ANEXO 4



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
CERTIFICADO



Certificamos que o Projeto de pesquisa "A inserção de equipes de saúde bucal no programa de saúde da família no estado de Minas Gerais", protocolo CEP nº **082/2004**, dos Pesquisadores **Eloisio do Carmo Lourenço** e **Antônio Carlos Pereira**, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - MS e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia - UNICAMP.

We certify that the research project "The insertion of oral health services in the family health program at the state of Minas Gerais, Brazil", register number **082/2004**, of **Eloisio do Carmo Lourenço** and **Antônio Carlos Pereira**, is in agreement with the recommendations of 196/96 Resolution of the National Health Committee - Brazilian Health Department and was approved by the Research Ethics Committee of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas - UNICAMP.

Piracicaba - SP, Brazil, August 31 2004


Profa. Dra. Cinthia Pereira Machado Tabchoury
Secretaria
CEP/FOP/UNICAMP


Prof. Dr. Jacks Forge Júnior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP