

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Doutorado em Saúde Pública

Petrônio José de Lima Martelli

**Política Nacional de Saúde Bucal, da
teoria à prática: Um estudo de caso
acerca de sua implantação em Recife-
PE no período 2000 a 2007**

Recife
2010

PETRÔNIO JOSÉ DE LIMA MARTELLI

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, DA TEORIA À PRÁTICA:
UM ESTUDO DE CASO ACERCA DE SUA IMPLANTAÇÃO EM
RECIFE-PE NO PERÍODO 2000 A 2007

Tese apresentada ao Curso de Doutorado
em Saúde Pública do Centro de Pesquisas
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz
como requisito parcial para obtenção do
título de Doutor em Ciências.

Orientador:

José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior

Recife

2010

M376p Martelli, Petrônio José de Lima

Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-PE no período 2000 a 2007 / Petrônio José de Lima Martelli. — Recife: P. J. L. Martelli, 2010.

235 f.: il., tab., graf.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientador: José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Saúde bucal. 3. Formulação de políticas. 4. Planos e programas de saúde. 5. Análise de projetos de saúde. 6. Avaliação de programas e projetos de saúde. 7. Programas governamentais de saúde. 8. Brasil. I. Araújo Júnior, José Luiz do Amaral Corrêa de. II. Título.

CDU 616-314-084

PETRÔNIO JOSÉ DE LIMA MARTELLI

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, DA TEORIA À PRÁTICA:
UM ESTUDO DE CASO ACERCA DE SUA IMPLANTAÇÃO EM
RECIFE-PE NO PERÍODO 2000 A 2007.

Tese apresentada ao Curso de Doutorado
em Saúde Pública do Centro de Pesquisas
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz
como requisito parcial para obtenção do
título de Doutor em Ciências.

Avaliada em: 10 de setembro de 2010

BANCA EXAMINADORA

Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CpqAM/Fiocruz

Dr. Rogério Dubousseldard Zimmermann
Departamento de Medicina Social – Centro de Ciências da Saúde/UFPE

Dra. Cecile Soriano Rodrigues
Núcleo Integrado de Saúde Coletiva – Faculdade de Odontologia/UPE

Dr. Antônio Mendes
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CpqAM/Fiocruz

Dra. Tereza Maciel Lyra
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CpqAM/Fiocruz

AGRADECIMENTOS

Inicialmente aos meus pais, que com sua simplicidade interiorana, souberam nos conduzir pelo caminho do conhecimento.

A esposa e filhos que em vários momentos foram privados de minha companhia em nome de alcançar um objetivo maior.

Aos meus irmãos e familiares, que mesmo distantes geograficamente estão próximos quando acompanham e torcem pelo meu crescimento.

Aos parentes de minha esposa, que me adotaram e são eternos incentivadores.

Ao orientador, amigo antes de tudo, a quem coube a espinhosa tarefa de me corrigir.

Aos avaliadores das bancas, obrigado pelas críticas, sempre construtivas.

Aos colegas do doutorado, cúmplices na ansiedade.

Aos colegas da ASCES, incansáveis incentivadores.

A equipe de saúde bucal do Ministério da Saúde, disponíveis para atender minhas demandas.

Aos colegas do CPqAM, sempre dispostos a me apoiar.

Aos colegas da comissão de assessoramento à coordenação nacional de saúde bucal, este trabalho implicitamente tem a contribuição de cada um de vocês.

Aos gestores, gerentes, trabalhadores de saúde bucal e outros profissionais de nível superior entrevistados, espero ter retribuído com este trabalho a contribuição de vocês.

Aos colegas do grupo de pesquisa, sintam-se co-responsáveis por este produto.

Ao CNPq, cujo apoio foi fundamental para viabilizar o estudo.

A direção do CPqAM, que me acolheu e possibilitou desenvolver o estudo.

A direção da ASCES, que mesmo sendo uma instituição privada, fato que alguns maledicentes generalizam como sendo mercantilista; fica aqui meu depoimento do apoio total e irrestrito nesta empreitada.

Aos colegas conselheiros estaduais de saúde, minha fonte real de aprendizado; não acredito em pesquisas versando sobre modelo de atenção, sem que o pesquisador tenha pelo menos em algum momento de sua carreira ter exercido a gestão/gerência ou o controle social e assim ter contribuído para a construção do SUS.

Aos vizinhos do condomínio Rancho do Vale, que nunca me deixaram esmorecer.

Aos mortos e desaparecidos políticos, que com o sacrifício de suas vidas possibilitaram um ambiente de liberdade acadêmica.

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

RESUMO

Esta tese reflete sobre a Política Nacional de Saúde Bucal e como a mesma conformou o modelo de atenção em saúde bucal do Recife no período 2000 a 2007, para tal interpretação recorre-se ao suporte teórico consubstanciado nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Realiza entrevista semi-estruturada com 26 atores como cirurgiões dentistas e outros profissionais de nível superior da equipe de saúde da família, coordenadores distritais de saúde bucal, coordenador municipal e nacional de saúde bucal, analisa-se documentos da gestão municipal e federal, explora-se dados dos serviços e recorre-se a literatura da área visando interpretar a conformação do modelo de atenção do Recife a partir das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Observou-se no período estudado para o Recife, a expansão e consolidação de uma rede assistencial em saúde bucal, persistindo dificuldades no acesso, referenciamento e contra-referenciamento; maior ênfase em procedimentos preventivos individuais e coletivos; uma educação continuada proporcionada pelo município para os cirurgiões dentistas da equipe de saúde da família, e apropriação por parte dos cirurgiões dentistas das diretrizes da estratégia de saúde da família; superação da exclusivização de clientela materno infantil; crescente e contínuo aumento do repasse por parte do Ministério da Saúde para as ações de saúde bucal do Recife. No tocante a Política Nacional de Saúde Bucal avaliou-se que a mesma se materializa em 2004 e expande-se progressivamente via equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família, centro de especialidades odontológicas, laboratório regional de prótese dentária e levantamentos epidemiológicos. Atividades estas possíveis pelo aumento do financiamento para a saúde bucal no âmbito do Ministério da Saúde e pela crescente transferência de recursos financeiros para os municípios. A materialização das ações assistenciais, a grande dispersão pelo território nacional dos serviços e os marcos regulatórios instituídos, apontam para a consolidação de uma política de Estado para a saúde bucal. Conclui-se que o modelo de atenção em saúde bucal do Recife implanta progressivamente os pressupostos das diretrizes da política nacional de saúde bucal, guardando com as mesmas estreita sintonia.

Palavras chaves: 1. Políticas públicas de saúde. 2. Saúde bucal. 3. Formulação de políticas. 4. Planos e programas de saúde. 5. Análise de projetos de saúde. 6. Avaliação de programas. 7. Programas governamentais de saúde. 8. Brasil

MARTELLI, P.J.L. **National Oral Health Policy, from theory to practice**: A case study based on its implementation in Recife-PE from 2000 to 2007. Thesis (Doctorate in Public Health) - Aggeu Magalhães Research Center, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

This thesis reflects on the National Oral Health Policy and how it conformed to the model of oral health care in Recife in the period 2000 to 2007, for such an interpretation resorts to the theoretical framework embodied in the Guidelines of the National Oral Health. Performs semi-structured interviews with 26 actors such as dentists and other professional-level team of family health, oral health district coordinators, coordinating local and national oral health, exploits data from service and goes through specialized literature aiming at interpreting the model of attention of Recife starting from the paradigm of the National Oral Health Policy. The expansion and consolidation of a net of oral health care in Recife was noticed in the period of time studied, as well as the difficulties in accessing, referencing and cross-referencing; more emphasis on individual and collective preventive procedures; a continuing education provided by the municipality for the dentists of the family health team and understanding by the dentists of the guidelines of the strategy of family health,; the end of the exclusivization of the infant patients; the continuous growing increase of the money sent by the Ministry of Health to the oral health program in Recife. In relation to the National Policy of Oral Health, it was noticed that it became real in 2004 and expanded gradually through oral health teams in the strategy of family health center dental specialties, center of dental specialization, regional laboratory of dental prosthesis and epidemiological surveys. All that has been possible due to the increase of the money sent by the Ministry of Health for the oral health program and for the municipal governments. The materialization of assistance actions, the wide dispersion throughout the national territory of the services and regulatory frameworks in place, point to the consolidation of a state policy for the dental health. We conclude that the model of oral health care in Recife is progressively introducing the assumptions of national policy guidelines of oral health, keeping close to the same tune.

Keywords: 1. Public health policies, 2. Oral health 3. Formulation of policies, 4. Health plans and programs; 5. Analysis of projects, 6. Program evaluation; 7. Government programs health, 8. Brazil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Estados Brasileiros que repassaram incentivos financeiros para municípios por tipo de unidade assistencial em Julho de 2010

Quadro 2: Quantidade de Equipes de Saúde Bucal (maio de 2010) e Centros de Especialidades Odontológicas (agosto de 2010) implantados por estado e relação com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

Quadro 3: Quantidade de municípios que não implantaram Equipes de Saúde Bucal por Estado e relação com o total de municípios em maio de 2010

Quadro 4: Quantidade de Equipes de Saúde Bucal (maio de 2010) e Centros de Especialidades Odontológicas (agosto de 2010) implantados por capital e relação com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas para 2010

Quadro 5: Quantidade de municípios com Laboratórios Regionais de Prótese Dentária implantados por estado, com destaque para a capital em maio de 2010

Figura 1: Mapa do Recife com suas regiões político administrativas e microrregiões

Figura 2: Rede de Serviços de Saúde do Recife

Figura 3: Organograma da Secretaria de Saúde – Gabinete, Recife – 2007

Figura 4: Organograma distrito sanitário, Recife – 2007

Quadro 6: Rede assistencial da Secretaria Municipal de Saúde do Recife em 2000 por prestador e perfil da unidade assistencial

Quadro 7: Perfil das unidades ambulatoriais da Secretaria Municipal de Saúde do Recife em 2000

Quadro 8: Evolução do número de equipes de saúde da família, bucal e Unidades Básicas Tradicionais do Recife no período 2000 a 2007

Quadro 9: Relação entre o número de Equipes de Saúde Bucal e Equipes de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Recife no ano de 2008, por Distrito Sanitário

Quadro 10 - Evolução do incentivo repassado pelo Ministério da saúde para saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Recife por ano de competência, 2000-2007

Quadro 11: Evolução do Incentivo repassado a saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, por ano de competência, Secretaria Municipal de Saúde do Recife, 2001-2007

Quadro 12: Número de profissionais de saúde bucal inseridos na assistência da Secretaria Municipal de Saúde do Recife por tipo de unidade, no ano de 2007

Quadro 13: Categorização formativa no nível de pós-graduação da amostra intencional de cirurgiões dentistas inseridos nas Equipes de Saúde Bucal de Recife em 2007

Quadro 14: Perfil dos 12 Cirurgiões Dentistas da amostra intencional nas Equipes de Saúde Bucal quanto a formação em saúde pública/saúde da família, período da formação e incentivo da PCR em 2007

Quadro 15: Categorização formativa ao nível de pós-graduação da amostra intencional de cirurgiões dentistas coordenadores distritais de Recife em 2007

Quadro 16: Categorização formativa ao nível de pós-graduação da amostra intencional dos outros profissionais de nível universitário inseridos na Estratégia de Saúde da Família do Recife em 2007

Quadro 17: Conhecimento sobre os princípios norteadores da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família por parte da amostra intencional de cirurgiões dentistas inseridos na Equipes de Saúde Bucal do Recife em 2007

Quadro 18: Conhecimento sobre os princípios norteadores da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família pelos coordenadores distritais de saúde bucal do Recife em 2007

Quadro 19: Categorização por Unidade de Saúde da Família e Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde do Recife de 9 atividades propostas pelo Ministério da Saúde para as Equipes de Saúde Bucal em 2007

Quadro 20: Categorização por Unidade de Saúde da Família (U) e Distrito Sanitário (D) da Secretaria Municipal de Saúde do Recife das 9 atividades propostas pelo Ministério da Saúde para as Equipes de Saúde Bucal

Quadro 21: Evolução dos indicadores assistenciais de saúde bucal do Recife nos anos 2000 e 2007

Quadro 22: Relação da estruturação por níveis de complexidade da Política Nacional de Saúde Bucal com o modelo de atenção em saúde bucal do Recife 2000-2007

Quadro 23: Relação dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal com o modelo de atenção em saúde bucal do Recife 2000 -2007

Quadro 24: Relação dos princípios norteadores da Política Nacional de Saúde Bucal com o modelo de atenção em saúde bucal do Recife 2000 -2007

Quadro 25: Relação da adequação do processo de trabalho da Política Nacional de Saúde Bucal com o modelo de atenção em saúde bucal do Recife 2000 -2007

Quadro 26: Relação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal com o modelo de atenção em saúde bucal do Recife 2000 -2007

Quadro 27: Relação da ampliação e qualificação da atenção básica da Política Nacional de Saúde Bucal com o modelo de atenção em saúde bucal do Recife 2000-2007

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Financiamento do Ministério da Saúde para Equipes de Saúde Bucal e Centros de Especialidades Odontológicas – 2002 e 2009

Tabela 2: Distribuição das especialidades odontológicas por policlínicas no município de Recife, dezembro, 2007

Tabela 3: Evolução no financiamento por parte do Ministério da Saúde para Saúde Bucal na média complexidade no município de Recife, de 2000 a 2007

Tabela 4: Comparação entre o financiamento por parte do Ministério da Saúde dos procedimentos de saúde bucal na estratégia de saúde da família e na média complexidade no município de Recife, de 2000 a 2007

Tabela 5: Evolução do número de procedimentos odontológicos básicos produzidos no Recife e pelas Equipes de Saúde Bucal no período de 2000 a 2007

Tabela 6: Distribuição por grupos de procedimentos básicos na Secretaria Municipal de Saúde do Recife, no período 2000 a 2007

Tabela 7: Distribuição por grupos de procedimentos básicos na Secretaria Municipal de Saúde do Recife, no período 2000 a 2007 destacando as Equipes de Saúde Bucal

Tabela 8: Procedimentos de ações de promoção e prevenção na Secretaria Municipal de Saúde do Recife no período 2000 a 2007 destacando as Equipes de Saúde Bucal

Tabela 9: Procedimentos de promoção e prevenção na Secretaria Municipal de Saúde do Recife no período 2000 a 2007 realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal

Tabela 10: Procedimentos individuais da Secretaria Municipal de Saúde do Recife no período 2000 a 2007 destacando as Equipes de Saúde Bucal

Tabela 11: Procedimentos cirúrgicos da Secretaria Municipal de Saúde do Recife no período 2000 a 2007, no contexto do total de procedimentos individuais e do total de procedimentos básicos

Tabela 12: Procedimentos individuais de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde do Recife no período 2000 a 2007 realizados pelas Equipes de Saúde Bucal

Tabela 13: Evolução do número de procedimentos de Saúde Bucal na média complexidade no município de Recife, de 2000 a 2007

Tabela 14: Comparação entre os procedimentos de saúde bucal da média complexidade, realizada exclusivamente nos Centros de Especialidades Odontológicas e da Atenção Básica no município de Recife, de 2000 a 2007

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASA	Agente de Saúde Ambiental
ATM	Articulação Temporo Mandibular
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
CD	Cirurgião Dentista
COMPESA	Companhia Pernambucana de Saneamento
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COSAB	Coordenação de Saúde Bucal
CSB	Coordenador de Saúde Bucal
DS	Distrito Sanitário
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENATESPO	Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FOP	Faculdade de Odontologia de Pernambuco
FRC	Fator de Risco Comum
HGA	Hospital Geral de Areias
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituição de Ensino Superior
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde

MASBR	Modelo de Atenção em Saúde Bucal do Recife
NOB	Norma Operacional Básica
OP	Orçamento Participativo
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar
PAB	Piso Assistencial Básico
PMS	Plano Municipal de Saúde
PMSB	Política Municipal de Saúde Bucal
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PAM	Posto de Assistência Médica
PCR	Prefeitura da Cidade do Recife
PNS	Profissionais de Nível Superior
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSA	Programa de Saúde Ambiental
PSF	Programa de Saúde da Família
RPA	Região Político Administrativa
SB	Saúde Bucal
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOU	Odontológico de Urgência
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBT	Unidade Básica Tradicional
UPA	Unidade de pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPE	Universidade de Pernambuco

SUMÁRIO

	CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO	22
1	INTRODUÇÃO	23
2	OBJETIVOS	26
	REFERÊNCIAS	27
	CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	28
2.1	PROMOÇÃO DA SAÚDE E CIDADES SAUDÁVEIS	29
2.2	VIGILÂNCIA DA SAÚDE	33
2.3	SOBRE MODELOS ASSISTENCIAIS, TÉCNO- ASSISTENCIAIS OU DE ATENÇÃO	36
2.4	MODELOS MUNICIPAIS DE SAÚDE BUCAL NO NOVO SÉCULO	43
	REFERÊNCIAS	52
	CAPÍTULO 3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL	56
3.1	INTRODUÇÃO	57
3.2	CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NESTE SÉCULO	58
3.3	DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL	68
3.3.1	Pressupostos	69
3.3.2	Princípios Norteadores das Ações	70
3.3.3	Processo de Trabalho em Saúde Bucal	71
3.3.4	Ações	71
3.3.5	Ampliação e Qualificação da Atenção Básica	72
3.3.6	Ampliação e Qualificação da Atenção Secundária e Terciária	72
3.3.7	A Estratégia de Saúde da Família	72
3.4	RESULTADOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NESTE SÉCULO	73
3.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	86

CAPÍTULO 4 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS	89
4.1 PERÍODO DE ESTUDO	90
4.2 LOCAL DE ESTUDO E SUA REDE ASSISTENCIAL	90
4.3 TIPO DE ESTUDO	95
4.4 TRIANGULAÇÃO METODOLÓGICA	96
4.5 DESENHO DE ESTUDO E COLETA DOS DADOS	97
4.6 ENTREVISTAS	98
4.7 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	99
4.8 ANÁLISE DOCUMENTAL	101
4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	102
REFERÊNCIAS	103
CAPÍTULO 5 MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DO RECIFE NO PERÍODO 2000 A 2007	104
5.1 INTRODUÇÃO	105
5.2 CONSTRUINDO UM MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE NO RECIFE RESULTADOS DA ANÁLISE DOCUMENTAL	106
5.3 CONSTRUINDO UM MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO RECIFE RESULTADOS DA ANÁLISE DOCUMENTAL	115
5.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.	125
5.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
REFERÊNCIAS	151
CAPÍTULO 6 PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL NO RECIFE, NO PERÍODO 2000 A 2007	154
6.1 INTRODUÇÃO	155
6.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO	157
6.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	183
REFERÊNCIAS	186
CAPÍTULO 7 IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO RECIFE NO PERÍODO 2000 A 2007, CONCLUSÕES.	189
7.1 INTRODUÇÃO	190

7.2	RESULTADOS E DISCUSSÃO	190
7.2.1	Atenção básica: Estratégia de Saúde da Família	192
7.2.2	Ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária	194
7.2.3	Qualificação da atenção básica independente da estratégia de organização	197
7.2.4	Rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços.	198
7.2.5	Integridade nas ações articulando individual e coletivo, promoção/prevenção com tratamento/recuperação e situações de urgência.	199
7.2.6	Utilização da epidemiologia subsidiando planejamento, com diagnóstico das condições de saúde doença no território da prática de saúde.	200
7.2.7	Acompanhar impacto via indicadores adequados	201
7.2.8	Vigilância à saúde com práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, dos riscos e dos determinantes do processo saúde doença, da atuação intersetorial e das ações sobre o território	201
7.2.9	Saúde da Família enquanto estratégia de reorganização da atenção básica	202
7.2.10	Política de educação permanente	203
7.2.11	Política de financiamento visando reorientação do modelo de Atenção	204
7.2.12	Agenda de pesquisa científica em todos os níveis de atenção	204
7.2.13	Gestão participativa com definição democrática da política de saúde bucal.	205
7.2.14	Ética com valorização de seus princípios universais.	206
7.2.15	Acesso universal, ações coletivas e individuais priorizando a urgência	207
7.2.16	Acolhimento com serviço usuário-centrado, garantido por equipe multiprofissional	207
7.2.17	Vínculo, com responsabilização da unidade na solução dos problemas na sua área de abrangência	208
7.2.18	Responsabilidade profissional com respeito à identidade do usuário e conhecimento do contexto familiar e laboral	208

7.2.19	Interdisciplinaridade e multiprofissionalismo abordando o indivíduo como um todo	210
7.2.20	Integralidade da atenção com ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação individual e coletiva	211
7.2.21	Intersetorialidade	211
7.2.22	Ampliação e qualificação da assistência com garantia de procedimentos mais complexos e conclusivos	212
7.2.23	Condições de trabalho em observância as normas da vigilância Sanitária	213
7.2.24	Parâmetros	213
7.2.25	Ações de promoção e proteção de saúde: Fluoretação das águas, Educação em saúde, Higiene bucal supervisionada, Aplicação tópica de flúor	214
7.2.26	Ações de recuperação: esse grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças	215
7.2.27	Ações de reabilitação: consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e à sua atividade profissional	215
7.2.28	Prevenção e controle do câncer bucal	216
7.2.29	Implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento	217
7.2.30	Inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica	217
7.2.31	Inclusão da reabilitação protética na atenção básica	218
7.2.32	Ampliação do acesso por linhas de cuidado e por condição de vida	218
7.3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	219
	REFERÊNCIAS	223
	APÊNDICES	225
	APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO – GESTOR DISTRITAL DE SAÚDE BUCAL	226
	APÊNDICE B: ROTEIRO PARA ENTREVISTA AO CIRURGIÃO-DENTISTA INSERIDO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RECIFE	229

APÊNDICE C: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL UNIVERSITÁRIO DA ESF	232
APÊNDICE D: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A COORDENADORA MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL	233
APÊNDICE E: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O COORDENADOR NACIONAL DE SAÚDE BUCAL	234
APÊNDICE F: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	235

CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A elaboração e defesa desta tese, cujo título é: *Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: Um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-PE no período 2000 a 2007* são requisitos para a obtenção do título de doutor em ciências no âmbito do Programa de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz.

A forma escolhida para apresentação deste estudo foi na forma de livro, que contará com capítulos distribuídos da seguinte forma:

- 1) Introdução e objetivos.
- 2) Marco teórico conceitual.
- 3) Procedimentos metodológicos.

4) Três capítulos organizados com introdução, resultados com a discussão e considerações finais contemplando os objetivos específicos.

5) Capítulo de conclusão do estudo atendendo ao objetivo geral, organizado na forma de introdução, resultados com a discussão e considerações finais.

Este estudo está coerente com uma tendência crescente tanto na Europa como em países da América Latina, que é avaliar políticas e programas sociais e de saúde, agenda esta induzida por organismos internacionais aos quais interessa mostrar os resultados dos programas de ajuda ou por pressões no interior das organizações onde se reivindica o valor da transparência na condução das várias ações, ou ainda por exigência da política visando a legitimar determinadas intervenções estatais e ainda os cada vez mais frequentes cortes em nível estatal que tornam necessário provar a eficácia de suas intervenções (BOSI; MERCADO, 2006).

O contexto deste estudo se dá nesta primeira década deste novo milênio, que está sendo pródiga em iniciativas do Ministério da Saúde (MS)/Coordenação de Saúde Bucal (COSAB) na busca de reverter um modelo de assistência público construído segundo os ditames organizacionais e ideológicos de uma odontologia de mercado. Estas iniciativas visam a superação de um modelo assistencial largamente relatado na literatura e conhecido como privatista, que dentre suas características se prima por reproduzir a prática privada na esfera pública, ignorando elementos

centrais para esta prática como o planejamento e a programação, administração e vigilância em saúde.

Um dos instrumentos para tentar superar o modelo assistencial privatista é a Política Nacional de Saúde Bucal (cujo nome fantasia é Brasil Sorridente) foi lançada oficialmente no início de 2004. Esta política foi construída à partir das contribuições das Conferências Nacionais de Saúde Bucal, das propostas de Governo que elegeram o Presidente Lula e das contribuições dos encontros técnicos da área, principalmente dos encontros nacionais de administradores, técnicos e especialistas em saúde pública odontológica (ENATESPO). Esta Política Nacional de Saúde Bucal é expressa no documento: *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal* (BRASIL, 2004).

Este estudo adota como referencial teórico os paradigmas da promoção da saúde, cidades saudáveis e vigilância da saúde. Estes referenciais teóricos estabelecem conceitos fundamentais para o entendimento da realidade sanitária vigente, tendo como pano de fundo a observância dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que influenciam as diretrizes da política nacional de saúde bucal e o modelo de atenção do Recife (Recife Saudável).

Para possibilitar a compreensão do tema faz-se uma revisão na literatura sobre diferentes significados de modelos, descreve características nas experiências municipais de modelos em saúde bucal implantados no Brasil neste século. Aborda-se a política nacional de saúde bucal (PNSB) e o seu contexto, analisa a conformação do modelo de atenção em saúde bucal do Recife e suas práticas assistenciais no período 2000 a 2007. O estudo é finalizado com uma análise comparativa observando a implantação das diretrizes da política nacional de saúde bucal no modelo de atenção em saúde bucal do Recife.

O estudo em tela observa os reflexos da PNSB sobre o modelo de atenção do Recife, no período 2000 a 2007. Para alcançar este objetivo desenvolveu-se um estudo com abordagem qualitativa e quantitativa, recorrendo-se a literatura científica da área, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde do Recife. Foram obtidos e analisados dados disponibilizados pelo Sistema de Informação Ambulatorial do SUS, realizadas entrevistas semi-estruturadas com os seis coordenadores distritais de saúde bucal, seis profissionais de nível universitário e doze cirurgiões dentistas inseridos na estratégia de saúde da família e distribuídos pelos distritos de saúde, coordenadora de saúde bucal do

Recife no período de 2001 a 2007 e com o coordenador nacional de saúde bucal no período 2003 a 2010, com posterior categorização dos seus discursos, e análise.

Em consulta a literatura disponível verifica-se o ineditismo, quando buscamos estudos que enfoquem a análise de um modelo de atenção municipal sob a luz da política nacional de saúde bucal. Este estudo se guiará por perguntas condutoras que objetivaram dar respostas a inquietações como:

Houve a estruturação de uma política nacional de saúde bucal no período estudado ou é uma política residual sem possibilidades de influenciar a conformação de modelos municipais?

Houve influência da PNSB sobre o modelo de saúde bucal do Recife no período 2000 a 2007 e havendo influência, qual a dimensão da mesma? Ou se tal modelo foi construído desvinculado e autônomo em relação a PNSB ou foi influenciado numa pequena dimensão?

Houve a formatação de um modelo de atenção em saúde bucal em Recife no período 2000 a 2007, caracterizando uma estrutura articulada, com mudanças no perfil hegemônico do cirurgião dentista, diversificação do tradicional perfil populacional assistido ou aconteceu uma mera expansão da rede assistencial em saúde bucal?

O contexto da saúde bucal, no período 2000 a 2007, é importante de se observar e analisar, pois possibilitará municiar os gestores municipais do Recife para uma reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, superando um modelo tradicional dissonante dos princípios do SUS e da Política Nacional de Saúde Bucal, ou reforçando ações técnicas e políticas que vem se desdobrando num novo modelo de atenção em saúde bucal para o Recife. Servirá também conjuntamente com outras experiências municipais, para subsidiar o Ministério da Saúde via sua coordenação de saúde bucal, para que possa avaliar sobre o acerto da sua política indutora de modelos municipais de saúde bucal coerentes com os princípios do SUS e da reforma sanitária que buscam a superação do modelo assistencial privatista. Ou sobre a necessidade de ajustes que venham a corrigir desvios na construção destes novos modelos municipais ou na adoção de novas estratégias que venham a potencializar a formatação destes novos modelos municipais.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Analisar a implantação da política nacional de saúde bucal no município do Recife no período 2000 a 2007.

Objetivos Específicos:

- a) Analisar a conformação da Política Nacional de Saúde Bucal nesta década.
- b) Analisar o modelo de atenção do Recife sob os referenciais teóricos da promoção da saúde, cidades saudáveis e vigilância da saúde.
- c) Analisar a conformação do modelo de atenção em saúde bucal do Recife no período 2000 a 2007.
- d) Analisar práticas assistenciais em saúde bucal no Recife no período 2000 a 2007.

REFERÊNCIAS

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.) **Avaliação Qualitativa de programas de Saúde**: Enfoques Emergentes. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004.

CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E CIDADES SAUDÁVEIS

A medida que a humanidade evolui, o conhecimento das causas e do processo saúde-doença vai se enriquecendo e diversificando. No início da década de 1970, tendo como inspiração o processo de reforma do sistema de saúde canadense, surge o modelo do campo da saúde. Advoga o mesmo que as condições de saúde dependem de quatro conjuntos de fatores: o patrimônio biológico; condições sociais, econômicas e ambientais; estilo de vida; intervenções médico-sanitárias (CARVALHO; BUSS, 2008).

Importante destacar o reconhecimento de que o adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são influenciados pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e qualidade de vida (CARVALHO; BUSS, 2008, p.151).

Dentre os quatro conjuntos de fatores acima explicitados, Lalonde (1974 *apud* CARVALHO; BUSS 2008, p. 151) diz que as intervenções médico-sanitárias, ou seja, a forma como a sociedade se organiza para cuidar da saúde de seus cidadãos é a mais dispendiosa, levando governos a investirem grandes somas de recursos financeiros, sem que na maioria das vezes possa se observar um retorno em termos de mudança dos níveis de saúde da população como um todo.

Nos anos 60 do século passado, em várias partes do mundo ocidental já era formulado um pensamento crítico decorrente da frustração com os resultados da valorização dos fatores biomédicos e sua vinculação caudatária aos interesses do complexo médico industrial. Este movimento crítico e diversificado e inspirado na reforma do sistema de saúde canadense constitui o chamado movimento de promoção da saúde (CARVALHO, 2007).

Surgiram três correntes da Promoção da Saúde no Canadá, que acabaram influenciando o debate sobre o tema em escala mundial: a corrente *behaviorista*, cujo marco inaugural foi o relatório Lalonde; a Nova Promoção da Saúde, cujo

documento de referência é a Carta de Ottawa; e a corrente de Promoção da Saúde da População, que tem no artigo *Producing Health, Consuming Health Care* seu texto fundador (CARVALHO, 2007, p. 41).

Westphal (2007, p.643) considera que a publicação do informe Lalonde descortina uma nova era de interesse social e político pela saúde pública. Dentre as suas contribuições delimita que as intervenções no ambiente se denominam *proteção da saúde*, as dirigidas ao sistema de saúde de *prevenção* e as que focalizam o estilo de vida de *promoção da saúde*.

Apesar de reconhecer a importância como apontada por Westphal sobre o relatório Lalonde, este estudo opta por abordar a vertente da Carta de Ottawa, que surge na 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 1986, considerada como o marco conceitual da Promoção da Saúde (CARVALHO; BUSS, 2008).

Seu surgimento deriva dos limites teóricos e práticos da concepção behaviorista e adota uma perspectiva sócio ambiental que passa a ser denominada de *Nova Promoção da Saúde*. Comunga com a vertente behaviorista na crítica ao paradigma biomédico e a necessidade de ampliar o entendimento do processo saúde/doença, mas discorda dentre outras questões na ênfase posta na intervenção que visa transformar hábitos de vida e culpabilização dos indivíduos por comportamentos cujas causas encontram explicação no contexto social (CARVALHO, 2007, p.53).

Carvalho (2007, p.55) reforça a importância do social quando escreve que as evidências reafirmam a importância da relação entre o modo como a sociedade se organiza e a saúde da população. Apontam, outrossim, que políticas que reduzem a iniquidade social, distribuindo recursos materiais e não materiais, tem efeito positivo na saúde de todos. Em outras palavras, a melhoria da qualidade de vida de grupos e coletivos passa necessariamente pela consideração de que a saúde é um bem comum e um direito.

Neste contexto, promoção da saúde passa a ter como foco de intervenção os determinantes gerais sobre a saúde, que passa a ser entendida como:

[...] produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, como padrões adequados de alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho, educação, ambiente físico limpo, ambiente social de apoio a famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde (CARVALHO; BUSS, 2007, p.154).

Carvalho e Buss (2008, p.156) consideram que o discurso excessivamente geral da promoção da saúde, tem gerado diferentes matrizes de pensamento e práticas. Nos países do primeiro mundo o enfoque se dá nas mudanças comportamentais em caráter individual com regulações sociais orientadas a livrar as coletividades a exposição de riscos assumidos por indivíduos. Já na América Latina dentro de um contexto de pobreza e desigualdade a promoção da saúde desloca o foco para as questões estruturais, voltados para mudanças sociais.

A Carta de Ottawa define Promoção da Saúde como:

[...] o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de melhorá-la. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida (CARVALHO, 2007, p.58).

Para Westphal (2007, p. 652-658) as conferências e suas cartas e a literatura sobre promoção da saúde consagram os seguintes princípios como definidores de suas práticas: Ações de promoção da saúde devem ter uma concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença; equidade como princípio e como conceito; intersectorialidade; participação social; sustentabilidade, enquanto iniciativas coerentes com o desenvolvimento sustentável e num processo duradouro e forte.

Em março de 2006 o Ministério da Saúde coerente com os princípios de promoção da saúde e com os princípios e diretrizes do SUS, publicou a Portaria 687, na qual aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006). A Política Nacional de Promoção da Saúde assume como diretrizes a: Integralidade das ações; equidade; responsabilidade sanitária; mobilização e participação social; informação, educação, comunicação; intersectorialidade das ações; sustentabilidade.

Preconiza-se na Carta de Ottawa, cinco campos de ação para a promoção da saúde: Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde.

A Carta de Ottawa no tocante a reorientação dos sistemas de saúde preconiza uma ampliação dos enfoques curativo e clínico e do fortalecimento de ações voltadas para a promoção que apontem uma prática integral em saúde. Situações possíveis com a mudança de atitude dos profissionais, alcançadas por

meio de processos educativos, de treinamentos e de novos formatos organizacionais. Para o sucesso de tal reordenamento deverá haver um compartilhamento de parcerias e responsabilidades entre usuários, profissionais, instituições prestadoras e comunidade (CARVALHO, 2007, p.70).

Coerente com uma abordagem socioecológica a Carta de Ottawa definiu que uma das estratégias para operar os princípios da Promoção da Saúde é a criação de uma sociedade saudável. São ambientes favoráveis à saúde, que harmonizem a relação entre os seres humanos e o ambiente, garantindo um desenvolvimento sustentável. Esta perspectiva pode englobar ações e políticas destinadas a intervir sobre um município inteiro. É neste contexto que está inserido a proposta das Cidades Saudáveis (CARVALHO, 2007, p.70).

Cidades Saudáveis surgiu no Congresso Canadense de Saúde Pública, em 1984, denominado: *Para Além da Assistência à Saúde*. Seria uma imagem-objeto a ser buscado, na qual as estratégias de Promoção da Saúde estariam fundamentando a elaboração de políticas públicas saudáveis, que incluem a concepção e planejamento dos espaços públicos, o fluxo de veículos, o destino do lixo, o tratamento e o acesso à água, as relações no trabalho, nas escolas e nas instituições como um todo. Um lugar onde os cidadãos, plenos de direitos e *empoderados*, participam da elaboração e execução de políticas públicas, no sentido de *advogar* por condições necessárias nas esferas políticas, sociais, econômicas, ambientais e educacionais, para que se alcance o mais alto grau de saúde e de bem-estar (OLIVEIRA NETO, 2009).

Silva Júnior (1998, p. 64) relata que o movimento de Cidades Saudáveis foi difundido pela Organização Mundial de Saúde, desde seu simpósio de Lisboa em 1986, tendo adesão de cidades européias.

Westphal (2007, p.644) descreve que o Escritório Europeu da Organização Mundial de Saúde (OMS) visando colocar em prática os pressupostos da promoção da saúde relacionados à determinação social do processo saúde doença perseguiram as seguintes situações: Preocupação com a pobreza da população e dificuldade de reversão; necessidade de reorientação dos serviços de saúde; participação comunitária e coalizões entre o setor público, privado e o voluntariado.

O projeto Cidades Saudáveis da OMS para a Europa *visa construir uma rede (network) de cidades destinadas a procurar, em conjunto, novas maneiras capazes de promover a saúde e melhorar o ambiente*. Também elenca as diretrizes

apontadas como necessárias para o desenvolvimento da proposta: Saúde como qualidade de vida; políticas públicas que promovam a saúde; reforço à participação da comunidade; desenvolvimento da auto-responsabilidade; reorientação dos serviços de saúde; intersetorialidade como estratégia principal (SILVA JR., 1998, p. 64).

No contexto brasileiro, várias cidades adotaram o ideário das Cidades Saudáveis para pensar a gestão municipal e a organização do espaço urbano, além da elaboração de *políticas saudáveis* e reorientação dos serviços de saúde. No entanto, a cidade de Curitiba se destaca nacionalmente ao se tornar referência dentre as capitais no que concerne a adoção deste modelo. (OLIVEIRA NETO, 2009).

Recife é uma das cidades Brasileiras que a partir de 2001 adota os ideários da Promoção da Saúde e das Cidades Saudáveis na construção da Política Municipal de Saúde (*Recife Saudável*) com desdobramento na Política Municipal de Saúde Bucal (*Sorriso Melhor*), o que será analisado no capítulo versando sobre o Modelo de Atenção em Saúde Bucal do Recife.

2.2 VIGILÂNCIA DA SAÚDE

Herdeira de um constructo histórico de redefinição dos conceitos de vigilância vigentes, a Vigilância da Saúde surge, na América Latina, a partir de uma perspectiva de *abertura* da Epidemiologia no que diz respeito à análise dos problemas de saúde, que não deveria focar somente na sistematização de indicadores, mas, também, levar em consideração o debate do planejamento e da organização dos sistemas e serviços, visando pensar novas práticas e modelos assistenciais (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998, p.12).

Continuam os autores (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998, p. 17-18) enfocando a proposta de vigilância da saúde, aonde a mesma incorpora e supera os modelos assistenciais vigentes implicando uma redefinição dos sujeitos, do objeto, dos métodos e das formas de organização dos processos de trabalho. Em primeiro lugar, a vigilância da saúde supera a dicotomia entre as denominadas práticas coletivas (vigilância sanitária e vigilância epidemiológica) e as individuais

(assistência ambulatorial e hospitalar) e tem como suporte político institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde em nível local. Em segundo lugar, no modelo de vigilância da saúde, a proposta de incorporação de novos sujeitos, necessariamente, extrapola o conjunto de profissionais e trabalhadores de saúde (gerentes de serviços e técnicos), envolvendo a população organizada, o que corresponde a uma ampliação do objeto, incluindo, além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida.

Em suma, o conceito de vigilância da saúde vem num contexto de construção de um modelo assistencial, que articulasse os conhecimentos e técnicas provindas da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998, p. 14).

Paim (2005, p.168) apoiando-se em Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) aponta as seguintes características da *Vigilância da Saúde*: Intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamentos contínuos; operacionalização do conceito epidemiológico de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território; intervenção sobre a forma de operações.

Refletindo sobre a adoção da concepção de vigilância da saúde, visando transformar modelos de atenção à saúde no nível municipal Teixeira, Paim e Vilasboas (1998, p. 19) advogam em primeiro lugar avançar no processo de municipalização da gestão do sistema e da gerência das unidades de saúde localizadas nos territórios dos municípios. Em segundo lugar, implica investir na articulação intersetorial, na reorganização da atenção primária (oferta organizada e ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, partindo dos territórios da *saúde da família*, aos territórios distrital e municipal) e no fortalecimento do controle social sobre a gestão do sistema de saúde.

Teixeira, Paim e Vilasboas (1998, p.20) apontam a territorialização, na perspectiva dos distritos sanitários e suas subdivisões (microrregiões e microáreas), como passo fundamental para a operacionalização do modelo de vigilância da saúde, no qual, a partir de uma base territorial (território-processo), levantam-se dados epidemiológicos, geográficos, socioeconômicos, político-culturais e sanitários

que permitam o recorte de um determinado território segundo a lógica das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde.

Carvalho (2007, p. 114-115) concorda que umas das idéias-chaves da Vigilância da Saúde é a existência de um território-processo, onde problemas complexos surgem e podem ser resolvidos com ações intra e intersetoriais, e onde existem atores sociais em constante tensão. Assim, esta corrente tem o Distrito Sanitário como um componente central em sua proposta de modelo assistencial. Este Distrito Sanitário deverá ser considerado como um território em permanente construção, mais que um território solo, ele é econômico, político, cultural e epidemiológico, com diferentes projetos em disputa. Será neste território que serão perseguidos os objetivos da reforma sanitária garantindo eficiência e eficácia das ações de saúde, a equidade, e a democratização.

Freitas e Czeresnia (2003, p.157) refletindo sobre a territorialização da vigilância da saúde, avaliam que a mesma é vital para estratégias de promoção da saúde orientadas tanto para o combate das enfermidades causadas pela exclusão social e pela pobreza, bem como as derivadas do modo iníquo de urbanização e industrialização adotados em países como o Brasil, quanto para a necessária reorientação dos serviços de saúde em direção à superação das complexas e profundas desigualdades relativas à cobertura, ao acesso e à qualidade.

Analisando a implantação dos distritos sanitários que valorizam a dimensão técnica das práticas de saúde e estão inseridos na regionalização da assistência da saúde do SUS, Paim (2005 p.171) afirma ser viável alimentar, no nível dos serviços de saúde, os movimentos de redefinição de práticas na perspectiva da *vigilância da saúde*. Na medida em que se processa a reconceitualização do objeto das práticas de saúde, quando for o caso, a reorganização do processo de trabalho dos agentes e a readequação dos instrumentos de trabalho, sejam tecnologias materiais ou não materiais, novos fatos e acumulações poderão produzir impactos sobre a situação de saúde em distintos tempos político e técnico.

A *vigilância da saúde*, ao entender *problema* como obstáculo ou impedimento à plena realização de algo e, no caso da saúde de uma pessoa ou de uma população, um impedimento de fazer andar a vida, ou uma ameaça concreta ao bem estar, poderia caminhar para uma concepção controlacionista sobre a vida das pessoas ou das populações. Na concepção de Paim (2005, p.171) a vigilância da saúde não pretende impor limites desnecessários e demasiados à vida pelo

obsessivo controle dos indivíduos, presentes em certas concepções americanas do movimento de promoção da saúde. Ao contrário, a *vigilância da saúde*, ao contemplar necessidades sociais e determinantes socioambientais dos problemas de saúde, reforça a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, podendo intervir crescentemente sobre situações e não unicamente sobre fatores de risco.

Conclui Paim (2005, p.170):

A vigilância da saúde constitui-se em um modo tecnológico de intervenção em saúde que tende a incorporar modelos assistenciais vigentes e articular-se com as propostas atuais de promoção da saúde; implica a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária.

O conceito de vigilância da saúde foi apropriado na construção da Política Municipal de Saúde do Recife (*Recife Saudável*) com desdobramento na Política Municipal de Saúde Bucal (*Sorriso Melhor*), objetos de análise do capítulo sobre o Modelo de Atenção em Saúde Bucal do Recife.

2.3 SOBRE MODELOS ASSISTENCIAIS, TÉCNO-ASSISTENCIAIS OU DE ATENÇÃO

Oportuno se faz discorrer sobre diferentes entendimentos que aparecem na literatura, sobre a forma como um ente federativo, no caso o município, adota para organizar seus serviços de saúde, sejam eles relativos a ações específicas do campo da saúde ou que estão umbilicalmente ligados aos seus processos, mas a transcendem, envolvendo questões sociais como distribuição de renda, condição de habitação ou segurança, dentre outros. Esta conformação na organização do oferecimento das práticas de saúde aparecem na literatura ora como modelo de atenção, ora modelo assistencial e ora modelo tecnoassistencial. Tais entendimentos longe de serem apenas divergências semânticas expressam diferentes visões, que se aproximam, mas que mantêm suas especificidades, as quais irão ser descritas e discutidas.

Modelo assistencial consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade.

Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda há modelos em que seus serviços simplesmente atendem às demandas, estando sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independente de sua demanda (PAIM, 1999, p.466-467).

Ou também pode ser entendido como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade (postos, centros de saúde, hospitais etc.) (PAIM 1999, p.466-467).

Continua Paim (1999, p.466-467) exemplificando perante a realidade sanitária nacional como se materializa sua concepção de modelo assistencial:

[...] outros modelos (ou propostas de modelos) podem ser resgatados na literatura em saúde coletiva e todos são, na verdade, tentativas (algumas bem, outras malsucedidas) de implementar o SUS em nível municipal. A rigor, portanto poderíamos dizer que o modelo é o SUS. As tecnologias que deverão ser desenvolvidas, as formas como a demanda deve ser organizada, as estratégias de inclusão, o incentivo à participação popular, etc. são desdobramentos importantes, e cada nível deve pensar a melhor maneira de coloca-los em prática.

Já o Ministério da Saúde coerente com Paim (1999, p.466-467), que associa modelo assistencial como um processo para implantação do SUS, sugere a definição de modelos assistenciais como: “[...] o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las” (BRASIL, 1990).

Pensador com uma trajetória relevante na saúde pública como é Campos (1994) define modelo assistencial como “[...] a organização de ações e serviços de saúde alicerçadas num tripé constituído pela política, por aspectos administrativos e técnicos.” Sua definição amplia os conceitos de Paim (1999, p.466-467) e a do MS (BRASIL, 1990) ao destacar no seu tripé a política enquanto elemento significativo na construção do SUS.

Coerente com as definições acima expressas de modelos assistenciais, Oliveira *et al* (1999, p.10) refletiram sobre a existência de modelos assistenciais em saúde bucal:

O fato é que, não se pode dizer que hoje se tenha uma fórmula para um modelo assistencial em saúde bucal. O que se denomina hoje, por alguns

autores, como o modelo da Saúde Bucal Coletiva, é uma estratégia ainda em construção, centrada nos princípios do SUS e com ênfase no paradigma da Promoção da Saúde, mas ainda sem uma matriz programática definida [...].

Oliveira *et al* (1999, p.10) elaboram um diagnóstico para aquele momento de final de século, afirmando que vários municípios tinham formulado modelos assistenciais das maneiras mais diversas. E que apesar de ainda não se ter nenhum estudo mais aprofundado sobre as experiências em todo o País, poderia-se dizer que a grande maioria ainda trabalhava numa lógica bastante amadorística, o que pode ser justificado pela ainda pouca tradição na estruturação dos sistemas de saúde bucal no Brasil. De todo modo, algumas experiências municipais se destacaram a partir do início dos anos 90, pelo fato de terem estabelecidos modelos condizentes com os princípios do SUS, como também por terem desenvolvido estruturas programáticas bastante eficientes e terem alcançado resultados significativos na redução das principais doenças bucais em um período razoavelmente curto.

E concluem:

[...] Os modelos assistenciais em saúde bucal que ora se estruturam no País devem começar a trabalhar exatamente a partir deste ponto: um reordenamento da prática odontológica, com mudanças sensíveis na abordagem do processo saúde-doença bucal. O SUS proporciona uma base filosófica e programática que aponta para esta mudança de concepção. A defesa do SUS como um sistema de saúde para todos os brasileiros é, portanto, a base desta estratégia.

Mais recentemente os autores Nickel, Lima e Silva (2008), fazem uma revisão de literatura sobre os modelos assistenciais em saúde bucal existentes e consideram que todos são falhos sob à ótica da universalidade e integralidade de atenção, pois foram concebidos para atuar em clientela específicas e existiram como principal ou única forma de acesso aos serviços odontológicos. E concluem de maneira otimista suas considerações sobre modelo assistencial: “[...] indispensável para a construção de uma odontologia pública de maior eficácia e qualidade, a fim de finalmente fazer valer para a população os princípios do SUS (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008, p.245)”.

Outros autores como Malta *et al.* (2004, p.46-47) recorrem a uma nova definição para discutir a articulação dos saberes e da política na forma de organizar a assistência, os autores assumem que os modelos assistenciais incorporam uma dimensão articulada de saberes e tecnologias de dados grupos sociais que, apoiados na dimensão política, disputam dada forma de organizar a assistência.

Desta reflexão surge o conceito de modelo técnico assistencial, que constitui-se na organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinado agrupamento social. Entendem que os modelos tecno-assistenciais estão sempre apoiados em uma dimensão assistencial e tecnológica, para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais.

Os modelos tecno-assistenciais se apresentam como projetos de grupos sociais, formulados para serem implementados enquanto estrutura concreta de produção de parte das ações de saúde, realizando-se de forma *pura* ou incorporando propostas de outros projetos. Esses projetos tecno-assistenciais apóiam-se em conhecimentos e saberes que definem o que é problema de saúde, como devem ser as práticas de saúde, para que servem e como devem ser organizados tais práticas, quais serão os trabalhadores necessários e para quais pessoas estão dirigidas. A conformação desses modelos expressa uma dada forma de poder político e, portanto, uma dada conformação do Estado e de suas políticas, que pressupõe a construção de uma visão dos outros modelos, seja para disputa enquanto projeto, seja como estratégia de sua manutenção. (Malta *et al*, 2004, p.46)

Outra definição encontrada é sobre modelos de atenção, que se constituem como um arranjo que busca fazer a mediação entre as determinações histórico-estruturais das políticas sociais e as práticas cotidianas em saúde; sendo um dos fatores que condicionam a viabilidade do SUS ao lado dos que fazem referência à macropolítica (Estado, Políticas Públicas) e à macroeconomia (financiamento, custos, orçamentos). Dessa forma, modelos se apresentam, por um lado, como uma tradução pragmática das regras legislativas que normatizam o setor, de condicionantes macropolíticos, econômicos e sociais. De outro lado, decorrem da ação política de sujeitos individuais e coletivos que disputam a orientação do sistema de saúde (CARVALHO; CUNHA 2006, p.838).

O conceito de modelo de atenção permite-nos perceber que diferentes composições de recursos produzem resultados diferentes em saúde. Ou seja, dois hospitais ou duas cidades diferentes, com a mesma quantidade de profissionais, de recursos financeiros e de recursos materiais podem produzir resultados absolutamente diversos em saúde dependendo da forma como articulam estes recursos, o modelo de gestão e as matrizes de conhecimentos utilizados. Embora se

reconheça que parte das determinações do modelo são estruturais e geralmente sentidas como bastante externas aos sujeitos (como, por exemplo, uma certa cultura, presente tanto nos serviços de saúde como na sociedade, de medicalização da vida produzindo uma tendência de redução dos problemas de saúde e das práticas aos diagnósticos da biomedicina, medicações e exames) acredita-se, amparados em grande quantidade de experiências exitosas no SUS, que é possível para municípios, serviços de saúde e profissionais lidarem com estes determinantes de forma diferente. Discutir elementos que constituem modelos de atenção significa ampliar o conhecimento sobre aspectos organizativos e de gestão em saúde (CARVALHO; CUNHA 2006, p.838).

Merhy (1994) afirma que distintos modelos de atenção desenvolvem ações que expressam uma dada construção do que são objetos *saúde e doença* e traduzem, ao mesmo tempo, determinados projetos de políticas, pois *as opções por determinadas delimitações dos problemas de saúde e de determinadas estratégias de ação no âmbito institucional são politicamente determinadas*. Assim, modelos de atenção resultam, entre outros, da coerência entre as definições sobre o complexo universo das relações causais que conformam certa compreensão do processo saúde-doença, e das respostas tecnológicas daí resultantes. A compreensão que temos sobre o que é saúde e doença condiciona o olhar sobre a realidade e define, em boa medida, o que é problema de saúde, assumindo um papel determinante sobre as características organizativas do setor da saúde.

Carvalho e Cunha (2006, p.839) destacam que a noção do sujeito/usuário na saúde condiciona e determina as distintas propostas organizativas para o setor. Por exemplo, se privilegiar o plano da estrutura biológica, tenderemos a sugerir a organização de modelos de atenção relativos a processos de cura e de reabilitação. Se for priorizado o plano das necessidades sociais e dos interesses institucionais, são ressaltadas ações visando à prevenção, à promoção e à intervenção sobre o processo de deliberação de políticas públicas.

Narvai e Frazão, (2008, p.67) refletem sobre a concepção de modelo de atenção para o campo da saúde bucal explicitando que para enfrentar problemas de saúde bucal na dimensão coletiva requer adequado planejamento do que fazer, o que pressupõe delinear um modelo de atenção em saúde bucal. Modelos desta natureza resultam sempre, contudo, do processo histórico no qual estão imersos os diferentes atores sociais, seus respectivos interesses e, portanto, suas contradições

e conflitos. Deve-se reconhecer que qualquer modelo de atenção em saúde bucal é parte integrante e inseparável do modelo de atenção à saúde, em sentido lato, que se logre produzir em cada território – tenha esta dimensão nacional, regional ou local. Não é coerente, portanto nesta perspectiva, pensar num modelo de atenção em saúde bucal em separado, desconectado de outras *saúdes*.

Importante para a compreensão de modelo assistencial e modelo de atenção à saúde é o resgate dos significados de atenção e assistência:

Assim, atenção e assistência são termos aos quais correspondem distintos significados, sendo que, segundo este ponto de vista, a assistência corresponderia ao conjunto de procedimentos clínicos-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, estejam doentes ou não. [...] convém esclarecer que se está denominando de atenção à saúde o conjunto de atividades intra e extra-setor saúde, o que requer realizar ações concomitantes sobre todos os determinantes do processo saúde doença. [...] (NARVAI;FRAZÃO, 2008, p.68).

Portanto para Narvai e Frazão (2008, p.69) qualquer ação desenvolvida fora do setor Saúde e com algum impacto sobre os níveis de saúde pública, caracterizando o que se denomina de *ações intersetoriais, situa-se no campo da atenção à saúde e pode ser classificada, dada a sua natureza e significado sanitário, como ação coletiva*. Assim, a atenção à saúde (bucal, inclusive) só equivaleria à assistência na situação hipotética (e absurda) de um determinado sistema de saúde não realizar qualquer ação coletiva. Em geral, o que se busca com o desenvolvimento de adequados modelos de atenção à saúde é um equilíbrio entre as ações individuais, típicas do setor Saúde, e as ações coletivas, tanto as desenvolvidas intra quanto extra setor Saúde. Tais características se aplicam por certo, à área da saúde bucal.

E concluem contextualizando a assistência dentro de um modelo de atenção:

Admitindo-se este referencial, conceber e implementar modelos de atenção à saúde requer muito mais do que simplesmente (o que não é pouco, convém assinalar), delinear e gerir sistemas assistenciais. Entretanto, dado que muitas ações decisivas para a *atenção à saúde* são decididas e planejadas fora do denominado setor Saúde como, por exemplo, a habitação e a geração de emprego e renda, para não mencionar apenas a educação, frequentemente aos encarregados do planejamento e gestão da saúde resta, efetivamente, tomar decisões sobre sistemas assistenciais. Mas é importante que estes, sem descuidar do modelo assistencial, articulem as ações assistenciais a um conjunto mais amplo de medidas, de modo que os modelos de atenção à saúde sejam a expressão setorial de processos políticos que consigam, efetivamente, produzir socialmente a saúde coletiva. Não reduzindo, portanto, o modelo de atenção ao sistema assistencial (NARVAI;FRAZÃO, 2008, p.70).

Paim (2008, p. 553-554) em novo estudo reflexivo sobre modelo de atenção define-o como: “[...] combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde individuais e coletivas”. Neste trabalho sob a perspectiva do campo científico refuta concepções que são atribuídas à modelo de atenção como: Forma de organização das unidades de prestação de serviços de saúde; forma de organização do processo de prestação de serviços; forma de organização das práticas de saúde dirigidas ao atendimento, às necessidades e aos problemas de saúde individual e coletivos; modelo tecnicoassistencial em defesa da vida.

Explicitando sua reflexão sobre modelo de atenção à saúde no Brasil, Paim (2008, 561-562) afirma que a integralidade, a efetividade, a qualidade e a humanização dos serviços de saúde constituem grandes desafios para as políticas de saúde. Nesta busca de alternativas, tem sido valorizadas propostas como oferta organizada, distritalização, ações programáticas de saúde, vigilância da saúde, estratégia de saúde da família, acolhimento e, mais recentemente, linhas de cuidado, projeto assistencial e equipes matriciais e de referência. A maioria destas propostas tenta conciliar o atendimento à demanda e às necessidades na perspectiva da integralidade da atenção. Enquanto algumas valorizam a efetividade e a qualidade técnica, outras priorizam a satisfação das pessoas e a humanização dos serviços.

A guisa da conclusão, Paim (2008, p.571) se expressa:

[...] modelos assistenciais ou modelos de atenção representam tecnologias estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) de uma população que, por sua vez, expressam necessidades sociais, historicamente definidas. Não são normas nem exemplos a serem seguidos, mas formas de articulação das relações entre sujeitos (trabalhadores de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde. Não se reduzem as formas de organização dos serviços de saúde nem aos modos de administrar, gerenciar ou gerir um sistema de saúde, ainda que possam interagir, sinergicamente, com as dimensões gerencial e organizativa de um sistema de serviços de saúde nas estratégias de transformação. Constituem, enfim, racionalidades diversas que informam as intervenções técnicas e sociais sobre as complexas necessidades humanas de saúde.

Perante o exposto pelos diversos autores a compreensão é que todas concepções teóricas estão coerentes com o processo da reforma sanitária e consagram os princípios e diretrizes do SUS como o caminho a ser observado na construção de modelos de saúde, aí incluso o bucal, sejam eles de base local, estadual ou nacional. Mas o estudo adotará a concepção de modelo de atenção

tendo em vista seu melhor e mais consistente delineamento teórico e ser coerente com a Política de Saúde do Recife (*Recife Saudável*), na qual é notada a intersectorialidade como elemento condutor e construtor da política.

2.4 MODELOS MUNICIPAIS DE SAÚDE BUCAL NO NOVO SÉCULO

Visando observar experiências na construção de modelos municipais públicos que, como o Recife, inspirados nos princípios e diretrizes do SUS e da PNSB, buscam reordenar a prática odontológica, superando sua forma tradicional de assistência que historicamente se caracterizou por reproduzir características do mercado, busca-se na literatura especializada estudos que apontem novas características de modelos municipais que buscam superar o antigo paradigma, ou estudos que reflitam sobre características do modelo anterior no período de 2000 a 2007.

Senna e Cohen em 2002 analisam uma experiência de gestão em Niterói-RJ, cujo modelo assistencial é focado na estratégia de saúde da família e consideram que a descentralização da saúde, uma das diretrizes básicas para a implantação do SUS no país, tem se constituído em estratégia definidora de uma nova agenda para o setor. Ao longo dos anos 90, este processo consolidou a reestruturação da arena decisória em torno da saúde, com transferência de responsabilidades e recursos financeiros aos municípios.

Destacam as incertezas inerentes ao processo de descentralização, mas ressaltam o campo fértil de experiências municipais inovadoras, seja quanto ao incremento da oferta de serviços, seja em relação à reorganização do modelo assistencial, ou ainda à revisão das formas de relação público/privado. O nível local tem se configurado como campo essencial para a análise de como a descentralização tem se refletido na conformação do modelo assistencial tendo em vista as relações estabelecidas entre os diversos atores sociais privilegiados no processo de reforma setorial *vis-à-vis* à influência da macroconjuntura (SENNA; COHEN 2002).

Consideram que o modelo assistencial não é dado *a priori*, mas constrói-se no cotidiano das relações políticas entre os diversos atores sociais com poderes

diferenciados no que se refere à incorporação de suas demandas pela agenda estatal. Na perspectiva de seus formuladores, o Programa Médico da Família de Niterói¹ – como iniciativa da burocracia municipal da saúde – encerra a possibilidade de inauguração de um novo padrão de atenção à saúde no município. A ampliação da rede básica, com a implantação de módulos de médico de família se constituiria, nesta direção, uma das estratégias para reverter o modelo de assistência tradicional e para uma aproximação mais estreita com a população, perseguindo, assim, os princípios de universalização do acesso, integralidade da ação, hierarquização e controle social (SENNA; COHEN 2002, p.534).

Na verdade, o programa é considerado, pelos gestores da Fundação Municipal de Saúde, a prioridade para reorientação do modelo assistencial, sendo concebido como porta de entrada ao sistema local de saúde, sobretudo das comunidades mais vulneráveis ao processo de adoecimento. O Programa Médico da Família busca, neste sentido, efetivar o conceito de responsabilidade sanitária e propor espaços de construção de cidadania, de modo a ampliar o acesso aos recursos disponíveis, na lógica de discriminação positiva. Nesta direção, o programa deve manter com os demais serviços da rede uma política de articulação de forma complementar, hierárquica e regional. Entendem que a rede de serviços precisa ser pensada e repensada na sua forma de atuar, incorporando princípios estratégicos na concretização das diretrizes do SUS, sendo este o grande desafio (SENNA; COHEN 2002, p.534).

Serra (2001), concordando com Senna e Cohen (2002), analisa Niterói (RJ), sob a ótica da conjuntura municipal, sua política de saúde bucal e conclui que apesar de várias iniciativas serem tomadas pela coordenação de saúde bucal, não foi o suficiente para inserir a saúde bucal na saúde coletiva. Que apesar da saúde bucal participar de vários programas, o mesmo acontece por iniciativa própria dos profissionais e não por uma padronização de atuação. Não se tem registro de qualquer discussão sobre saúde bucal nos conselhos de saúde.

Chaves e Silva (2007a) ressaltam que desde 2003 o país conta com uma Política Nacional de Saúde Bucal, que estabeleceu diretrizes e ampliou investimentos, mas apontam que ainda não está claro a *imagem objetivo* da atenção a saúde bucal a ser implementada nos municípios brasileiros, mesmo que em

¹ Nome fantasia do Programa de Saúde da Família de Niterói

portarias ministeriais se destaque a priorização da saúde da família e os CEOs para a média complexidade.

Baseado nesta reflexão Chaves e Silva (2007a), buscaram analisar em que medida a descentralização da gestão da atenção à saúde tem influenciado a (re) organização dos serviços odontológicos em municípios da Bahia, na perspectiva da consolidação de práticas organizacionais, clínicas, preventivas e coletivas no nível local, articuladas aos princípios do SUS. Com essa finalidade, estimaram o grau de implantação dos componentes relacionados à organização da atenção à saúde bucal. Ressalte-se que nas suas análises sempre esteve presente conjuntura política, econômica e social, ou seja, ancorados nas realidades locais.

Dentre as conclusões de Chaves e Silva (2007a, p.1129) destacam-se:

[...] problema de prioridade do setor odontológico dentro das políticas do setor saúde.[...] consenso entre os autores acerca da defesa dos princípios e diretrizes orientadores do SUS brasileiro para as políticas de saúde bucal do país, com diferentes estratégias de operacionalização dos princípios de universalidade, equidade e integralidade. [...] indicações de que os odontólogos podem desempenhar papel importante quando sustentados por uma razoável gestão e organização dos serviços de saúde bucal. Confirmou que a descentralização não é uma panacéia, [...] não sendo capaz de gerar automaticamente mudanças nos serviços de saúde. Além disso, revelou que o financiamento por si só não é suficiente - diante do mesmo volume de recursos, houve diferentes impactos na organização do setor de saúde bucal nos dois municípios avaliados.

Souza e Roncalli (2007) estudam o PSF em municípios do estado do Rio Grande do Norte (RN), levando em conta a regulamentação pelo MS de reorganizador da atenção básica e de reformulador das ações de saúde, tendo em vista o descompasso entre os modelos tradicionais de assistência e os princípios do SUS, tornando-se seu modelo assistencial de eleição. O estudo foca os municípios do RN, mas o processo de estruturação de modelos assistenciais tendo o PSF enquanto reorganizador transcende os limites estaduais.

Os supracitados autores entendem a saúde bucal como integrante desse processo, a sua incorporação ao PSF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Isso porque o PSF, de certa forma, tenta romper com a lógica programática desses modelos, visto que não só articula as propostas da vigilância à saúde baseando-se na integralidade, mas também possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário (SOUZA; RONCALLI, 2007, p.2727).

Nas considerações finais, Souza e Roncalli (2007) avaliam que grande parte dos municípios não avançou no modelo assistencial em saúde bucal após a sua incorporação no PSF. Os pontos mais críticos estão nas relações de trabalho, no referenciamento dos pacientes para ações de média e alta complexidade, no desenvolvimento de ações intersetoriais, nas estratégias de programação (diagnóstico epidemiológico e avaliação das ações) e na infra-estrutura observada. Perceberam ainda que os municípios que mais avançaram são aqueles que apresentam melhores condições de vida da população, o que pode ser reflexo de políticas públicas, dentre elas as de saúde, menos excludentes e mais integradas. Ademais, refletem as limitações acerca do entendimento da saúde apenas como oferta de serviços.

Pesquisando também sobre municípios nordestinos, Martelli *et. al* (2008) analisam o modelo de atenção à saúde bucal em nove municípios do estado de Pernambuco, a partir do relato dos seus coordenadores de saúde bucal (CSBs).

Foram relatadas suas atividades como coordenador, formação e práticas desenvolvidas pelo cirurgião-dentista inserido na Equipe de Saúde da Família, procedimentos de atenção básica e rede de referência e contra-referência. Foram classificados, de acordo com o perfil dos profissionais e das ações e serviços oferecidos pelo município.

Os resultados mostraram que dos municípios analisados, três enquadram-se na categoria *estruturado*, cinco na categoria *semi-estruturado* e apenas um como *não-estruturado*. Dessa forma, percebe-se que a maioria dos municípios pesquisados (seis) apresentam dificuldades na estruturação da saúde bucal à luz da Estratégia de Saúde da Família. O fato de o perfil profissional estar voltado para a clínica, influência de uma formação flexineriana, e também a expectativa da comunidade, habituada ao atendimento curativo do profissional, refletem um atendimento meramente clínico e pontual.

A ausência de uma pós-graduação baseada nas premissas do SUS, comum à maioria dos CDs e CSB entrevistados, aliada à formação acadêmica curativa supracitada, demonstram a falta de preparo do profissional para uma atuação mais adequada ao PSF. Dessa forma, as questões relacionadas à incorporação de novas práticas assistenciais, bem como o entendimento desses atores na rede de referência e contra-referência, estão comprometidas.

A motivação desses profissionais deve ser uma prioridade; o investimento e estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações por eles desenvolvidas podem marcar o início do redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Bucal.

Leal e Tomita (2006, p.159) analisam a percepção de 2 gestores locais de saúde do Estado de São Paulo quanto ao acesso à assistência odontológica e o princípio da universalização do SUS, e nas suas considerações finais analisam como paradoxal o fato dos gestores conhecerem os princípios importantes que norteiam o SUS, que, contudo, não balizam, na prática, o planejamento das ações programáticas em saúde bucal. Observa-se que, sob o pretexto de um patrimônio herdado dos programas centrados no atendimento à saúde do escolar, o acesso do *restante* da população à assistência odontológica ocorre de maneira desigual, não organizada e os indicadores empíricos que mostram a baixa efetividade deste sistema são as filas de usuários à espera de atendimento.

Martins *et.al.* (2009, p.81) entrevistaram coordenadores de saúde bucal e cirurgiões dentistas de 40 municípios do noroeste de São Paulo, tendo em vista a importância destes atores na implantação do SUS. Na conclusão do artigo, os autores sugerem a necessidade de promoção de cursos a respeito da base conceitual e filosófica do SUS, além de mudanças na grade curricular das instituições de ensino, objetivando formar profissionais voltados para as reais necessidades de saúde dos brasileiros.

Fernandes e Peres (2005, p.930) associam indicadores de atenção básica em saúde bucal e indicadores municipais socioeconômicos e de provisão de serviço odontológicos para municípios do estado de Santa Catarina e concluem que maiores coberturas foram associadas ao aumento de dentistas no SUS. Municípios com piores condições socioeconômicas foram associados a maiores proporções de exodontias. Políticas de saúde bucal devem priorizar municípios que apresentam piores indicadores socioeconômicos.

Baldani, Almeida e Antunes (2009, p.446), observaram no Estado do Paraná a priorização de municípios em piores situações socioeconômicas quando estudaram o repasse de recursos públicos do MS para estes entes federativos e a implantação de novos serviços de saúde bucal, e concluíram que houve uma tendência redistributiva, ou pró-equidade, na provisão de serviços odontológicos no estado do Paraná, com maior provisão *per capita* de recursos ou serviços para

municípios com piores indicadores socioeconômicos. Esta tendência se mostrou compatível com as diretrizes programáticas recentes do Ministério da Saúde.

Araújo e Dimenstein (2006, p.226), analisam a forma como vem se dando a atuação de cirurgiões-dentistas no PSF de municípios do Rio Grande do Norte e mapeiam as atividades aí desenvolvidas e dentre suas conclusões destacam o perfil profissional voltado para a clínica, aspecto que está relacionado a sua formação acadêmica, mas também devido à própria expectativa da comunidade, bem como da gestão do serviço em priorizar o atendimento clínico. A maioria não possui especialização, e os que têm tal formação concluíram cursos sem nenhuma relação com a saúde pública ou coletiva, demonstrando a falta de preparo acadêmico para uma atuação mais adequada ao PSF.

Observam que atividades básicas que são desenvolvidas no cotidiano, tais como dentística, periodontia básica, cirurgia simples e atividades preventivas e educativas, são realizadas da maneira tradicional, em forma de palestras e aplicação de flúor. Nenhum outro tipo de ação ou recurso foi detectado nas falas dos participantes, demonstrando o limitado arsenal com que trabalham no PSF (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006, p.226).

Nascimento *et. al.* (2009, p.456) analisaram práticas de saúde bucal coletiva nos modelos de atenção a saúde familiar de Campinas (SP) e Curitiba (PR) e observaram que houve progresso no acesso dos usuários aos serviços, na humanização do cuidado em saúde, no acolhimento das pessoas e no vínculo entre os profissionais e os pacientes. Os resultados relativos às práticas de promoção de saúde, territorialização, abordagem interdisciplinar e qualificação das equipes indicaram a necessidade de avanços técnicos e operacionais nas duas cidades.

Concluem afirmando que os dois modelos apresentam importantes avanços na qualificação do acesso e na humanização do cuidado em saúde. Não obstante, o direito universal ao acesso à saúde bucal, em todos os níveis de complexidade, mostrou-se deficiente nas duas cidades. Os gestores locais dos serviços de saúde e os coordenadores municipais de saúde bucal devem atuar com maior intensidade ao definir prioridades em políticas públicas de saúde local (NASCIMENTO *et. al* 2009, p.456).

Santos e Assis (2006, p.53), estudaram sobre a prática de saúde bucal no PSF de Alagoinhas – BA (2001-2004), com o objetivo de analisar os dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal: vínculo, acolhimento, autonomia,

responsabilização e resolubilidade, e concluíram que a prática é organizada através de ações individuais e coletivas, construídas por uma demanda reprimida. O atendimento é fragmentado com a valorização excessiva da técnica e da especialidade, cujo eixo é ordenado pelo modelo médico-centrado, com resolubilidade limitada. O acolhimento é manifestado através de uma relação tensa e conflitante, porém com potencialidade para construir alternativas de mudança. Vínculo e autonomia entrecruzam-se no resgate da relação trabalhador-usuário e no encontro de suas potencialidades, possibilitando horizontalizar saberes, estreitar laços e consolidar afetos. Enfim, a prática da saúde bucal é plena de conflitos e contradições e se constitui em potencial ferramenta de mudança nos processos de trabalho, convivendo com o velho (fragmentação) e o novo (integralidade), num processo inacabado, em construção.

Estudo de Chaves e Silva (2007b) visou analisar os meios e processos de trabalho dos cirurgiões-dentistas inseridos na atenção básica em dois municípios da Bahia, buscando identificar em que medida fatores relacionados à gestão da atenção à saúde bucal, formação, inserção e perfil profissional influenciam as práticas desenvolvidas pelos mesmos.

Os autores concluem que a incorporação dos cirurgiões-dentistas entrevistados ao campo público da saúde parece incipiente e relacionada menos com a formação profissional e com a trajetória social do que com a existência de uma situação de governo e de gestão favoráveis à reorganização das práticas assistenciais na direção de um novo modelo assistencial. Esse *habitus* do campo público aparece sob a forma de um *perfil* para o trabalho no campo público, se materializa na dominância de práticas educativas e preventivas voltadas para grupos, especialmente escolares, e também influencia a própria prática clínica individual de consultório. A lógica dominante do campo privado odontológico está presente em diversos momentos e se revela tanto nas práticas como nas aspirações dos profissionais. A influência dos campos a qual pertencem sobre a prática dos sujeitos parece estar condicionada pelo jogo de forças estabelecidas ao interior de um campo e entre os mesmos. Ainda que o subcampo público da saúde tenha influenciado as práticas do subcampo privado da saúde, produzindo mudanças importantes nas atividades dos agentes, quando sustentados por uma gestão local da saúde comprometida com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira; a força do subcampo privado de origem é ainda superior, o que exige um esforço extra para

a manutenção das mudanças requeridas na prática profissional para sua maior efetividade (CHAVES; SILVA 2007b).

Emmi e Barroso (2008, p.40), analisam a partir de opinião com usuários, ações de saúde bucal no PSF do município de Mosqueiro no Pará e concluem que os conhecimentos sobre saúde bucal evoluíram, principalmente flúor e fio dental, demonstrando a eficácia do trabalho da Equipe de saúde bucal (ESB), passando informações importantes para manutenção da saúde bucal da população. A maior parte dos entrevistados mostra-se satisfeita com a qualidade do atendimento prestado pela ESB, considerando uma grande melhora na qualidade de saúde bucal após a implantação da ESB. As melhorias consideradas de maior importância para a população da amostra são, nessa ordem, as orientações de higiene oral, o maior acesso ao atendimento e as visitas domiciliares. Os usuários, em sua maioria, consideram-se muito satisfeitos com a atuação da equipe e com as atividades por ela desenvolvidas.

Oliveira e Saliba (2005, p.301) estudaram a atenção odontológica no PSF de Campos dos Goytacases (RJ) e concluíram que a implantação das equipes de saúde bucal no PSF ainda é incipiente e não atende às necessidades da população adscrita, pois as quatro equipes não conseguem atingir a grande demanda por atenção odontológica. As ações da equipe de saúde bucal não estão totalmente de acordo com o que é proposto pelo Ministério da Saúde. A participação da equipe odontológica no PSF é limitada, focalizada, na maioria das vezes, no atendimento clínico ambulatorial básico. A contratação dos profissionais é feita de forma precária, o que compromete a consolidação efetiva do programa. Para concretizar a inserção da Odontologia no Programa de Saúde da Família, é preciso entendê-lo como uma Estratégia para consolidação do SUS, respeitando seus princípios *sagrados* de Participação Popular, Integralidade, Equidade, Universalidade, Hierarquização e Regionalização.

Rocha e Goes (2008, p.2874) estudaram o acesso a serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela estratégia de saúde da família em Campina Grande (PB) e concluem que não foi evidenciada, associação entre residir em uma área coberta pela ESF ou não coberta com o acesso aos serviços de saúde bucal. O que não era de se esperar pela territorialidade das ações do programa. No entanto, ao refletir sobre o papel das equipes de saúde bucal da ESF na ampliação do acesso aos serviços de saúde, esta indiferença no acesso pela população das

áreas cobertas pode ser explicado pela não adequação da formação profissional, pela influência dos fatores sócio-demográficos, como idade e renda e o direcionamento das políticas para grupos prioritários, principalmente crianças em idade escolar.

Este panorama de experiências municipais, apresentadas com suas diferentes características e desafios, que são inerentes as especificidades da construção de cada modelo municipal de saúde bucal também estão presentes no modelo de atenção em saúde bucal do Recife, que tendo em comum o fato de ter sido influenciado pelos princípios do SUS e da PNSB também guardará suas peculiaridades como será possível observar nos capítulos de modelo de atenção em saúde bucal e no de implantação da PNSB no Recife.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do Cirurgião-Dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 219-227, 2006.

BALDANI, M. H.; ALMEIDA, E. S.; ANTUNES, J. L. F. Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no Estado do Paraná. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 446-454, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Secretaria Geral. **Modelos assistenciais no SUS**. Brasília, DF, 1990.

_____. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.

CAMPOS, G. W. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: ESCOREL, S. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 141-166.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. 2. ed. São Paulo, Hucitec, 2007.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 837-868.

CHAVES, S. C. L.; SILVA, L. M. V. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1119-1131, 2007a.

CHAVES, S. C. L.; SILVA, L. M. V. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**,

Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1697-1710, 2007b.

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

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 930-936, 2005.

FREITAS, C. M.; CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

LEAL, R. B.; TOMITA, N. E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 155-160, 2006.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas na regulação da saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MARTELLI, P. L. J. et al. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do Estado de Pernambuco. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1669-74, 2008.

MARTINS, R. J. et al. Percepção dos Coordenadores de saúde bucal e Cirurgiões-Dentistas do serviço público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 75-82, 2009.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 113-160.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NASCIMENTO, A. C. et al. Saúde bucal na estratégia de saúde da família: mudança de práticas ou diversionismo semântico. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 455-62, 2009.

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

OLIVEIRA, A. G. R. C. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, Brasília, a. 2, v. 2, n. 1, p. 9-14, jan./mar. 1999.

OLIVEIRA J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10(sup), p. 297-302, 2005.

OLIVEIRA NETO, A. V. **O modelo tecnoassistencial em saúde na cidade do Recife no período de 2001 – 2008**: em busca de seus marcos teóricos. 2009. Monografia (Residência em Medicina de Família e Comunidade) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, Recife, 2009.

PAIM, J. Reforma sanitária e os modelos assistenciais In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, F. N. **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Médsi, 1999. p. 473-488.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção a saúde no Brasil in: ESCOREL, S. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p. 547-574.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde in: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p. 161-174.

ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela estratégia saúde da família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2871-2880, 2008.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SENNA, M. C. M.; COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.

7, n. 3, p. 523-535, 2002.

SERRA, C. G. A saúde bucal como política de saúde: a experiência de Niterói. **Physis** (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 95-122, 2001.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo, Hucitec, 1998.

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

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. Modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. epidemiol. SUS.**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In. CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 635-668.

CAPÍTULO 3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

CAPÍTULO 3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

3.1 INTRODUÇÃO

Este capítulo visa atender ao objetivo específico: analisar a conformação da política nacional de saúde bucal. Os dados que subsidiam a confecção deste capítulo são oriundos de documentos oficiais do Ministério da Saúde, da literatura concernente a temática, entrevista com o coordenador nacional de saúde bucal, informações repassadas pelos técnicos da COSAB diretamente ao autor da tese, ou indiretamente quando pesquisadas no site do Ministério da Saúde, além da vivência do autor como membro da comissão que assessora o coordenador nacional de saúde bucal no período 2003 a 2010.

Digno de se relatar pela sua dimensão nacional e estruturadora de serviços de saúde bucal neste século, especificamente para atenção básica são os preceitos da portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) que determina incentivos financeiros para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família e da portaria que estabelece o plano de reorganização da saúde bucal na atenção básica. (Inclusão da saúde bucal no PSF). (BRASIL, 2001). No entanto esta iniciativa Ministerial não pode ser caracterizada como uma primeira política nacional de saúde bucal, pois além de outras iniciativas estruturantes da assistência em saúde bucal realizadas pelo Ministério da Saúde em décadas anteriores, tem-se que relatar que desde o início dos anos 80 existem fóruns nacionais representativos que foram propositivos de políticas da área, como os Encontros Científicos de Estudantes de Odontologia, ENATESPOs e Conferências Nacionais de Saúde Bucal.

Não obstante estas contribuições históricas, o fulcro da pesquisa será as *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal* (BRASIL, 2004a), que virá a ser a base da atual Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente). Fica aqui o registro que o Brasil Sorridente é um constructo histórico aonde o acúmulo de experiências teóricas e práticas desenvolvidas no bojo da reforma sanitária brasileira se expressam.

3.2 CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NESTE SÉCULO

Neste item busca-se sistematizar as principais ações e o contexto de iniciativas políticas perpetradas pelo ente formulador nacional de políticas de saúde bucal, Ministério da Saúde, nesta primeira década do século XXI.

No Brasil ao nível da esfera pública, o primeiro tipo de atendimento odontológico prestado caracterizou-se pela livre demanda e o foi numa ótica tipicamente flexneriana.

[...] Mesmo sendo de livre demanda ele promoveu alguma organização dos serviços, entretanto tal organização não se fez na lógica da programação; mas sim, naquela típica do mercado, mediante uma transposição simples e automática desta lógica para o espaço de realização dos serviços públicos na esfera pública. Entretanto, na esfera pública há dificuldades adicionais. Isto resultou no surgimento de uma prática empobrecida, realizada por serviços de má-qualidade, constituindo-se em algo similar a um mercado de segunda linha (ZANETTI; LIMA; RAMOS, 1996).

Buscando a organização do sistema público de saúde, uma das delimitações possíveis é por nível de complexidade. Nesta delimitação a atenção básica tem sido uma denominação adotada no âmbito do Sistema Único de Saúde Brasileiro, para designar uma abordagem, que corresponderia à atenção primária à saúde, consistindo pelo modelo proposto como *a porta de entrada* do sistema (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento.

Visando organizar a atenção básica surge em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), quando o Ministério da Saúde, buscando reverter o modelo hospitalocêntrico de prestação de assistência à saúde, regulamenta e passa a repassar incentivos financeiros para os municípios que aderissem a este programa. Na visão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), o Programa de Saúde da Família, desde então é entendido como:

[...] uma estratégia para a reorganização da atenção básica que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. Portanto, o MS vem reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, imprimindo uma nova dinâmica para a consolidação do SUS.

O Programa de Saúde da Família busca reforçar os princípios do SUS, de universalidade, equidade e integralidade das ações com a finalidade de propiciar o

enfrentamento e a resolução dos problemas identificados através da atuação de uma equipe multiprofissional (RONCALLI, 2000).

No programa de saúde da família, o território e a população adscrita, a intersetorialidade constituem eixos fundamentais de sua concepção, e visitas domiciliares, uma das suas principais estratégias, objetivando ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população. Tem a finalidade ainda de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados através da atuação de uma equipe multiprofissional, desencadeando mudanças profundas de ordens conceitual, metodológica e operacional. Traz consigo a proposta de humanização, a produção do cuidado em desenvolver ações e serviços de saúde, devendo resultar em um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade.

Caracteriza-se como o primeiro contato da população com o serviço de saúde municipal, devendo ser garantida a resolutividade referente à sua complexidade tecnológica, assegurando-se referência e contra-referência com os diferentes níveis do SUS. Questão fundamental é que sejam pensadas as *linhas de cuidado* (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), implicando num redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um dos seus fundamentos mais importantes, com a criação de fluxos que impliquem ações das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar.

Fundamental à organização da atenção básica, a estratégia de Saúde da Família foi normatizada pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de saúde de 1996 (NOB/SUS)-96, que definiu suas formas de financiamento, incluindo-a no Piso de atenção Básica (PAB) (MARTELLI, 2001). Com a implementação da NOB/SUS-96, já no início de 1998, foram criados, além do repasse por habitante (PAB-Fixo), os incentivos para o PACS e PSF (PAB - Variável).

Quanto à incorporação das equipes de saúde bucal ao PSF, mesmo não estando previsto nas suas diretrizes a participação da odontologia, vários municípios acrescentaram-na e de diversas maneiras. Desde 1995 que municípios brasileiros como Curitiba (RONCALLI, 2000) e o Distrito Federal (ZANETTI, 2000), e no caso de Pernambuco desde 1998, com Camaragibe (MARTELLI, 2001), que vem se agregando ao PSF a equipe de saúde bucal, com iniciativas que vão desde o treinamento dos agentes comunitários de saúde no sentido de incluírem instruções relativas a saúde bucal em suas atividades, até a inclusão do Cirurgião Dentista e seu pessoal auxiliar na equipe do PSF.

No ano de 1998 foi realizada uma pesquisa nacional de amostragem domiciliar pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (PNAD/IBGE) (BRASIL, 1998) em convênio com MS, demonstrando que 18,7% da população brasileira, aproximadamente 29,6 milhões de habitantes, naquele ano, encontravam-se aliados de qualquer forma de assistência odontológica. Situação que se tornava mais precária na zona rural chegando a atingir 32% dos residentes, o que demonstrava a inacessibilidade aos programas odontológicos públicos, bem como a rede privada liberal e a assistência odontológica suplementar de quase 1/5 da população brasileira.

Estes dados vêm dar maior sustentação para antigas articulações de entidades odontológicas e da sociedade civil, visando à inclusão da saúde bucal no PSF e assim preencher esta lacuna que é a limitação do acesso à assistência odontológica no programa de saúde da família. Surge destas articulações a portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000) por parte do Ministério da Saúde, estabelecendo incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.

As normas e as diretrizes da portaria 1.444, foram regulamentadas pela Portaria GM/MS Nº 267 de 6 de março de 2001 (BRASIL, 2001). Com essa Portaria, a ESF contou com a participação de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família.

O Ministério da Saúde só virá a repassar os primeiros incentivos em meados de 2001, ou seja, tanto programaticamente ou como agente financiador, o Ministério da Saúde ficou a reboque de municípios que tiveram maior agilidade elaborativa e de auto-custeamento.

Destaca-se o ineditismo da introdução da saúde bucal no PSF induzindo a mudanças de práticas assistenciais:

[...] é que a assistência com base no domicílio introduz uma nova lógica assistencial que rompe com a prática histórica da odontologia essencialmente centrada no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório. É importante que as experiências de introdução da saúde bucal no PSF não apenas transfiram linearmente o espaço de trabalho do CD, mas que produzam um ganho no sentido de reordenamento da prática odontológica, de uma mudança qualitativa na abordagem das doenças bucais (OLIVEIRA *et. al* 1999, p.13).

Quando da normatização do ingresso da equipe de saúde bucal no PSF, o Ministério da Saúde elenca os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

Ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas no PSF, respeitando os seus princípios organizativos e operacionais, estimulando desta forma a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica.”

Objetivos específicos:

- Melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- Orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo PSF;
- Assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal;
- Capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS;
- Avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF (BRASIL, 2001).

Quando da normatização o Ministério da Saúde, também vem a definir 10 características operacionais que espera ver consolidadas com a implantação das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2001):

I—Caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

II – Adscrição da população sob responsabilidade da UBS.

III – Integralidade da assistência prestada à população adscrita.

IV--Articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do sistema de saúde.

V—Definição da família como núcleo central de abordagem.

VI—Humanização do atendimento.

VII--Abordagem multiprofissional.

VIII-Estímulo as ações de promoção de saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social.

IX—Educação permanente dos profissionais.

X—Acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

Também são definidas duas modalidades para credenciamento das equipes de saúde bucal por parte do Ministério da Saúde: modalidade I com cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal (ASB) e modalidade II com técnico em saúde bucal (TSB), CD e ASB. A jornada de trabalho da equipe deverá ser de 40 horas semanais, ficando cada equipe de saúde bucal responsável por aproximadamente 6.900 habitantes (BRASIL, 2001).

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as Equipes de Saúde bucal: Equipe de Saúde bucal modalidade I, o valor total repassado anualmente pelo Ministério da Saúde foi de R\$ 13.000,00 (treze mil reais). Para a modalidade II, o valor total repassado anualmente pelo Ministério da Saúde era de 16.000,00 (dezesesseis mil reais) (BRASIL, 2000).

Independente da modalidade da equipe de saúde bucal implantada era transferido um incentivo adicional, em parcela única, no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos. No caso da existência dos equipamentos no local destinado ao atendimento, o incentivo adicional poderá ser utilizado para complementá-los, ou ainda, para a aquisição de outros equipamentos ou instrumentais de uso odontológico que se façam necessários na atenção básica (BRASIL, 2000).

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde bucal implantadas são transferidos a cada mês, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, tendo como base o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) registrados no cadastro de Equipes e profissionais do sistema de Informação de atenção Básica (SIAB), na respectiva competência financeira (BRASIL, 2006a).

A transferência de recursos federais aos estados e municípios, que compõem o financiamento tripartite das ações de saúde bucal na atenção básica, vem se efetivando por meio do Piso de Atenção Básica, no nível federal. Criou-se assim, a fração variável do PAB, um incentivo bucal na equipe de Saúde da Família. O financiamento global das ações de saúde bucal realizadas pelas equipes de saúde da família se dá pela complementaridade do PAB fixo e do PAB variável. Os municípios que se qualificarem às ações de saúde bucal receberão incentivo financeiro por equipe implantada, transferido de forma automática e regular em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos) (BRASIL, 2006a).

No início de 2003, estando recém eleito o Presidente da República, há a edição pelo Ministério da Saúde da portaria (BRASIL, 2003a) aonde demonstra que para a atenção básica em saúde bucal deseja continuar incentivando a incorporação junto ao programa de saúde da família, só que em outras bases, com melhor cobertura populacional e maiores incentivos financeiros para os municípios, ou seja, houve uma continuidade programática trazendo no seu bojo uma melhor estruturação.

A partir da Portaria Nº. 673 (BRASIL, 2003a), o Ministério da saúde passou a financiar as equipes de saúde bucal na proporção de 1:1 com relação à equipe de saúde da família, com cada ESB passando a cobrir, em média, 3.450 pessoas. Houve reajuste no incentivo anual de custeio das Equipes de saúde bucal para R\$ 15.600,00 (quinze mil e seiscentos reais) para a modalidade I e de R\$ 19.200,00 (dezenove mil de duzentos reais) para a modalidade II.

No início de 2004 foi divulgada a Política Nacional de Saúde Bucal (Programa Brasil Sorridente), em evento que contou com a presença do Presidente da República, situação inédita na história da saúde bucal Brasileira, e compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Essa política é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Esta Política tem o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo a atenção integral aos indivíduos e às famílias (BRASIL, 2004a).

Com as *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal* (BRASIL, 2004a) ratifica-se a continuidade da saúde bucal no PSF como reestruturadora da atenção básica.

A Política Nacional de saúde Bucal (Brasil Sorridente) reajustou novamente o valor dos incentivos repassados para as equipes de saúde bucal da Equipe de Saúde da Família, através da portaria Nº 74/GM de 20 de janeiro de 2004 (BRASIL, 2004e). A Modalidade I passou a receber R\$ 20.400,00 e a modalidade II R\$ 26.400,00 por ano para custeio das ações em saúde bucal. A mesma portaria concede ainda um equipo odontológico completo para as equipes habilitadas na modalidade II e define uma correção no incentivo adicional para R\$ 6.000,00, destinado à compra de instrumentais. Outra portaria GM/MS Nº 1.434 de 14 de julho de 2004 (BRASIL, 2004f), que ressalta o princípio da equidade, aumenta em 50% o incentivo financeiro na Equipe de Saúde da família e Equipe de Saúde Bucal, privilegiando municípios com população inferior a 30.000 habitantes, baixo índice de desenvolvimento humano, com populações quilombolas ou assentamentos, objetivando melhorar o acesso aos serviços de saúde, diminuir desigualdades regionais e aumentar a cobertura da estratégia de Saúde da Família.

Em observância as diretrizes propostas nos *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*, entre as diferentes esferas de governo, é publicada em 28 de março de 2006 a portaria 648 pelo Ministério da Saúde, que institui a *Política Nacional de Atenção Básica* que revisa todas as diretrizes e normas para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF. Incluso nesta

portaria a definição do papel do Cirurgião Dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família, atribuindo-lhe 9 responsabilidades (BRASIL, 2006a):

- I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
- IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
- V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do TSB, ASB e ESF;
- VIII - realizar supervisão técnica do TSB e ASB; e
- IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde da Família (USF).

No mês de dezembro de 2002, último da gestão do então Presidente Fernando Henrique Cardoso, haviam sido implantados por todo território nacional 4.261 equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, com cobertura populacional de 15,18%. Em dezembro de 2007 já haviam sido implantados por todo território nacional 15.694 equipes de saúde bucal na ESF representando uma cobertura de 40,89 % da população e extensão a 4.294 municípios (77,2% dos municípios brasileiros) e com tendência a expansão (BRASIL, 2008a).

Com a expansão do conceito de atenção básica e o conseqüente aumento na oferta e diversidade dos procedimentos fazem-se necessários, também, investimentos e a organização da média e alta complexidade na efetivação dos princípios do SUS. Dados do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS de 2002 indicaram que no Brasil os serviços especializados correspondiam a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. Este dado evidenciou a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em conseqüência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde. A expansão da rede assistencial para média complexidade ambulatorial e para a alta complexidade hospitalar não acompanhou, no setor

odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica (BRASIL, 2004b).

Segundo o Ministério da Saúde a média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2008b).

No bojo da PNSB lançada em 2004 para enfrentar o desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde é a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (BRASIL, 2004b; 2004c; 2004d). Os Centros de Especialidades Odontológicas são unidades de saúde, e uma das frentes de atuação do Brasil Sorridente classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Os Centros de Especialidades Odontológicas estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais.

Para regulamentar e incentivar financeiramente os CEOs são editadas as Portarias 1.570 e 1.571 de 29 de julho de 2004 (BRASIL, 2004b; 2004d). Trazem que o CEO deve ter uma produção mínima mensal para fazer jus ao repasse do incentivo oferecido pelo Ministério da Saúde, o CEO tipo I deve realizar 255 procedimentos, CEO tipo II 355 e CEO tipo III 605, distribuídos entre cirurgia, periodontia, endodontia e procedimentos individuais preventivos. Devem funcionar 40 horas semanais, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de CEO. A implantação de centros de especialidades funciona por meio de parceria entre estados, municípios e o governo federal.

A Portaria N.º 599/GM de 23 de março de 2006 (BRASIL, 2006b), revoga a Portaria N.º 1.570/GM e define critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento de CEOs, e a Portaria N.º 600/GM também de 23 de março de 2006 revoga portarias anteriores (BRASIL, 2006c) e institui o financiamento para os CEOs: tipo I, aqueles com três equipamentos odontológicos, são destinados mensalmente R\$ 6,600 mil para custeio, além de R\$ 40 mil em parcela única, correspondentes a custos com reformas, ampliação do espaço físico e aquisição de

equipamentos. Para os CEOs tipo II, com quatro ou mais equipamentos odontológicos, os valores mensais são de R\$ 8,800 mil e R\$ 50mil, respectivamente e os CEOs tipo III possuem no mínimo 7 equipamentos odontológicos e recurso de implantação de R\$ 80mil reais além do repasse mensal de incentivo no valor de R\$ 15.400,00.

O levantamento SB-2003 (BRASIL, 2003b) reforça uma demanda social histórica, quando aponta um elevado edentulismo, principalmente para a população adulta e idosa e a pouca posse da prótese. Para oferecer uma oportunidade de intervenção, o Ministério da Saúde edita a portaria 1572 de 29 de julho de 2004 que cria os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) (BRASIL, 2004d).

Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, outra frente de atuação do Programa Brasil Sorridente, são unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses totais ou próteses parciais removíveis. Por meio da Portaria nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, os procedimentos de moldagem e entrega da prótese total foram incluídos na Atenção Básica (BRASIL, 2004e).

Para apoiar a confecção das próteses totais e removíveis, foram instituídos recursos financeiros repassados por prótese confeccionada via emissão de Autorização para Procedimento de Alto Custo/Complexidade (APAC) no valor de R\$ 30,00 por prótese (BRASIL, 2004d).

Na média complexidade em dezembro de 2007, já existiam 604 Centros de Especialidades Odontológicas incentivados pelo Ministério da Saúde e 274 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (BRASIL, 2010).

Na atenção terciária o Brasil Sorridente edita uma série de portarias que ampliam as possibilidades de internação e realização de cirurgias, principalmente para o câncer bucal. Para tanto implementa-se uma tabela com valores diferenciados para procedimentos odontológicos realizados no ambiente hospitalar. Possibilita ao cirurgião bucomaxilofacial operar e se responsabilizar administrativamente pelo ato cirúrgico, não mais dependendo de um médico para emissão da autorização de internação hospitalar (AIH). Possibilita que o cirurgião dentista patologista possa realizar biópsias e as mesmas serem reconhecidas administrativamente pelo SUS. Determina que serviços públicos de referência para câncer, os centros de assistência de alta complexidade em oncologia (CACON) sejam também para câncer de origem bucal.

No período de 29/07 a 01/08 de 2004 realiza-se em Brasília a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) com o tema: *Acesso e qualidade, superando a exclusão social*, debatido com base em 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. Esta conferência teve a oportunidade histórica de avaliar a recém lançada Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), sendo seu relatório final aprovado por 883 delegados de 26 estados e do Distrito Federal. Houve um envolvimento de 83.978 pessoas nas etapas municipais, estaduais e na nacional (MOYSÉS, 2008, p.727). No ano de 2010 o Conselho Nacional de Saúde aprovou a realização da IV CNSB, que possivelmente acontecerá no ano de 2012.

São elaborados manuais tanto para a atenção básica (Caderno de Atenção Básica em saúde Bucal), como para a atenção secundária (Manual de Especialidades em saúde Bucal) com normatizações, visando uma melhor incorporação pela esfera municipal das estratégias induzidas pelo Ministério da Saúde. Outros lançamentos foram: *Guia de Recomendações Para Uso de Fluoretos no Brasil; Manual da Saúde Bucal e Doença Falciforme; A Política Nacional de Saúde Bucal-Registro de Uma Conquista Histórica*. Todos estes estão disponíveis no sítio www.saude.gov.br/bucal.

No tocante a promoção/prevenção foram alocados recursos do Ministério da Saúde e executados pela Fundação Nacional de Saúde visando a expansão da fluoretação d'água de abastecimento público por todo território nacional. Contínua expansão da fluoretação nos municípios também pode ser relatada, segundo dados da COSAB (BRASIL, 2010), no período de 2004 a 2008, 458 novos municípios foram contemplados.

Foram fornecidos pelo Ministério da Saúde equipamentos e instrumentais odontológicos para os municípios que aderiram a implantação da saúde bucal na ESF ou que implantaram CEOs, priorizando municípios com complexos prisionais, em áreas de fronteiras ou localizados nos territórios de cidadania.

Objetivando planejar e acompanhar o impacto das ações da PNSB, o Ministério da Saúde realizou um levantamento epidemiológico de dimensão nacional em 2003 (BRASIL, 2003b). O SB 2003 que se iniciou em 1998 e que estava programado para ser concluído no ano 2000, por problemas operacionais somente virá a ser concluído em 2003, perdendo a oportunidade de conferir se o Brasil atingiu

no ano 2000 as metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde em saúde bucal para seus países membros. Outro levantamento epidemiológico de dimensão nacional está sendo realizado em 2010. Foi criado um comitê técnico assessor para vigilância em saúde bucal.

Também foram lançados dois editais de pesquisas buscando apoiar trabalhos que refletissem sobre políticas públicas de saúde bucal, além do financiamento de oito observatórios de políticas ligados a instituições de ensino, focados no acompanhamento da evolução do Brasil Sorridente.

Todas estas ações vem a se iniciar, ou já existiam e são reforçadas a partir de 2003 como são os caso da saúde bucal na estratégia de saúde da família e do SB 2003. Algumas estão mais e outras menos estruturadas. Registra-se aqui a diversidade de ações propostas e/ou implantadas que vão desde a organização de rede assistencial, perpassando pela vigilância, incentivo a pesquisas e produção de material teórico de apoio, o que demonstra um dinamismo jamais ocorrido em se tratando de políticas públicas de saúde bucal no Brasil.

3.3 DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Neste item apresenta-se o resumo de um documento técnico da COSAB que baliza a PNSB e busca influenciar a criação dos modelos municipais de saúde bucal, resguardada a autonomia municipal em aderir ao proposto ou não.

A coordenação de saúde bucal do MS (BRASIL, 2004a), apresentou a sociedade em Janeiro de 2004 estas diretrizes, que apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais.

Este documento se estrutura da seguinte forma: Pressupostos, princípios norteadores das ações; processo de trabalho em saúde bucal; ações; ampliação e

qualificação da atenção básica; ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária e por fim estratégia de saúde da família.

3.3.1 Pressupostos

O documento advoga os seguintes pressupostos para a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal:

1. Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização.
2. Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta.
3. Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência.
4. Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento — deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde–doença das populações, por meio da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde.
5. Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos.
6. Centrar a atuação na vigilância à saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, dos riscos e dos determinantes do processo saúde–doença, da atuação intersetorial e das ações sobre o território.
7. Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica.
8. Definir uma política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na

formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. Nos estados em que os Pólos de Educação Permanente estiverem implantados, a educação continuada dos trabalhadores em saúde bucal deve-se dar por meio deles.

9. Estabelecer uma política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção.
10. Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal em todos os níveis de atenção.

3.3.2 Princípios Norteadores das Ações

O desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal tem os seguintes princípios, além dos expressos no texto constitucional (universalidade, integralidade e equidade):

1. Gestão participativa: definir democraticamente a política de saúde bucal em todos os níveis.
2. Ética: valorização de seus princípios universais.
3. Acesso: universal desenvolvendo ações coletivas e individuais, priorizando casos de dor, infecção e sofrimento.
4. Acolhimento: Serviço usuário-centrado garantido por uma equipe multiprofissional.
5. Vínculo: responsabilizar a unidade ou o serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência.
6. Responsabilidade profissional: desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário e no conhecimento do contexto familiar e laboral.

3.3.3 Processo de Trabalho em Saúde Bucal

A adequação do processo de trabalho ao modelo de atenção que se está propondo requer:

1. Interdisciplinaridade e multiprofissionalismo: equipe deve interagir com profissionais de outras áreas para ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo.
2. Integralidade da atenção: ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto no coletivo.
3. Intersetorialidade: envolver no planejamento os diferentes setores que influem na saúde humana
4. Ampliação e qualificação da assistência: organizar o processo de trabalho para garantir procedimentos mais complexos e conclusivos
5. Condições de trabalho: plena utilização da capacidade instalada obedecendo às normas da vigilância sanitária.
6. Parâmetros: devem ser discutidos e pactuados entre as coordenações de saúde bucal.

3.3.4 Ações

O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República, deve nortear a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral à saúde, no qual haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação.

1. Ações de promoção e proteção de saúde: Fluoretação das águas, Educação em saúde, Higiene bucal supervisionada, Aplicação tópica de flúor:
2. Ações de recuperação: esse grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças.

3. Ações de reabilitação: consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e à sua atividade profissional.

3.3.5 Ampliação e Qualificação da Atenção Básica

São sugeridas as seguintes intervenções:

1. Prevenção e controle do câncer bucal;
2. Implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento;
3. Inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica;
4. Inclusão da reabilitação protética na atenção básica;
5. Ampliação do acesso: a) por linhas de cuidado; b) por condição de vida.

3.3.6 Ampliação e Qualificação da Atenção Secundária e Terciária

A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde é a implantação e/ou a melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas.

3.3.7 A Estratégia de Saúde da Família

Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal.

Estas diretrizes serão retomadas no capítulo 7 *Implantação da política nacional de saúde bucal no Recife, período 2000 a 2007*, como base para uma análise comparativa de seus princípios e proposituras e a absorção pelo modelo de atenção em saúde bucal do Recife no período 2000 a 2007.

3.4 RESULTADOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NESTE SÉCULO

Neste item serão avaliadas algumas facetas da Política Nacional de Saúde Bucal, como financiamento, saúde bucal na estratégia de saúde da família, CEO e LRPD.

Ao considerar o acesso aos serviços odontológicos, o SUS é um agente de grande importância, porém ainda com um papel proporcionalmente pequeno. Os próprios dados da PNAD/1998 mostraram que o atendimento odontológico se diferencia fortemente do atendimento médico, com uma proporção muito mais alta de atendimentos financiados pelo *próprio bolso*, e muito menos atendimentos financiados por planos de saúde e pelo SUS (IBGE, 1998). A PNAD de 1998 identificou que 142,8 milhões de Brasileiros já tinham tido acesso a algum tipo de atendimento odontológico, seja ele no âmbito público ou privado. Na PNAD de 2003 este número se elevou para 147.9 milhões (IBGE, 2003) e na sua última edição que foi em 2008 (IBGE, 2008) este acesso se eleva novamente e atinge 165.5 milhões de habitantes.

Sobre o financiamento por parte do Ministério da Saúde para as ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família e centro de especialidades odontológicas referente aos anos de 2002 e 2009 o que se verifica é uma expansão de 886,55% dos recursos para as ESBs e a implantação com consistente dotação orçamentária para os CEOs como pode ser verificado na **tabela 1**.

Tabela 1: Financiamento do Ministério da Saúde para Equipes de Saúde Bucal e Centros de Especialidades Odontológicas – 2002 e 2009

SB – ESF	2002	2009
Implantação	10.210.000,00	8.295.000,00
Custeio	46.675.788,67	496.026.600,00
Total	56.885.788,67	504.321.600,00
CEO	2002	2009
Custeio	0,00	70.975.696,91
Total	0,00	70.975.696,91

Fonte: Brasil (2010)

De acordo com Zanetti (2000), uma das principais limitações para a operacionalização da equipe de saúde da família seria decorrente da falta de recursos financeiros. O relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, cita o mesmo em relação à insuficiência de recursos financeiros oriundo do Sistema Único de Saúde, agravada pela falta de compromisso da maioria das prefeituras em aplicá-los na melhoria e ampliação dos serviços em saúde bucal (BRASIL, 2005).

Mesmo com a crescente evolução do incentivo do MS para a saúde bucal na ESF, Mendes Júnior (2010) calcula que o mesmo representou no 1º semestre de 2010, apenas 23,50% para equipes na modalidade I e 25% para equipes na modalidade II. O que leva municípios situados em estados como Pernambuco que não repassam recursos, a assumirem a maior parte do investimento com as equipes de saúde bucal, vide **quadro 1**. No Brasil, apenas os estados de Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina repassam algum incentivo para os municípios que tem ESB.

Estados	ESB	CEO	LRPD
Ceará		xxx	
Goiás	xxx		
Mato Grosso do Sul	xxx		
Mato Grosso	xxx		
Paraná	xxx		
Rio Grande do Sul	xxx	xxx	xxx
Santa Catarina	xxx	xxx	xxx
Total	06	03	02

Quadro 1: Estados Brasileiros que repassam incentivos financeiros para municípios por tipo de unidade assistencial em Julho de 2010.

Fonte: Pucca Júnior (informação verbal) ²

Em Pernambuco o repasse para os CEOs vem apenas do Ministério da Saúde e do município, não tendo participação do estado. No Brasil apenas Ceará, Rio Grande do Sul e Santa Catarina têm repasse estadual para os CEOs. Mendes Júnior (2010) calcula que o incentivo federal para os CEOs foi responsável no 1º semestre de 2010, por 30% dos custos para o tipo I, 28,16% para o tipo II e 23,57% para o tipo III, ou seja, especificamente para Pernambuco os municípios arcaram com a maior parte do investimento. Já para os LRPDs apenas os estados de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul oferecem incentivo financeiro para os municípios.

Necessário se faz analisar, tendo como referência os meses de maio e agosto de 2010 a implantação da saúde bucal na estratégia de saúde da família, dos CEOs e dos LRPDs, unidades assistenciais que contam com incentivo específico do Ministério da Saúde, pelo território nacional com enfoque para os estados e capitais. Tal análise permitirá observar o estágio de implantação destas unidades assistenciais.

² PUCCA JÚNIOR, G.A. Política Nacional de Saúde Bucal. Palestra proferida durante o XX ENATESPO, Vitória (ES) em 28/07/10.

Estado	População	CEOs	Pop/CEO	ESBs	Pop/ESB
Pernambuco	8.757.198	50	175.144	1.285	6.815
Bahia	14.505.266	75	193.404	1.751	8.284
Ceará	8.451.359	83	101.824	1.342	6.298
R.G.Norte	3.106.430	22	141.201	857	3.625
Paraíba	3.742.606	53	70.615	1.138	3.289
Maranhão	6.305.539	28	225.198	1.203	5.242
Piauí	3.119.697	28	111.418	923	3.380
Alagoas	3.127.557	21	148.931	546	5.728
Sergipe	2.004.371	13	154.182	359	5.583
NE	53.120.023	373	142.413	9.404	5.649
R.G.Sul	10.855.838	24	452.327	650	16.701
S.Catarina	6.052.587	42	144.109	752	8.049
Paraná	10.591.436	49	216.152	1.130	9.373
SU	27.499.861	115	239.129	2.532	10.861
S. Paulo	41.012.785	178	230.409	1.399	29.316
R. Janeiro	15.873.973	69	230.058	654	24.272
M.Gerais	19.852.798	84	236.343	2.201	9.020
E.Santo	3.453.648	13	265.665	397	8.699
SD	80.193.206	344	233.120	4.651	17.242
Goiás	5.845.146	30	194.838	802	7.288
D.Federal	2.558.372	6	426.395	7	365.482
M.Grosso Sul	2.336.058	17	137.415	406	5.734
M.Grosso	2.957.732	7	422.533	344	8.598
CO	13.697.308	60	228.289	1.559	8.786
Pará	7.374.669	33	223.475	454	16.244
Amazonas	3.341.096	13	257.007	546	6.119
Acre	680.073	2	340.037	91	7.473
Roraima	412.783	2	206.392	54	7.644
Amapá	613.164	2	306.582	108	5.677
Tocantins	1.280.509	7	182.930	306	4.185
Rondônia	1.493.566	7	213.367	140	10.668
NO	15.195.860	66	230.240	1.699	8.944
Brasil	189.701.259	958	198.018	19.613	9.672

Quadro 2. Quantidade de Equipes de Saúde Bucal (maio de 2010) e Centros de Especialidades Odontológicas (agosto de 2010) implantados por estado e relação com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
Fonte:Brasil (2010)

No **quadro 2** pode-se observar que a maior quantidade de ESBs está localizada na região nordeste 9.404 (47,95%), mesmo não sendo esta a região mais populosa. Apresenta também a melhor relação ESB por população com 5.649 habitantes por ESB, bem abaixo da média nacional que é de 9.672. As ESBs estão presentes em todos os estados do país, variando do mínimo com 7 no Distrito Federal e o máximo em Minas Gerais com 2.201 equipes. O Estado da Paraíba tem a melhor relação população por ESB, 3.380, atingindo a relação recomendada pelo Ministério da Saúde que é de uma equipe para cada 3.450 habitantes.

O **quadro 2** mostra que a maior concentração de CEOs, 373 (38,94%) encontra-se na região nordeste, mesmo esta região não contando com a maior população, que se encontra na região sudeste. A região nordeste apresenta a melhor relação de CEOs por habitante, 142.413, inferior a média brasileira que é de 198.018. Os CEOs se encontram presentes em todos os estados brasileiros, variando do mínimo que foram Roraima, Acre e Amapá com duas unidades, até São Paulo com 178, mas quando se observa a melhor relação CEO por população a mesma se dá para o Estado da Paraíba com 70.615 habitantes por CEO. A proposta inicial do MS de ter um CEO para cada 500.000 habitantes foi alcançada por todos os estados, tendo a pior relação o estado do Rio Grande do Sul (452.327).

Estado	Total de municípios	Municípios sem ESB	% de municípios sem ESB
Pernambuco	185	3	1,62
Bahia	417	29	6,95
Ceará	184	3	1,63
R.G.Norte	167	0	0,00
Paraíba	223	3	1,35
Maranhão	217	2	0,92
Piauí	224	0	0,00
Alagoas	102	0	0,00
Sergipe	75	0	0,00
NE	1.794	40	2,23
R.G.Sul	496	166	33,47
S.Catarina	293	25	8,53
Paraná	399	61	15,29
SU	1.188	252	21,21
S. Paulo	645	270	41,86
R. Janeiro	92	23	25,00
M.Gerais	853	158	18,52
E.Santo	78	6	7,69
SD	1.668	457	27,40
Goiás	246	5	2,03
D.Federal	1	0	0,00
M.Grosso Sul	78	1	1,28
M.Grosso	141	7	4,97
CO	466	13	2,79
Pará	143	19	13,29
Amazonas	62	4	6,45
Acre	22	1	4,55
Roraima	15	1	6,67
Amapá	16	0	0,00
Tocantins	139	0	0,00
Rondônia	52	5	9,62
NO	449	30	6,68
Brasil	5.565	792	14,23

Quadro 3. Quantidade de municípios que não implantaram Equipes de Saúde Bucal por Estado e relação com o total de municípios em maio de 2010
Fonte: Brasil (2010)

Analisando o **quadro 3** pode-se verificar que em 6 Estados Brasileiros (Rio Grande do Norte, Piauí, Alagoas, Sergipe, Amapá, Tocantins) e no Distrito Federal,

não existem municípios que não tenham ESBs. Os Estados com maior número de municípios sem ESB foram São Paulo com 270 (41,86%) e Rio Grande do Sul com 166 (33,47%). Pode-se verificar que 14,23% dos municípios Brasileiros não contam com ESBs sendo que por região as menores médias são para o Nordeste com 2,23% dos municípios e Centro-oeste com 2,79% dos municípios. Já as regiões com maior número de municípios que não contam com ESBs são a Sudeste com 27,40% dos municípios seguida da Sul com 21,21%. Uma possível explicação é o fato de alguns estados do sul e sudeste que já possuíam uma rede de atenção básica estruturada em outro formato, não terem migrado para a proposta da estratégia de saúde da família, opção esta possivelmente influenciada pelo financiamento, lei de responsabilidade fiscal, insegurança quanto a continuidade da estratégia ou mera opção assistencial.

Capital	População	CEOs	Pop/CEO	ESBs	Pop/ESB
Recife	1.549.980	5	309.996	111	13.964
Salvador	2.948.733	5	589.747	86	34.288
Fortaleza	2.473.614	3	824.538	169	14.637
Natal	798.065	3	266.022	94	8.490
J. Pessoa	693.082	3	231027	177	3.916
São Luíz	986.826	3	328.942	37	26.671
Teresina	793.915	2	396.958	167	4.754
Maceió	924.143	2	462.072	33	28.004
Aracaju	536.785	1	536.785	63	8.520
NE	11.705.143	27	433.524	937	12.492
P. Alegre	1.430.220	4	357.555	8	178.778
Florianópolis	402.346	3	134.115	39	10.317
Curitiba	1.828.092	3	609.364	149	12.269
SU	3.660.658	10	366.066	196	18.677
S. Paulo	10.990.249	25	439.610	129	85.196
R. Janeiro	6.161.047	19	324.266	90	68.456
B. Horizonte	2.434.642	1	2.434.642	201	12.113
Vitória	317.817	1	317.817	45	7.063
SD	19.903.755	46	432.690	465	42.804
Goiânia	1.265.394	5	253.079	47	26.923
Brasília	2.558.372	6	426.395	7	365.482
C. Grande	747.189	2	373.595	58	12.883
Cuiabá	544.737	1	544.737	1	544.737
CO	5.115.692	14	365.407	113	45.272
Belém	1.424.608	7	203.515	6	237.435
Manaus	1.709.010	4	427.253	52	32.866
R. Branco	301.398	1	301.398	11	27.400
B.Vista	260.930	2	130.465	14	18.638
Macapá	359.020	1	359.020	50	7.180
Palmas	184.010	2	92.005	34	5.412
P. Velho	379.186	4	94.797	47	8.068
NO	4.618.162	21	219.913	214	21.580
Total	45.003.410	118	381.385	1.925	23.378

Quadro 4. Quantidade de Equipes de Saúde Bucal (maio de 2010) e Centros de Especialidades Odontológicas (agosto de 2010) implantados por capital e relação com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas para 2010
Fonte: Brasil (2010)

Verifica-se **no quadro 4** a presença de ESBs em todas capitais, oscilando de uma em Cuiabá para 221 em Belo Horizonte, mas com melhor cobertura populacional em João Pessoa com 3.916 habitantes por equipe e a pior em Cuiabá com 544.737 habitantes por equipe, para uma média nacional das capitais de 23.378 habitantes por equipe. Nenhuma capital atingiu o recomendado pelo Ministério da Saúde de 3.450 habitantes por equipe. Agregando as capitais por região, as da região Nordeste aparecem em maior número com 937 ESBs e melhor média de 12.492 por equipe, contrastando com a região Centro-Oeste com apenas 113 ESBs e relação de 45.272 habitantes por equipe. As 1.925 equipes implantadas nas capitais respondem cada uma por 23.378 habitantes, superior a média Brasileira aonde cada uma das 19.613 equipes respondem por 9.672 habitantes. Portanto podemos afirmar que em números absolutos e proporcionais o interior possui maior número de ESBs, com sua população usufruindo de uma melhor relação habitante por ESB.

Quando dirige-se o olhar para os CEOs das capitais **quadro 4** verifica-se sua presença em todas elas, contando São Paulo com o maior número bruto 25, mas quanto a melhor relação habitante por CEO foi Palmas com 92.005 e uma média nacional de 381.385 habitantes por CEO. Os municípios de Salvador, Fortaleza, Aracaju, Curitiba, Belo Horizonte e Cuiabá não atingiram a meta inicial do Ministério de ter até 500.000 habitantes por CEO. A pior relação de habitante por CEO foi de Belo Horizonte que tem 2.434.642. Observando por região a melhor relação habitante por CEO foi para a região Norte com 219.913, mas observando o número bruto de CEOs, sem relacionar com a população, a região com maior número de CEOs foi a Sudeste com 46 CEOs.

Os 118 CEOs presentes nas capitais atendem uma média de 381.385 habitantes por CEO, já a média para os outros municípios do Brasil com seus 840 CEOs é de 172.159 habitantes por CEO o que leva a concluir que há uma maior presença de CEOs pelos interiores do Brasil em números absolutos e relativos, levando uma maior cobertura a sua população do que nas capitais. Indício sobre esta ocorrência pode ser o fato que as capitais já terem serviços estruturados para a média complexidade em saúde bucal, anterior a implantação dos CEOs (2004) optando por não migrar para esta política. E os municípios do interior aproveitaram o incentivo e adaptaram ou implantaram seus serviços.

Estado	Quantidade de municípios	Municípios com LRPD	% Municípios com LRPD	Presença de LRPD na capital
Pernambuco	185	17	9,19	
Bahia	417	36	8,63	
Ceará	184	35	19,02	xx
R.G.Norte	167	23	13,77	xx
Paraíba	223	53	23,77	xx
Maranhão	217	14	6,45	xx
Piauí	224	24	10,71	
Alagoas	102	11	10,78	xx
Sergipe	75	1	1,33	
NE	1.794	214	11,93	
R.G.Sul	496	9	1,82	xx
S.Catarina	293	11	3,75	
Paraná	399	57	14,29	xx
SU	1.188	77	6,48	
S. Paulo	645	93	14,42	xx
R. Janeiro	92	21	22,83	xx
M.Gerais	853	44	5,16	xx
E.Santo	78	3	3,85	
SD	1.688	161	9,54	
Goiás	246	15	6,10	xx
D.Federal	1	--	0,00	
M.G. Sul	78	12	15,39	xx
M.Grosso	141	8	5,67	
CO	466	35	7,51	
Pará	143	24	16,78	xx
Amazonas	62	8	12,90	xx
Acre	22	2	9,09	xx
Roraima	15	--	0,00	
Amapá	16	2	12,50	
Tocantins	139	7	5,04	xx
Rondônia	52	--	0,00	
NO	449	43	9,58	
Brasil	5.565	530	9,52	

Quadro 5. Quantidade de municípios com Laboratórios Regionais de Prótese Dentária implantados por estado, com destaque para a capital em maio de 2010

Fonte: Brasil (2010)

Observando o **quadro 5** verifica-se que no Brasil existem 530 municípios com LRPD, o que representa apenas 9,52% do total de municípios. Este serviço não está implantado em Rondônia, Roraima e nem no Distrito Federal. A região Nordeste aparece com o maior número de municípios com LRPD em números brutos, 214, e também quando relaciona-se com a quantidade de municípios existentes na região, 11,93% dos municípios com LRPD. A região Centro-oeste apresenta o menor número de municípios com LRPD, 35 e a Sul quando relacionamos com a quantidade de municípios existentes com 6,48%. O Estado com maior número de LRPDs é São Paulo com 93, mas relacionando-se com o total de municípios do Estado a melhor performance é da Paraíba com 23,77%. Já o Estado com menor número de LRPDs é Sergipe com apenas um, e uma relação de 1,33%.

No **quadro 5** podemos verificar que 10 capitais, mais o Distrito Federal não implantaram LRPD utilizando para isto o incentivo do Ministério da Saúde, fato contrastante com dados do SB-2003 que apontam a necessidade de próteses para a população adulta e idosa em todo território nacional. Recife conta com um LRPD que é mantido com recursos próprios, não sendo ainda incentivado pelo Ministério da Saúde.

3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se no início do período estudado a regulamentação e financiamento do ingresso da saúde bucal no PSF, mesmo que tardiamente em relação a experiências municipais ou a constituição original do PSF. A saúde bucal no PSF expande-se progressivamente por todo território nacional, ano após ano. As diretrizes de uma PNSB se dará a partir de 2004. Esta PNSB nasce de uma construção histórica, influenciada pelas resoluções das conferências nacionais de saúde bucal e de movimentos da área como ENATESPO.

Na PNSB há uma continuidade do entendimento de que o PSF deve ser o estruturador da atenção básica em saúde bucal. Mesmo com a mudança na Presidência da República, com a vitória da oposição não houve solução de continuidade, as mudanças que houveram foram para aumentar seu financiamento

por parte do Ministério da Saúde ou possibilitar a expansão do número de equipes e cobertura populacional.

Verificou-se que o MS cumpriu um papel de indutor com sua PNSB junto aos municípios, aonde paulatinamente expande seu financiamento e regulamentação para outros níveis de complexidade além da atenção básica, situação esta que inexistia até 2003. Verifica-se uma crescente expansão dos CEOs por todo território nacional, mesmo que de maneira não uniforme.

Quando a expansão das ESBs e CEOs é analisada dentro do contexto nacional, observa-se uma predominância destes serviços na região nordeste do país e nos interiores em detrimento das capitais.

Resgata uma dívida histórica com os edêntulos, quando induz o LRPD, mas só consegue expandi-lo para 9,52% dos municípios brasileiros. Também houve uma diversificação das atividades realizadas pelo MS, como levantamentos epidemiológicos, financiamento de pesquisas, elaboração de manuais, financiamento da fluoretação d'água de abastecimento público dentre outras medidas.

Os recursos financeiros disponibilizados para os municípios, se expandiram intensamente no período, mas a maior parte do custeio, seja para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família ou para os CEOs, foram aportados pelos municípios. Os estados com honrosas exceções não participam no rateio dos investimentos nos serviços de saúde bucal.

A constante expansão da cobertura via serviços públicos, aliada a estruturação de redes nos diferentes níveis assistenciais, aliados a melhoria nas condições de vida e de renda colaboram para um maior acesso da população a saúde bucal. Esta ampliação do acesso é referendada por dados da PNAD quando observa-se seus 3 últimos levantamentos quinquenais.

Diferentes municípios e também o Ministério da Saúde utilizam-se de levantamentos epidemiológicos como base para um planejamento de intervenção pública em saúde bucal, superando uma tradição no planejar tendo como referência a prática liberal ou de mercado, ou seja, em livre demanda.

Observando a evolução dos recursos disponibilizados para a execução da PNSB, aliada a uma plêiade de iniciativas específicas da área por parte do Ministério da Saúde, percebe-se que no período de 2004 a 2010 esta foi uma de suas políticas prioritárias.

A estruturação de redes nos diferentes níveis assistenciais, a grande dispersão pelo território nacional dos serviços, marcos regulatórios instituídos, o acompanhamento acadêmico na execução da política, a realização de conferências específicas da área, apontam para a consolidação de uma política de Estado para a saúde bucal.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. R. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 250-E, p. 85, 29 dez 2000.

_____. Área Técnica de Saúde Bucal. **Plano de reorganização da saúde bucal na atenção básica**. (Inclusão da saúde bucal no PSF). Brasília, 2001. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 05 jan. 2003.

_____. Portaria nº 673, de 03 de junho de 2003. A atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 106, p. 44, 04 jun. 2003a.

_____. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil**: levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira. 2003b. Disponível em: <www.cfo.org.br/download/pdf/brasilsorridente/resumosb%20brasil.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2009.

_____. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. 2004a. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/saude_familia.php. Acesso em: 15 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1570, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 146, p. 71, 30 de jul. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1571, de 29 de julho de 2004. Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 146, p. 72, 30 de jul. 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1572, de 29 de julho de 2004. Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 146, p. 732, 30 de jul. 2004d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 74, de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 15, p. 55, 22 jan. 2004e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1434, de 14 de julho de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 200, p. 59, 15 jul. 2004f.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. 29/07/2004 a 01/08/2004. Brasília, DF, 148p. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 61, p. 71, 29 mar. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 58, p. 51-2, 24 mar. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 58, p. 52, 24 mar. 2006c.

_____. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 2008a. Ministério da Saúde. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/saude_familia.php
Acesso em 15 de março de 2010.

_____. **Manual de Especialidades em Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2008-b.

_____. Dados fornecidos pela equipe técnica da coordenação de saúde bucal diretamente ao autor da tese, 2010.

IBGE. **Pesquisa nacional de amostragem domiciliar**. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 19 jul. 2005.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 09 jul. 2010.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 09 jul. 2010.

MARTELLI, P. J. L. **Análise da atenção em saúde bucal no nível municipal: caracterização do modelo assistencial**. Recife, 2001.163 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.

MENDES JÚNIOR, F. I. R. Financiamento de política de saúde bucal e Investimento na política de saúde bucal. In: Palestra realizada no ENCONTRO DO NORDESTE DE SAÚDE BUCAL DA FAMÍLIA (ENESB), 4., 2010, Teresina.

MOYSES, S. Saúde Bucal. In: ESCOREL, S. et al.(Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 705-734.

OLIVEIRA, A. G. R. C. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, Brasília, a. 2, v. 2, n. 1, p. 9-14, jan./mar. 1999.

RONCALLI, A, G. R.C. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**. 2000. 238 f. Tese (Doutorado em Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, 2000.

ZANETTI, C. H. G. et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulg. saúde debate**, Londrina, n. 13, p. 18-35, 1996.

ZANETTI, C. H. G. **Saúde bucal no PSF: proposições e programação**. Brasília, 2000. Mimeografado.

CAPÍTULO 4 PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS

CAPÍTULO 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.

4.1 PERÍODO DE ESTUDO

Foca no plano municipal o período 2000 a 2007 que corresponde ao último ano da gestão do Prefeito Roberto Magalhães e 7 anos dos 8 dos 2 mandatos do Prefeito João Paulo de Lima e Silva. Foca no plano federal o período de 2000 a 2010, vivenciamos de 2000 a 2002 o Governo Fernando Henrique Cardoso e 2003 a 2010 o Governo Lula.

4.2 LOCAL DE ESTUDO E SUA REDE ASSISTENCIAL

As esferas governamentais alvos do estudo foram o nível federal (Ministério da Saúde/Coordenação de Saúde Bucal), devido a sua atuação na indução de políticas de saúde bucal, seja pelo financiamento ou pela regulamentação, e o nível municipal (Secretaria Municipal de Saúde do Recife), que operacionalizou e conformou o seu modelo municipal de saúde bucal. A esfera estadual não foi objeto de análise, pois não foram encontradas evidências de que no período estudado a mesma tenha exercido influência seja programática ou financeira sobre o modelo de atenção em saúde bucal ora estudado, ou a existência de uma política estadual de saúde bucal.

O município do Recife localizado no Estado de Pernambuco possui um território de 218Km² sendo subdividido, desde 1988, em 94 bairros, mediante decreto Nº14.452/88. A população estimada em 2007 é de 1.528.970 habitantes (IBGE, 2000). Com o intuito de melhor ordenamento da gestão e para facilitar o planejamento das ações dentro do território, foram instituídas seis regiões político-administrativas (RPA), sendo cada uma dessas subdivididas em três microrregiões, que agregam bairros com maiores semelhanças territoriais. Na saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário e tem como função coordenar a rede de atenção primária e secundária.

O Distrito I corresponde aos bairros de Santo Antônio, Santo Amaro, São José, Boa Vista e do Bairro do Recife. O Distrito II envolve toda a região de Arruda até Dois Unidos. O Distrito III corresponde à região de Casa Amarela e adjacências. O Distrito IV ao eixo Caxangá, enquanto o DS V vai de Afogados até a Estância e o DS VI corresponde a toda a região de Boa Viagem e Pina até o Jordão, incluindo todo o Ibura. **Vide figura 1:**



Figura 1: Mapa de Recife com suas regiões político administrativas e microrregiões
Fonte: Coordenação de saúde bucal do Recife

O modelo de atenção à saúde no Recife é comumente descrito como uma *pirâmide*. Prevê uma *base*, onde estaria a rede de atenção básica, que seria a *porta de entrada* preferencial dos usuários que acessam o sistema de saúde. No *corpo* ou meio da pirâmide, estariam os serviços de média complexidade, onde os usuários acessariam encaminhados pela atenção básica através do sistema de referência e contra-referência. No *topo*, estão os serviços hospitalares, de alta complexidade, representando o local aonde os usuários chegariam após esgotar toda a capacidade resolutive dos demais níveis da pirâmide.

A Rede Própria de Assistência à Saúde do Recife é composta por 4 sub-redes: Rede de Atenção Básica, a Rede de Urgência e Emergência, a Rede

Ambulatorial Especializada e a Rede de Atenção à Saúde Mental. Esta rede assistencial se materializa em unidades de saúde da família, unidades básicas tradicionais, policlínicas (com ambulatórios especializados e serviços de pronto-atendimento), serviços especializados de referência, hospitais de médio porte, centros de atenção psicossocial.

Além disso, há programas que realizam ações em saúde sinérgicas à assistência realizada nos serviços, como são os casos do Programa Academia da Cidade (dispõe de profissionais de educação física, que acompanham gratuitamente os usuários, na perspectiva da promoção da saúde), o Programa de Saúde Ambiental (PSA) (realiza vigilância ambiental no território, através dos Agentes de Saúde Ambiental), e o Programa Mais-Vida (desenvolve ações de redução de dano juntos aos usuários de droga ilícitas e etilistas).

Apesar de estar habilitado na gestão plena do sistema municipal de saúde, uma boa parte dos atendimentos à saúde dos cidadãos recifenses ainda é feito nos hospitais sob gestão estadual. Além desses, os hospitais universitários e os hospitais militares formam uma expressiva rede de assistência à saúde sobre a qual a Secretaria de Saúde do Recife não tem nenhuma influência. **Vide figura 2.**

Rede de Serviços de Saúde

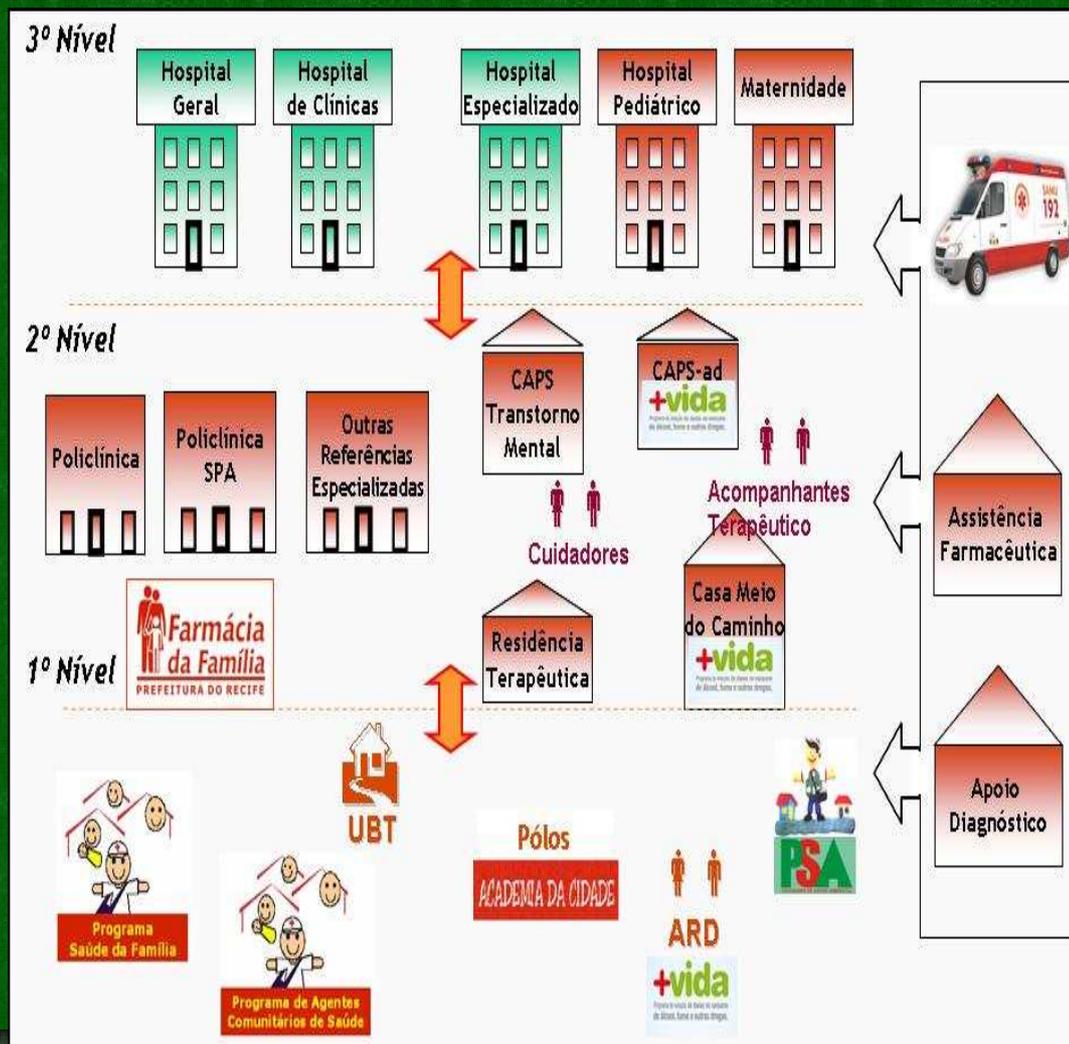


Figura 2: Rede de Serviços de Saúde do Recife
Fonte:Coordenação de saúde bucal do Recife

A estrutura gerencial da Secretaria de Saúde do Recife encontrava-se organizada através do Gabinete do Secretário de Saúde e assessorias, do Conselho Municipal de Saúde, de seis Distritos Sanitários (I, II, III, IV, V e VI) e de seis diretorias: Diretoria Planejamento e Gestão; Diretoria de Atenção à Saúde; Diretoria de Administração Setorial; Diretoria de Vigilância à Saúde; Diretoria de Gestão do Trabalho e Diretoria de Regulação (**Figura 3**).

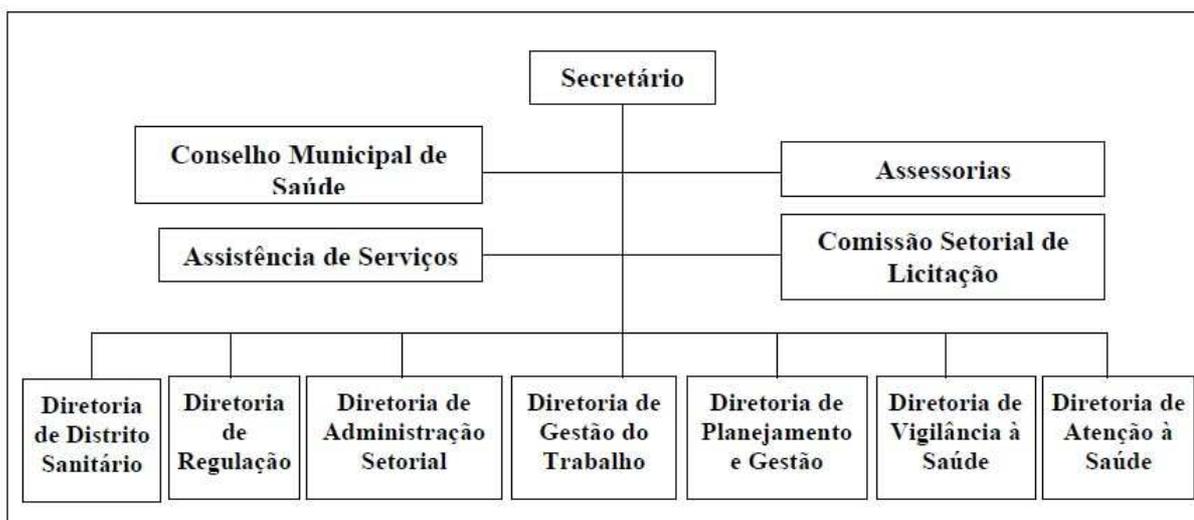


Figura 3: Organograma da Secretaria de Saúde – Gabinete, Recife – 2007
 Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Recife.

Já os Distritos Sanitários possuíam como estrutura gerencial: a diretoria do distrito e suas assessorias, o Conselho Distrital de Saúde, Núcleo de Educação em Saúde, três Gerências de Território e quatro Gerências Operacionais com suas respectivas subdivisões (**Figura 4**).

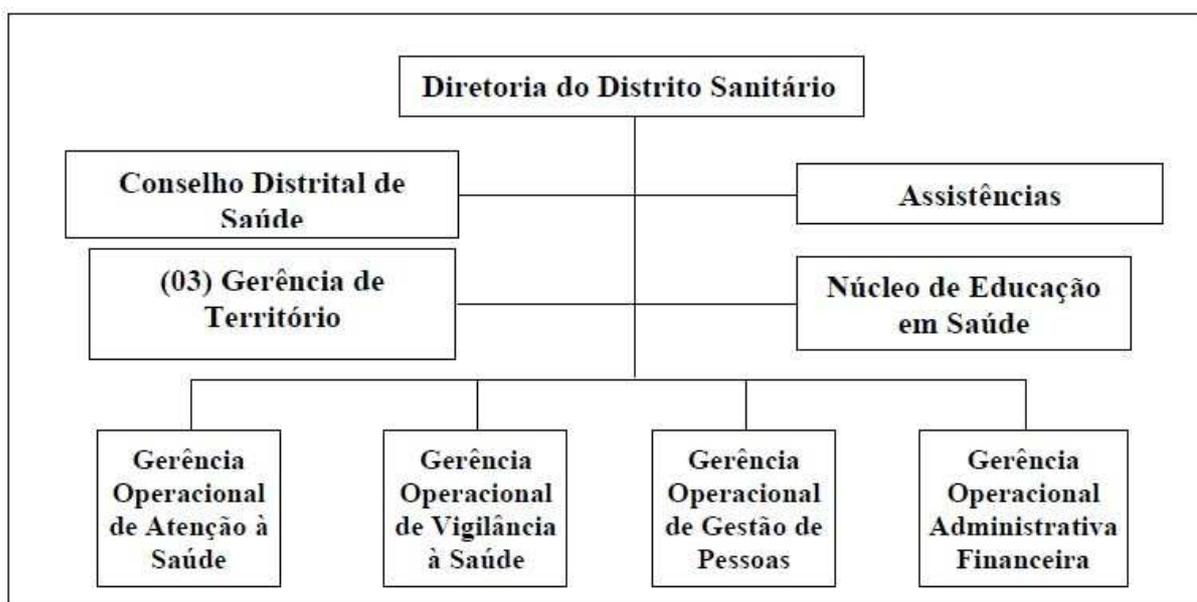


Figura 4: Organograma do distrito sanitário, Recife – 2007
 Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Recife

4.3 TIPO DE ESTUDO

Estudo de caso sobre a implantação da política nacional de saúde bucal no município do Recife. Segundo Antunes e Peres (2006) é do tipo transversal simples, por envolver um único recorte instantâneo no tempo. Observacional analítico, pois não haverá a intervenção do pesquisador, atendo seu papel a sistematizar os dados passíveis de aferição e apresenta-los no transcorrer da tese após análise sistemática e embricamento entre as diferentes fontes de informação pesquisadas.

A pesquisa teve uma abordagem composta por dois componentes: um de natureza qualitativa e outro quantitativo, que estão descritos neste capítulo. Estas abordagens se complementam e se completam possibilitando a compreensão do tema em tela com um maior refinamento, do que se ambos os olhares fossem desvinculados.

É um estudo qualitativo, na medida em que, como afirma Minayo (1992), o objeto das ciências sociais é eminentemente qualitativo. Como alerta a pesquisadora que toda ciência é comprometida, e a visão de mundo tanto do pesquisador (ou pesquisadores) envolvido em uma pesquisa, bem como dos demais atores sociais estão implicadas em todo o processo. Em outras palavras, Minayo (1992) nos diz que nenhuma pesquisa, seja ela quantitativa seja qualitativa, é neutra. Alerta também que nenhuma das linhas de pensamento sobre o social tem o monopólio da compreensão total de uma dada realidade.

Na vertente quantitativa constrói-se séries históricas a partir de dados secundários gerados pelos serviços assistenciais odontológicos e analisa principalmente recursos financeiros deslocados pelo Ministério da Saúde para o financiamento das ações de saúde bucal.

Analisa o modelo de atenção em saúde do Recife (aí inclusa a saúde bucal), *Recife Saudável* e a política nacional de saúde bucal, influenciados pelos paradigmas da promoção em saúde, cidades saudáveis e vigilância da saúde, descritos e discutidos no marco teórico conceitual do presente estudo. Também analisará a implantação da PNSB no Recife exercitando uma análise comparativa com as diretrizes da política nacional de saúde bucal.

4.4 TRIANGULAÇÃO METODOLÓGICA

A relação entre metodologia quantitativa e qualitativa suporta três distintos olhares: tem um grupo de pensamento que os considera como lógicas completamente diferentes, concluindo-se, portanto que as mesmas são incompatíveis. Outro grupo de pensamento avalia que é uma combinação que se pode dar apenas em algumas circunstâncias ou problemas. E um terceiro grupo ao qual este estudo adere que avalia que esta relação é uma combinação permanente e de complementaridade (BOSI; MERCADO, 2006). Este terceiro grupo de entendimento que Bosi e Mercado (2006) apontam, alcunham de triangulação de métodos a relação analítica qualitativa e quantitativa.

Minayo (2006; p.172) enumera que a *investigação avaliativa por triangulação de métodos* conjuga: “a) presença do avaliador externo; b) abordagens quantitativas e qualitativas; c) controle dos grupos de comparação; d) de forma relevante a análise do contexto, da história, das relações, das representações e a participação”.

A triangulação de métodos não é um método em si. É sim uma estratégia de pesquisa, ou, nas palavras de Minayo (2005), é uma dinâmica de investigação e de trabalho. A triangulação de métodos utiliza-se tanto de diferentes métodos científicos, portanto, com fundamentação interdisciplinar, como da visão de diferentes atores (MINAYO, 1992; 2005). Ou significando ainda: a) a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; b) a tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; c) a visão de vários informantes; d) o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação. (MINAYO, 2006, p.172-173)

Ao apresentar uma avaliação por triangulação de métodos realizada por uma ampla equipe de pesquisadores, Minayo (2005) chamam atenção para três aspectos fundamentais: primeiramente, o profundo respeito que se deve ter aos diferentes campos disciplinares; segundo, o alerta para a relativização fragmentada de cada um desses campos, e por fim, a crença na capacidade *dialógica* dos pesquisadores frente às diferentes práticas e saberes.

Foi utilizada uma triangulação de métodos buscando a complementariedade, explorando-se dados qualitativos e quantitativos, centrada na revisão bibliográfica e

documental³, na análise de dados secundários disponibilizados pelo município ou pelo Ministério da Saúde e em entrevistas semi-estruturadas realizadas com atores significativos no processo de estruturação do modelo municipal de saúde bucal do Recife e da política nacional de saúde bucal.

4.5 DESENHO DE ESTUDO E COLETA DOS DADOS

Para definição da amostra do presente estudo, foram procurados individualmente os seis gerentes distritais da secretaria de saúde do Recife, explicando-lhes os objetivos da pesquisa e solicitando que os mesmos indicassem no seu distrito duas Unidades de Saúde da Família (USFs) que fossem estruturadas; que contassem com equipe completa e que segundo os mesmos executassem uma prática assistencial com qualidade e integrada. Os mesmos levando em conta a solicitação acima, indicaram doze equipes que passaram a ser a amostra intencional da pesquisa. Ou seja, o estudo buscou observar a partir da identificação dos gerentes distritais, equipes que fossem diferenciadas no contexto assistencial distrital e por extensão também no municipal.

Minayo (1992) chama atenção para que as entrevistas sejam sempre colocadas diante de um contexto sócio-histórico. Portanto, um dos aspectos que merecem destaque é o da adequada escolha dos entrevistados.

Dentre as equipes indicadas entrevistou-se os doze CDs e seis profissionais com formação universitária. Estes seis profissionais foram todas enfermeiras, pois na nossa entrevista piloto ficou clara a dificuldade de entrevistar o outro profissional de nível universitário da equipe (médico), devido ao seu pouco tempo disponível e menor acúmulo sobre a rotina assistencial da USF, fato este talvez explicável pela sua maior empregabilidade, que o leva a uma maior rotatividade empregatícia, não possibilitando um maior acúmulo sobre as rotinas assistenciais da USF, objeto de estudo da pesquisa.

Então refez-se a entrevista nesta USF, abordando desta vez uma enfermeira, que mostrou maior disponibilidade e acúmulo de conhecimentos sobre

³ Os documentos institucionais utilizados são citados e referenciados nos capítulos.

as rotinas da USF. As enfermeiras foram selecionadas entre as duas USFs indicadas, levando-se em conta uma maior facilidade de agendar a entrevista, ou seja, maior disponibilidade.

Também foram entrevistados a coordenadora de saúde bucal do Recife no período 2001 a 2009 além dos 6 coordenadores distritais de saúde bucal visando tanto a saturação na análise iniciada com os profissionais inseridos diretamente na assistência, bem como explorar possíveis contradições. O coordenador nacional de saúde bucal no período 2003 a 2010 foi entrevistado visando a extensão do olhar para o plano federal e do plano federal sobre o município do Recife. A constituição da amostra foi toda de forma intencional com atores estrategicamente selecionados.

As reuniões com os gerentes distritais para definição da amostra intencional, seguida das entrevistas com os coordenadores distritais, CDs e outros profissionais de nível universitário, se iniciaram em dezembro de 2006 e se encerraram em agosto de 2007. A coordenadora municipal de saúde bucal foi entrevistada em março de 2010 e o coordenador nacional de saúde bucal em dezembro de 2009.

Sobre os recursos disponibilizados pelo MS para atenção básica e média complexidade em saúde bucal, foi analisado o deslocamento de recursos. Tal dado foi pesquisado na execução orçamentária do MS.

No tocante a análise dos procedimentos da atenção básica e da média complexidade, os mesmos foram via dados secundários obtidos do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde.

Foram consultados periódicos, trabalhos apresentados em congressos, produção acadêmica, documentos oficiais da gestão municipal e federal, bem como a literatura concernente ao tema. Os mesmos são descritos no final de cada capítulo em que foram utilizados.

4.6 ENTREVISTAS

As entrevistas têm sido uma das técnicas de coleta de dados mais difundidas nas ciências sociais (MINAYO, 1992; GIL, 1994). O uso de técnicas de entrevistas se reveste da maior importância. Entrevistas possibilitam a obtenção de uma gama de informações referentes aos mais diversos aspectos da vida social,

pois, como destaca Minayo (1992) as falas podem ser reveladoras de sistemas de valores, normas, símbolos, individuais e de grupos sociais.

O roteiro das entrevistas foi elaborado pelo pesquisador sob a supervisão de seu orientador e se encontram no apêndice desta tese. As entrevistas com os CDs, outros profissionais e coordenadores distritais de saúde bucal foram realizadas por um mestrando, contratado pela pesquisa para este fim e sua transcrição ficou a cargo de residentes do CPqAM que se constituíam no grupo de apoio a pesquisa. As entrevistas com a coordenadora municipal e o coordenador nacional de saúde bucal foram elaboradas, realizadas e transcritas pelo autor da tese.

No presente estudo, optamos pela realização de entrevistas semi-estruturadas, pois, segundo Minayo (1992), é o tipo de entrevista que combina perguntas fechadas e abertas, e que permite ao entrevistado discorrer sobre o tema sem ter que se ater a questões *fechadas*. A entrevista semi-estruturada garante um roteiro com um grau de uniformidade, e pode ser considerado um importante instrumento em estudos qualitativos, na medida em que permite uma relação mais interativa entre entrevistador e entrevistado.

Foram elaborados cinco distintos roteiros de entrevistas, resguardando a peculiaridade de cada tipo de ator envolvido no processo, ou seja: um roteiro para os cirurgiões dentistas (apêndice 2) inseridos na estratégia de saúde da família; um roteiro para os coordenadores de saúde bucal distritais (apêndice 1), municipal (apêndice 4) e nacional (apêndice 5) e um roteiro para os outros profissionais inseridos na estratégia de saúde da família (apêndice 3).

4.7 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A análise e categorização das entrevistas com os CDs, coordenadores distritais e outros profissionais foi realizada e consensualizada pelo pesquisador, conjuntamente com seu grupo de apoio e sob a supervisão do seu orientador. Esta consensualização do coletivo objetivou melhorar a qualidade da interpretação das entrevistas. Quanto as entrevistas com os coordenadores municipal e nacional foi analisada pelo próprio pesquisador, observando o contexto do objeto da tese.

Minayo (1992) enumera três grandes eixos de análise de entrevistas. A análise de conteúdo, a análise de discurso e a hermenêutica-dialética. Neste estudo foi utilizada a análise de conteúdo que segundo Bardin (2004) pode ser considerada:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Continua Minayo (1992, p.200) a esclarecer sobre a Análise de Conteúdo:

[...] na sua história mais recente, isto é, enquanto técnica de tratamento de dados considerada cientificamente, é caudatária das metodologias quantitativas, buscando sua lógica na interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. Ou seja, também na análise de conteúdo o rigor científico invocado é a pretensa objetividade dos números e das medidas.

Minayo (1992, p.201) resume os critérios fundamentais para testificar o rigor científico: a) trabalhar com amostras reunidas de maneira sistemática; b) interrogar-se sobre a validade dos procedimentos de coleta e dos resultados; c) trabalhar com codificadores que permitam a verificação da fidelidade; d) enfatizar a análise de frequência como critério de objetividade e cientificidade; e) ter possibilidade de medir a produtividade da análise.

O analista, segundo Bardin (2004) trabalha com a descrição, a interpretação e a inferência, essa última, o procedimento intermediário que permitiria passar da etapa inicial, descritiva, para a interpretação. O analista procura estabelecer uma correspondência entre as estruturas da linguagem e as estruturas psico-sociais dos enunciados.

O objeto da análise de conteúdo é a fala, a palavra emitida e seus significados nem sempre aparentes. A análise de conteúdo trabalha com mensagens.

Tendo claro que cada entrevista é única, formando um todo original, será também parte de um todo, composto pelo total de entrevistas realizadas, pois estarão calcadas em um objeto focalizado. Consideramos que produção da fala é um processo:

O discurso não é transposição transparente de opiniões, de atitudes [...] que existam de modo cabal antes da passagem a *forma de linguagem*. O discurso não é um produto acabado, mas um momento, um processo de elaboração, com tudo o que isso comporta de contradições, de incoerências, de imperfeições. Isto é particularmente evidente nas entrevistas em que a produção é ao mesmo tempo espontânea e constringida pela situação (BARDIN, 2004, p. 164).

Depois de feita a transcrição das entrevistas, as mesmas foram lidas e destacou-se pontos que ajudaram na compreensão da conformação do modelo de atenção em saúde bucal do Recife e da política nacional de saúde bucal. Estes destaques foram sistematizados e comparados com destaques das entrevistas de outros atores, buscando-se a observância da coerência ou da contradição. Após a sistematização da interpretação das entrevistas, houve a comparação com a sistematização da análise documental, dos dados secundários e da literatura da área buscando uma interpretação analítica que respondesse aos objetivos propostos.

4.8 ANÁLISE DOCUMENTAL

Como bem salienta Gil (1994), a utilização de documentos pode ser essencial em um estudo. Necessário se faz para uma melhor compreensão do modelo municipal de saúde bucal do Recife e da política nacional de saúde bucal a consulta a vários documentos. Considerou-se relevantes os documentos oficiais da gestão, sejam eles do Ministério da Saúde, como as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e portarias que vem regulamentar as ações de saúde bucal ou que interagiram com as mesmas. No nível municipal serão observados os Planos Municipais de Saúde e os Relatórios de Gestão, Protocolos e Documentos da Política Municipal de Saúde Bucal, além dos relatórios das conferências municipais de saúde, aí inclusa a específica de saúde bucal concernentes ao período estudado.

Foi realizada leitura de todos os documentos gerados pelas gestões municipal e nacional destacando pontos que ajudaram na compreensão da conformação do modelo de atenção em saúde bucal do Recife e da política nacional de saúde bucal. Estes destaques foram sistematizados e comparados com destaques das entrevistas, de dados secundários e da literatura da área buscando uma interpretação analítica que respondesse aos objetivos propostos.

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética (CEP) do CPqAM/FIOCRUZ sob o no. 78 no ano de 2005 e seguiu todos os preceitos éticos e legais, como a concordância dos 26 entrevistados via assinatura do termo de consentimento livre esclarecido e a manutenção do sigilo de suas opiniões. O parecer do CEP foi renovado em 19 de abril de 2010 tendo validade até 05 de abril de 2012.

Para garantir o anonimato dos entrevistados, os coordenadores distritais, municipal, nacional e os outros profissionais de nível universitário da ESB e os CDs serão identificados por letras do alfabeto romano. Ressalta-se aqui que há uma flutuação das letras propostas para cada situação auferida, ou seja o entrevistado não guardará a mesma letra em todo o percurso da pesquisa.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Fundamentos de Odontologia**: epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

IBGE. **Levantamento Censitário**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 19 jul. 2007.

GIL, A. C.: **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 4ª Edição. São Paulo: Atlas, 1994. 207p.

MINAYO, M. C. S. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo / Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1992.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. *in*: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. Rio de Janeiro: Vozes, 2006. p. 163-190.

**CAPÍTULO 5 MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DO
RECIFE NO PERÍODO 2000 A 2007**

CAPÍTULO 5 MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DO RECIFE NO PERÍODO 2000 A 2007

5.1 INTRODUÇÃO

Este capítulo objetiva responder aos objetivos específicos: analisar o modelo de atenção do Recife sob os referenciais teóricos da promoção da saúde, cidades saudáveis e vigilância da saúde (Item 5.2) e analisar a conformação do modelo de atenção em saúde bucal do Recife no período 2000 a 2007 (itens 5.3 e 5.4).

Para a construção deste capítulo foram utilizados principalmente documentos institucionais como os relatórios de gestão, planos municipais de saúde, anais das conferências municipais de saúde e documentos específicos da política municipal de saúde bucal, além das entrevistas. Recorre-se a autores que refletiram sobre a gestão da saúde do Recife em trabalhos acadêmicos.

Sobre o financiamento por parte do Ministério da Saúde para a saúde bucal na equipe de saúde da família e na média complexidade, explorou-se o banco de dados do DATASUS, recolhendo a partir de 2000 todo o repasse para as equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família e para a média complexidade em saúde bucal do Recife. Estes números foram contabilizados e analisados no período de 2000 a 2007 observando-se a evolução do repasse federal, relação entre os recursos para a saúde bucal na ESF e para a média complexidade e dentro da média complexidade o específico para o CEO. Observou-se também citações nos relatórios de gestão da SMS Recife.

Sobre os Cirurgiões Dentistas inseridos na SMS Recife, visa avaliar se os conhecimentos dos CDs são condizentes com a sua prática assistencial, além de uma auto-avaliação dos mesmos sobre a pertinência de sua formação e em que momento a mesma aconteceu (anterior ou posterior à inserção na ESF). Explorou se a formação foi em áreas afins como saúde pública ou saúde da família, tanto para coordenadores de saúde bucal, CDs e outros membros da equipe; se houve incentivo para essa formação; em suma, se estes profissionais detêm conhecimentos apropriados para sua atuação.

Para abordar a formação dos profissionais, foi realizada entrevista semi-estruturada com os coordenadores de saúde bucal de todos os distritos sanitários do Recife sobre pressupostos básicos da ESF e de saúde pública, 12 CDs, sendo 2 em cada um dos distritos, e 1 em cada USF, além de 6 profissionais de nível universitário inseridos em uma USF por cada distrito. Salieta-se que os CDs e os profissionais de nível universitário selecionados encontram-se em Unidades de Saúde da Família tidas como organizadas pelos gerentes distritais. Os CDs inseridos na ESF além de aferidos sobre seus conhecimentos foram questionados sobre se a sua formação oferecia suporte para sua prática assistencial.

No que diz respeito aos conhecimentos apropriados à prática assistencial do CD, os 12 CDs identificados anteriormente foram submetidos a um questionamento sobre supostos 10 princípios da ESF e quais os mesmos consideravam pertinentes, sendo suas respostas classificadas e avaliadas.

5.2 CONSTRUINDO UM MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE NO RECIFE RESULTADOS DA ANÁLISE DOCUMENTAL

O Plano Municipal de Saúde 1998-2001, elaborado e posto em prática em 3 dos 4 anos da gestão de Roberto Magalhães (1997-2000), traz que o projeto estruturador mais importante para a consolidação do SUS do Recife foi a implantação do modelo gerencial Distrito sanitário (DS). A distritalização entendida como um processo social de descentralização do sistema de saúde foi uma estratégia política utilizada para se obter impacto sobre a situação de saúde da população (RECIFE, 2000, p. 56).

Sob a coordenação direta dos DS, buscou-se dar uma maior racionalidade técnica a essa rede de serviços, organizando-a, à medida do possível, segundo os critérios de regionalização e hierarquização, estabelecendo em cada DS os serviços de referência para as atividades mais complexas (RECIFE, 2000, p.73).

Ainda no Plano Municipal de Saúde 1998-2001 traz que:

[...] o modelo assistencial implementado é o da atenção integral à saúde da população, construído no contexto de uma lógica plural, onde os vários programas e atividades integram-se e complementam-se numa complexidade crescente (RECIFE, 2000, p.72).

Advoga uma interação entre os enfoques preventivo, curativo, individual, coletivo, tecnologias simplificadas, de última geração, ações básicas, especializadas e ações intersetoriais, visando enfrentar a diversidade dos problemas de saúde. O modelo de atenção integral à saúde se expressa através de um conjunto de atividades de promoção, prevenção e recuperação, desenvolvidas a partir dos domicílios pelos agentes comunitários de saúde, articuladas a uma rede de serviços de saúde hierarquizada (RECIFE, 2000, p.72).

Sobre as prioridades de governo consonantes com os objetivos do SUS, a Cidade do Recife esperava atender os seguintes pressupostos: Desenvolvimento das condições para o avanço do processo e consolidação da municipalização das ações e dos serviços de saúde; elevar a qualidade da prestação de serviços permitindo uma maior acessibilidade; atendimento as necessidades de saúde no âmbito de sua competência, contribuindo com a melhoria da qualidade de vida da população. Nesta perspectiva esperava-se consolidar um modelo assistencial a partir do enfoque epidemiológico e do perfil sócio-econômico, coerente com os seguintes princípios e diretrizes: Acesso universal e igualitário; consolidação de uma rede, regionalizada, hierarquizada e integrada ao SUS; atendimento integral que garanta a promoção, proteção e recuperação à saúde; controle social na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde (RECIFE, 2000, p.92).

Na conclusão do Plano Municipal de Saúde 1998-2001 destaca que o aperfeiçoamento e consolidação do Modelo de Atenção à Saúde, adotado pela PCR, requer, não somente a garantia de novos investimentos, mas, sobretudo, a assimilação de uma proposta que vai mais além – uma proposta de mudança de postura. Compromisso com a continuidade das ações, com a ética solidária, ruptura com a cultura do *não ser possível realizar* e ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, traduzem esta nova postura (RECIFE, 2000, p.126).

O relatório de gestão 2000 (RECIFE, 2001b, p.15) reitera a importância dos DSs atuando com base no planejamento local, participativo e na execução compartilhada com outras instituições e órgãos da PCR, constituindo-se na instância de gestão, gerência e controle social mais próxima da população.

Em 2000 a rede assistencial própria e conveniada da SMS Recife é constituída de 145 unidades prestadoras de serviços, que oferecem ações de baixa

e média complexidade a nível ambulatorial, e 19 desenvolvem ações de maior complexidade no âmbito hospitalar, conforme **quadro 6**.

Tipo de prestador	Unidades Ambulatoriais	%	Unidades Hospitalares	%	Total %
Público *	92	63,45	4	21,05	58,54
Privado Lucrativo	35	24,14	10	52,63	27,44
Privado Filantrópico	9	6,21	5	26,32	8,54
Universitário	7	4,83	--	--	4,27
Sindicato	2	1,38	--	--	1,22
Total	145	100	19	100	164

Quadro 6: Rede assistencial da Secretaria Municipal de Saúde do Recife em 2000 por prestador e perfil da unidade assistencial

Fonte: Relatório de Gestão da SMS (RECIFE, 2000).

Nota: (*) 23 unidades ambulatoriais encontram-se sob a gestão estadual, mas para efeito de processamento dos procedimentos do PAB, estão vinculadas a SMS Recife.

O **quadro 6** quando analisado pelo tipo de prestador e indiferente ao nível de complexidade, verifica-se que a maioria 58,54% são públicas (municipal e estadual), quantia esta que se reduz para 21,05% quando observamos apenas as unidades hospitalares (RECIFE, 2001b).

O **quadro 7** possibilita observar o perfil das 145 unidades ambulatoriais da SMS Recife em 2000.

Unidades Ambulatoriais	Quantidade
Unidades do Programa de Saúde da Família	16
Unidades Básicas de Saúde	59
Ambulatórios especializados	06
Ambulatórios de Unidade Hospitalar	19
Serviços de Pronto Atendimento	04
Centro de Aconselhamento em DST/AIDS	01
Núcleos de atenção psicossocial	02
Serviços de radiodiagnóstico e ultrassonografia	12
Clínicas de oftalmologia	03
Clínicas de fisioterapia	06
Unidade de atendimento pré-hospitalar	01
Laboratórios de análise clínica	12
Outros serviços de apoio diagnóstico/terapia	04
Total	145

Quadro 7: Perfil das unidades ambulatoriais da Secretaria Municipal de Saúde do Recife em 2000
 Fonte: Relatório de Gestão da SMS Recife 2000

O quadro 7 permite observar a pequena adesão ao Programa de Saúde da Família, incentivado pelo Ministério a partir de 1994, contando Recife em 2000 com apenas 16 unidades, privilegiando para a atenção básica, as unidades básicas de saúde no modelo tradicional com 59 serviços.

As unidades assistenciais se concentravam no 1º e 3º DSs totalizando 51,35% dos equipamentos, concentração possivelmente justificada pelo interesse da rede complementar em se localizar em áreas de fácil acesso aos usuários do Recife e de outros municípios.

A rede hospitalar do Recife, majoritariamente se encontrava sob a gestão estadual em 2000. No Plano Municipal de Saúde 1998-2001 observou-se iniciativas em prol da municipalização dos serviços estaduais de saúde. Aparece o relato de pleito junto a SES da gestão dos hospitais Agamenon Magalhães e Geral de Areias. (RECIFE, 2000). Pleitos estes que não prosperaram e não possibilitaram uma rede assistencial unificada e com comando único.

Em 2001 instala-se um novo Governo Municipal e no seu relatório de gestão (RECIFE, 2002 p.04) na sua apresentação destaca que suas ações são baseadas

nos 13 pontos do Programa de Governo legitimado nas urnas, além de 19 programas prioritários oriundos de diversos fóruns de discussão e participação popular.

Neste relatório de gestão de 2001 apresenta-se o novo modelo a ser implantado, baseado nos princípios do SUS, tendo a ESF como porta de entrada contando com o suporte dos Agentes de Saúde Ambientais (ASAs). Assume o compromisso de oferecer atenção à saúde para todos, com garantia de todos níveis assistenciais e uma prática que previna, promova, proteja e reabilite, através de ações globais, intersetoriais e intrasetoriais. Destaca a necessidade da municipalização da gestão das unidades estaduais no território do Recife (RECIFE, 2002, p.10-11). Define a rede assistencial existente no final da gestão passada como deficiente, de baixa complexidade, baixa cobertura do PSF e com concentração de serviços existentes no território municipal de média e alta complexidade sob a gestão do governo estadual (RECIFE, 2002, p.13).

Relata a ampliação do número de equipes de saúde da família, de 27 no ano 2000, para 112 em 2001 e das USFs de 16 no ano 2000 para 54 em 2001 com o crescimento de 27% nos procedimentos de atenção básica (RECIFE, 2002 p.31).

Na conclusão sobre o 1º ano de gestão, destaca-o como um marco para adoção de uma concepção mais ampla da saúde no Recife que possui como eixo norteador a construção de uma Cidade Saudável, um Recife Saudável (Recife, 2002 p.67).

No plano municipal de saúde 2002/2005 chama atenção ainda no preâmbulo uma citação da OMS, enfocando a definição de uma cidade saudável. Conceito este que perpassa claramente todo o documento. Na introdução destaca-se o papel da SMS dentro das diretrizes da PCR para a construção de um modelo de cidade que seja: integrada, democrática, com espaços comuns de inclusão social, solidária. Que valorize a vida de seus habitantes facultando-lhes acesso aos serviços básicos, a uma moradia decente, à educação, ao trabalho digno, à cultura, ao lazer saudável, à oportunidade de desenvolver suas habilidades, à liberdade de expressão e de criação. Um espaço de convivência fraterna e solidária. Uma cidade construída com base na cidadania (RECIFE, 2001a).

Ainda na introdução há um balizamento dos *programas integrados- modelo de gestão da PCR para a construção de um Recife Saudável* com as seguintes diretrizes: Responsabilidade metropolitana; ação integrada; planejamento

descentralizado e orçamento participativo. Estas diretrizes irão se constituir em 8 programas estratégicos e de alta prioridade: gestão democrática e solidária; gestão de riscos de morros e alagados; Recife- nossa casa; comunidade saudável; dinamização econômica e do acesso ao mercado de trabalho; requalificação e reapropriação dos espaços públicos; acessibilidade para todos; combate a violência e defesa da cidadania. E termina ressaltando a interligação direta da saúde no comunidade saudável, combate a violência e defesa da cidadania e requalificação e reapropriação dos espaços públicos, além da interligação indireta com os demais programas (RECIFE, 2001a).

No plano municipal de saúde 2002/2005 dentro das prioridades da política de saúde da Cidade do Recife destaca os seguintes macro objetivos: desenvolver ações de educação em saúde e saúde preventiva nas comunidades; ampliar o acesso a rede pública de saúde visando, a integração da atenção e a qualidade do atendimento; promover programas de saúde considerando características epidemiológicas da população Recifense e por fim assegurar o controle social no desenvolvimento da saúde pública (RECIFE, 2001a).

Na definição do modelo de atenção à saúde contido no plano municipal de saúde 2002-2005 designa-o como a arquitetura de organização da política de saúde para o município, definida pelos princípios assumidos constitucionalmente. Evidencia que este modelo de atenção será compatível com a construção de uma cidade saudável, entendendo-a como um conjunto de ações intersetoriais, que nortearão as prioridades sociais da PCR e que irá além de um modelo assistencial porque pretende reorganizar e transformar a prática de saúde para além da assistência, mas mantendo como eixo norteador a reorganização do sistema de saúde tendo como base, a integralidade das ações e à responsabilidade sanitária com seus municípios (RECIFE, 2001a).

Observa-se também no plano municipal de saúde 2002-2005 dentro do programa: consolidação e aperfeiçoamento de modelo de vigilância à saúde cujo objetivo é garantir ações de promoção à saúde e dentro do projeto/prioridade: desenvolvimento de políticas intersetoriais voltadas para a construção de uma cidade saudável, a explicitação de ações coerentes com o contexto de um município saudável como; garantir e desenvolver as ações intersetoriais de controle da qualidade ambiental; desenvolver ações intersetoriais de combate à violência e

desenvolver ações intersetoriais para a construção de políticas públicas saudáveis (RECIFE, 2001a).

No relatório de gestão 2002 (RECIFE, 2003, p. 25) reforça a origem e concepção do modelo de gestão apresentado no plano municipal de saúde 2002/2005 e acrescenta que o mesmo foi discutido na V Conferência Municipal de Saúde (CMS), realizada de 28 de setembro a 01 de outubro de 2001. Também destaca que:

[...] a construção do novo modelo de atenção à saúde do Recife está acontecendo por um processo de reordenamento com expansão da atenção da rede própria municipal e por um processo político junto aos diversos atores sociais que assegure uma efetiva municipalização da atenção de média e alta complexidade, garantindo assim, a equidade e integralidade da atenção à saúde do nosso município (RECIFE, 2003, p.29).

No relatório de gestão 2003 (RECIFE, 2004, p. 14) mantêm-se a propositura de um modelo de atenção compatível com a proposta de cidade saudável identificando nas V e VI CMS marcos deste compromisso político. O Plano Municipal de Saúde 2006/2009 (RECIFE, 2006a, p. 39) elaborado no segundo mandato do Prefeito João Paulo também reitera o modelo de atenção expresso no Plano de Saúde 2002/2005 do 1º governo João Paulo.

Oliveira Neto (2009, p. 35), discorre sobre a conformação do modelo de atenção do Recife:

[...] o modelo tecnoassistencial em saúde do Recife *bebe* de três fontes principais para operar os princípios que adotou como norteadores do Modelo de Atenção à Saúde do Recife, que vamos a partir de agora nomear de Modelo Tecnoassistencial em Saúde do Recife. Estes três marcos teóricos/estratégias são complementares e se localizam no mesmo *campo epistemológico*: o ideário das **Cidades Saudáveis** (inscrito na proposta da Promoção da Saúde), o modelo da **Vigilância da Saúde** e a **Estratégia Saúde da Família**, este entendido como proposta para reorientar o modelo assistencial em saúde. Entendemos, como vamos demonstrar, que a Vigilância da Saúde, em toda a sua abrangência, é o *carro-chefe* do modelo.

Exemplificando a adesão teórico-conceitual da SMS Recife, partir de 2001, à proposta das Cidades Saudáveis, inscrita no ideário da Promoção da Saúde, Oliveira Neto (2009, p.39) afirma:

Esta aposta surge, por vezes, explicitamente e outras vezes inscrita nas ações prioritárias, a exemplo dos programas Academia da Cidade e Programa de Saúde Ambiental, e nas diretrizes da gestão municipal, como é o caso da **intersectorialidade** e no incentivo à **participação comunitária**. Reforçando esta afirmação, podemos apontar seis dos oito Programas Estratégicos da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR) para o período em questão, que tem a **intersectorialidade** como mote na busca por um *Recife Saudável*: Gestão de riscos de morros e alagados – Guarda Chuva; Recife

– Nossa Casa; Comunidade Saudável; Dinamização Econômica e do Acesso ao Mercado de Trabalho; Requalificação e reapropriação dos espaços públicos – espaço público para todos; e Combate a Violência e defesa da cidadania.

Cordeiro (2008, p.27) corrobora Oliveira Neto (2009) quando afirma que:

[...] na Cidade do Recife, a proposta *Cidade Saudável* foi assumida no discurso da gestão 2001-04 e foi expressa no seu Plano Municipal de Saúde, sendo mantido, no período seguinte pela reeleição do mesmo grupo político. O compromisso do Governo Municipal baseou-se no dever de resgatar a cidadania do recifense, através da *democratização* e de superação das iniquidades sociais, reivindicações históricas dos segmentos progressistas da cidade.

Santos (2004, p.101) avalia a adesão da PCR ao Cidade Saudável, adotando um tom crítico quando afirma que: “Por outro lado (a PCR), não adota uma metodologia específica e, sim, traça grandes tópicos estratégicos”.

Elenca Santos (2004, p.101) os tópicos estratégicos do Cidade Saudável na PCR:

- a) A Saúde como qualidade de vida, visando superar a visão polarizada da medicina sobre a saúde, compreendendo a importância dos vários determinantes do processo saúde-doença da população. A Saúde é representada como defesa do ecossistema [...];
- b) Políticas Públicas que promovam a saúde, visando a promoção da mesma, sendo realizada através de políticas públicas articuladas e favoráveis à saúde [...];
- c) Reforço à participação da Comunidade, entendida como capacidade de organização social com influência nas decisões das políticas públicas nos âmbitos local, regional e nacional [...];
- d) Desenvolvimento da Auto-responsabilidade, na qual cada cidadão tem um papel importante no desenvolvimento da promoção à Saúde;
- e) Reorientação dos Serviços de Saúde, acatando a recomendação dos Sistemas Locais de Saúde – SILOS;
- f) Intersetorialidade como estratégia principal [...]

Na sua dissertação Santos (2004, p.111-112) apresenta resultados sobre a implantação do Recife Saudável e destaca algumas limitações:

Porém, a principal limitação é a articulação dentro da própria secretaria e com os demais órgãos. Os programas devem estar norteados a partir da promoção e proteção da saúde, porém, problemas como a rotatividade dos profissionais das equipes de Saúde da Família, valores culturais da população e a visão hospitalocêntrica da mesma tornam-se entraves para a consolidação dos programas na prática [...]. Nesta perspectiva, os tópicos estratégicos para a adoção da proposta de Cidade Saudável também ficam fragilizados e com pouca legitimidade, o que não deve acontecer para que a proposta não seja abortada [...].

Agora analisando a vinculação à vigilância da saúde pela SMS Recife dentro do seu modelo de atenção, Oliveira Neto (2009, p.43) expõe:

Ao contrário da adesão ao ideário das Cidades Saudáveis, não aparece nos documentos analisados a opção explícita à corrente da Vigilância da Saúde. Creditamos isso à constatação de que a própria racionalidade na

qual o Sistema Único de Saúde está embasado, em muito, se vale de suas premissas e ferramentas, como a utilização dos distritos sanitários e da lógica territorial, a imagem da *pirâmide* como forma de pensar o modelo assistencial e a ênfase na prevenção e promoção, com grande centralidade na utilização de ferramentas da Epidemiologia para a identificação de prioridades e o planejamento das ações.[...]

Sobre o outro pilar do modelo de atenção que é a estratégia de saúde da família, Oliveira Neto (2009, p.51) recorre ao plano municipal de saúde 2002 a 2005 para assim se expressar:

A adesão à Estratégia Saúde da Família (ESF) é realizada na perspectiva deste ser o modelo de reorganização e ampliação da atenção básica e inversão do modelo assistencial em saúde, sendo apontado como espaço privilegiado para a garantia da Promoção da Saúde no Plano Municipal de Atenção Básica à Saúde, referente ao período de 2001 a 2004: A proposta é que a SMS assuma a atenção à saúde tendo como um dos eixos básicos a Promoção da Saúde. Essa proposta implica em garantir a atenção básica à saúde à totalidade dos seus municípios e na reestruturação desse nível do sistema para que trabalhe de forma integral, territorializada e humanizada [...].

Santos (2004, p.75) discorre sobre a estratégia de saúde da família adotada pelo Recife:

[...] tem como primeiro princípio a universalidade da assistência à saúde a todo cidadão. Para isto, a assistência será organizada de forma hierarquizada, tendo como estrutura de sua organização a definição da porta de entrada do sistema, a territorialidade e a adscrição de clientela [...]. Será implantado cobrindo 70% da população do município, que corresponde à sua população mais carente. A cobertura aos outros 30% da população, correspondente às populações de maior poder aquisitivo, será realizada através do acompanhamento pelo Agente Comunitário de Saúde. A base fundamental da universalidade será a introdução do conceito de adscrição de clientela em que a equipe multiprofissional do PSF terá a responsabilidade com a saúde de 750 famílias em média (cada equipe), delimitada geograficamente, na qual esta equipe de saúde estará inserida, identificando assim os problemas sociais, econômicos e o perfil epidemiológico dos cidadãos sob sua responsabilidade.

No Plano Plurianual do Recife (RECIFE, 2000) foi descrito com maior detalhamento o perfil e organização pretendidos para as USFs, sendo que as mesmas deverão sediar de uma a três equipes de saúde da família. Cada 20 equipes de saúde da família contarão com uma Equipe de Retaguarda. Acreditando na capacidade dos profissionais de resolverem a maioria dos problemas de saúde da população, as equipes de retaguarda têm como princípio norteador de sua composição a complementariedade da equipe multiprofissional e não a insuficiência do conhecimento médico do generalista que comporá a equipe de saúde da família; neste sentido as equipes de retaguarda serão compostas por um profissional de saúde mental (de preferência um psiquiatra), um nutricionista e um sanitarista, tendo para cada duas equipes de retaguarda, um fisioterapeuta e um educador em saúde.

Pode-se perceber que o arcabouço do modelo de atenção em saúde do Recife está estruturado na aderência ao ideário teórico do movimento Cidades Saudáveis, mantendo forte sintonia com as ações intersetoriais. Adota contribuições do modelo de vigilância da saúde quando implanta o programa de saúde ambiental e reorganiza suas ações assistenciais a partir do modelo induzido pelo Ministério da Saúde da estratégia de saúde da família. Persiste o distrito como a base do planejamento, e a participação popular com papel ativo na construção e respaldo ao modelo em construção. Aparecem críticas a sua efetiva implantação.

5.3 CONSTRUINDO UM MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO RECIFE RESULTADOS DA ANÁLISE DOCUMENTAL

Construído dentro do contexto do modelo de atenção em saúde do Recife e assim comungando dos mesmos princípios, a saúde bucal guarda especificidades que serão relatadas neste tópico. Serão descritas iniciativas e citações envolvendo a saúde bucal presentes nos principais documentos institucionais que juntamente com as entrevistas e os dados secundários possibilitarão análises posteriores.

No Plano Municipal de Saúde do Recife 1998-2001 a oferta de serviços odontológicos é descrita como estando presente na totalidade das UBSs da PCR, existente também nas unidades hospitalares tais como: Maternidades, Policlínicas e Centros de Oftalmologia, Hipertensão e Diabetes, perfazendo 58 unidades (06 funcionam em horário integral). Com 102 consultórios e uma média de 220 CDs. Todos oferecem clínica básica e odontopediatria, 94% possuem fotopolimerizadores e 41% radiologia. Cada um dos seis DS possuem pelo menos uma unidade para endodontia de dente anterior, os HIV + são referenciados para o Lessa de Andrade e cirurgias bucomaxilofaciais e pacientes especiais para o Posto de Assistência Médica (PAM) Centro (RECIFE, 2000, p.83).

No ambiente escolar atuação apenas de forma preventiva, com escovação supervisionada e aplicação de fluoretos por CDs. Os agentes comunitários de saúde (ACSs) paulatinamente estão sendo capacitados para levarem informações sobre higiene bucal, importância dos dentes e assim, reduzir o fluxo às unidades para tratamento curativo (RECIFE, 2000, p.83).

Outros registros que aparecem sobre a saúde bucal no Plano Municipal de Saúde (PMS) 1998-2001 são: Dentro das principais atividades da saúde escolar: Atendimento a escolares nas ações de saúde bucal (fluoroterapia e orientação sobre escovação) (RECIFE, 2000, p.75). Quando na discussão do modelo assistencial no âmbito da atenção secundária não aparece nenhuma referência a bucal. (RECIFE, 2000, p.102). Nos programas e projetos, especificamente no Programa: Modelo Assistencial-Ampliação da Capacidade Instalada e Resolutiva da rede de Saúde aparece os itens:a)Implementar o Programa de Atenção Odontológica; b)Intensificar atividades preventivas; Dar suporte as atividades curativas e de reabilitação (RECIFE, 2000, p.118).

No relatório de gestão de 2000 (RECIFE, 2001b) na ação: Implementar programa de Atenção Odontológica aparece a implantação de odontologia para bebês (0 a 36 meses) nos Centros de Saúde Dr. Luiz Wilson (DS II), Clementino Fraga (DS III), Agamenom Magalhães (DS V) e no Romildo Gomes.

O que se observa no último ano de gestão do Prefeito Roberto Magalhães são ações voltadas para infância, realizadas em unidades básicas de saúde e com limitada estrutura assistencial para a média complexidade. ACSs são paulatinamente formados para divulgarem orientações sobre saúde bucal, mas diferente do que ocorreu em outros municípios como Camaragibe e Curitiba não há a efetiva implantação da saúde bucal na estratégia de saúde da família.

No documento que baliza as propostas para a saúde bucal da nova gestão municipal que se inicia em 2001 e alcunhado com o nome fantasia de Sorriso Melhor (RECIFE, 2001c, p.1) na sua introdução afirma que:

A base dos compromissos políticos na organização do modelo de atenção em saúde pela Secretaria de Saúde do Recife está pautado na construção de uma cidade saudável. Neste contexto a saúde deve ser considerada como componente fundamental da qualidade de vida, especificamente a Saúde Bucal, pois os problemas bucais interferem diretamente no padrão de vida, pela alta prevalência, demanda pública elevada, seu impacto sobre a vida dos indivíduos e sociedade em termos de dor, desconforto, limitação e deficiência social e funcional gerando grau de satisfação ou insatisfação diante da qualidade de vida, no viver saudável.

O Programa Sorriso Melhor explicita os principais problemas de saúde bucal a serem enfrentados; cárie Dentária e suas conseqüências (dor e perda dentária) e a falta de acesso as ações de saúde bucal. E para este enfrentamento destaca que o referido programa tem a missão de formular, implantar e implementar uma política municipal de saúde bucal para ampliar o acesso às ações em saúde bucal e intervir

nos principais problemas bucais do ciclo da vida à consolidação de um modelo de atenção pautado nos princípios e diretrizes do SUS com vistas à melhoria da qualidade de vida (RECIFE, 2001c, p.1)

Para operacionalizar sua missão o Programa Sorriso Melhor recorre a um modelo lógico de intervenção com os seguintes componentes: educação em saúde, programa de agentes comunitários de saúde (PACS), PSF e unidades tradicionais, espaços coletivos, policlínicas, SPA e sistema de informação. (RECIFE, 2001c, p.3).

Define-se perfis prioritárias de atuação em saúde bucal baseados no ciclo de vida e elenca-se os resultados esperados (RECIFE, 2001c, p.7-8):

a) Criança: 0-5 anos (Pré – escolares) → Redução do ceo-d; 6-14 anos (Escolares) → Redução do CPO-D⁴; b) Adolescentes → Redução do CPO-D; c) Adultos → Redução do edentulismo; d) Idosos → Redução do Edentulismo; e) Grupos especiais/portadores de deficiência, Fissurados lábio – palatais → aumento do acesso ao serviço especializado.

Apresenta como questões fundamentais para efetiva implantação do Programa Sorriso Melhor (RECIFE, 2001c, p. 6):

Controle social; planejamento e gerenciamento descentralizado; intersetorialidade; reorganização da rede de serviços com investimentos nos recursos humanos; implantação de programas coletivos de alta cobertura nos espaços sociais organizados; estruturação de serviços especializados e organização do fluxo de referência e contra - referência em nível distrital; garantia de compra de insumos odontológicos; garantia de compra e manutenção preventiva dos equipamentos odontológicos; efetivação da Vigilância Epidemiológica em Saúde Bucal; reestruturação da Vigilância Sanitária; segurança e saúde no trabalho dos profissionais de saúde bucal da rede pública; uso de tecnologias apropriadas; financiamento específico para o setor.

Na conclusão do documento Sorriso Melhor – construindo a saúde bucal coletiva no Recife/PE, 2001-2006 (RECIFE 2001c, p.5) afirma-se que:

Neste contexto o Programa Sorriso Melhor vem investindo na saúde como elemento da cidadania, estimulando a melhoria da qualidade de vida das pessoas, projetando a visão de atenção à saúde, não apenas curar/evitar doença, mas a promoção da saúde, expressando uma pretensão das sociedades a um viver saudável, sendo a saúde bucal um componente significativo disto.

Pelo enunciado do documento Sorriso Melhor destacado, observa-se no plano teórico sintonia na proposta da política municipal de saúde bucal com a proposta da política municipal de saúde no tocante ao viver saudável, do ideário teórico da proposta de municípios saudáveis.

⁴ Índice para aferição da situação de dentes permanentes, tendo como componentes o cariado (c), o perdido (P) que se divide em extraído e com extração indicada e o obturado (o). Para os dentes deciduos adota-se o ceo, significando seus componentes: cariado (c), extraído (e) e obturado (o).

No relatório final da V CMS (RECIFE, 2001d, p.16-17) aparecem as seguintes proposituras para a saúde bucal: Garantia da atenção em saúde bucal em todos níveis de complexidade; ações de saúde bucal com enfoque tanto preventivo como reabilitador, garantindo a educação em saúde; distribuição do kit de higiene bucal; oferecimento de próteses com qualidade; centros de referência odontológico para todos níveis de complexidade; ações de promoção à saúde bucal enfocando os riscos de doenças sistêmicas causadas por focos dentais infecciosos; ações de atenção à saúde bucal nos espaços sociais com capacitação dos trabalhadores de educação e saúde. Na propositura gestão de pessoas, destaca-se a proposta de incluir um CD para cada equipe do PSF (RECIFE, 2001d, p.21).

O relatório de gestão de 2001 (RECIFE, 2002, p.05) destaca a implementação das ações de saúde bucal como um dos 19 programas prioritários. Cita capacitações para profissionais da saúde bucal em diagnóstico de lesões cancerígenas e atenção para portadores de DST/AIDS (RECIFE, 2002, p.28-42). Faz referência a inclusão da equipe de odontologia nas USFs (RECIFE, 2002 p.39).

Na atividade assistência integral à saúde da população, (RECIFE, 2002, p.45-46) a saúde bucal é destacada dentro de uma perspectiva de um viver saudável e como um componente significativo da saúde geral, principalmente pelo fato dos problemas bucais interferirem diretamente no grau de satisfação ou insatisfação gerador da qualidade de vida. Relata ainda que a intervenção se fez considerando os problemas prevalentes nos grupos dos componentes do ciclo de vida, saúde trabalhador, mulher, combate ao tabagismo e doenças sexualmente transmissíveis/Síndrome da imunodeficiência adquirida (DST-AIDS) e apoio as vítimas de violência, bem como grupos especiais (portadores de necessidades especiais e fissurados lábio palatais).

Destaca ações realizadas como normatização e regularização do abastecimento de materiais e insumos odontológicos. Oficina de planejamento em saúde bucal. Capacitação para implantação do Projeto Creches Saudáveis. Diagnóstico de profissionais com formação em especialidades odontológicas, para reorganização da rede de serviços e abertura de serviços especializados. Incremento de saúde bucal em 9 unidades de saúde da família demandando construção e obtenção de novos equipamentos (RECIFE, 2002, p.46).

O plano municipal de saúde 2002/2005 dentro das prioridades da política de saúde da Cidade do Recife, destaca 19 valores orientadores da SMS resultantes da

proposta de campanha do Governo e do orçamento participativo, figurando o item: *implementação das ações de saúde bucal*, que nas ações aparece como meta de estar presente em 180 unidades de saúde. Já nas ações programadas a saúde bucal aparece dentro do item 13: Garantia da Integralidade e Equidade da Atenção incluindo ações intersetoriais; aonde é destacada dentro das políticas setoriais (RECIFE, 2001a).

O relatório de gestão 2002 (RECIFE, 2003, p.57) tendo como título: Implantar ações de saúde bucal destaca; implantação e capacitação de 37 equipes (10 em 2001 e 27 em 2002) com compra de equipamentos e instrumentais. Incorporação ao abastecimento farmacêutico dos suprimentos em odontologia, além de sistema de registro de preços para compra dos mesmos. Espaços sociais utilizados para ações de educação em saúde e em 100% das USFs com aplicação de flúor. 1ª Mostra de Arte, Educação e Política em Saúde Bucal. Inauguração de SPA odontológico na Policlínica Amaury Coutinho (DS-II), atendimento a portadores de DST-AIDS no serviço de atendimento especializado da Policlínica Lessa de Andrade e criação de protocolos e normas para o atendimento das especialidades odontológicas. Capacitação em DST/AIDS em parceria com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) para 100 profissionais da atenção básica e atualização para profissionais que realizam atendimento infantil. Nas considerações finais (RECIFE, 2002, p.94) destaca o lançamento do Programa Sorriso Melhor.

No relatório de gestão 2003 (RECIFE, 2004, p.37-38) dentro do Programa de Consolidação e Aperfeiçoamento do Modelo de Assistência à Saúde, tendo como projeto atividade o desenvolvimento de ações voltadas para políticas específicas aparece a ação: Implementar Ações de Saúde Bucal com o seguinte detalhamento das ações e atividades realizadas: 1) Promover o Desenvolvimento e Capacitação dos Recursos humanos: a) cursos de atualização; b) Ações intersetoriais com entidades da área; c) Aquisição de livros didáticos; d) Participação em congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); e) Especialização em saúde da família para CDs dos DSs I, II e III; f) Pesquisa Nacional SB Brasil; g) Participação no fórum internacional de saúde bucal; g) Participação de profissionais da rede em seminários de odontopediatria; h) Realização do I e II Seminário Sorriso Melhor. 2) Ampliar serviços e ações especializadas e urgência odontológica por DS: a) padronização de equipamentos e instrumentais para o atendimento especializado; b) Concurso público para especialistas em endodontia e periodontia;

c) Implementação de estomatologia no DS III. 3) Elaboração de protocolos para a atenção básica e especializada. 4) Ampliar as ações coletivas em creches, escolas e lares de idosos: a) ações educativas em 100% de creches e escolas municipais; b) elaboração e distribuição de material educativo; c) Projeto piloto de ações de promoção em espaços coletivos. 5) Incorporação de ESB no PSF: a) Processo de seleção com 20 vagas para CD's, 10 ASBs e 10 TSBs b) Implantação de 12 novas ESBs⁵ 6) Garantir o abastecimento e suprimento de material de consumo às ações de saúde bucal: a) Garantia de assistência técnica e manutenção; b) regularização do abastecimento de material de consumo; c) confecção e distribuição de catálogo de materiais de consumo odontológico; d) confecção e distribuição de mapa de consumo mensal; e) solicitação de material de consumo para 2004.

No relatório final da VI CMS (RECIFE, 2003b, p.18) reitera-se a propositura de garantir paridade de uma equipe de saúde bucal para cada ESF.

No relatório de gestão de 2004 (RECIFE, 2005 a, p.51-52) dentro do Programa de Consolidação e Aperfeiçoamento do Modelo de Assistência à saúde, tendo como projeto atividade o desenvolvimento de ações voltadas para políticas específicas aparece como atividades realizadas: Meta 1: Promover desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos: a) apresentação de pôsteres no Congresso de Epidemiologia da ABRASCO; b) sensibilização de profissionais da atenção básica em saúde bucal para implementação da estomatologia na Policlínica Clementino Fraga (DS-III); c) ciclo de atualização odontológica; Meta 2: Implementar protocolo da atenção básica: Aguardando edição do manual do MS; Meta 3: Realização da II Mostra de Arte, Educação e Política em Saúde Bucal- Sorriso Melhor; Meta 4: Ampliar serviços e ações especializadas e urgência odontológica por DS: a) Inauguração 2ª urgência odontológica 24hs- Policlínica Arnaldo Marques/Ibura-DS-VI; b) Inaugurada policlínica do Pina com as especialidades de endodontia, periodontia e odontopediatria; c) Inauguração dos 4 CEOs com as especialidades de endodontia, periodontia, odontopediatria, estomatologia e cirurgia oral menor; Meta 5: Avaliação e acompanhamento mensal das ações em saúde bucal com reuniões entre a coordenação municipal e as distritais; Meta 6) Realização da I Conferência Municipal de Saúde Bucal e pré-conferências distritais como fases da III Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB); Meta 7: Ampliação das ações coletivas:

⁵ O relatório de gestão de 2003 apresenta nas páginas 65, 66 e 70 que este número foi de 7 novas ESBs.

a) sensibilização dos profissionais de espaços coletivos em relação a saúde bucal e abordagem de risco comum; b) ações coletivas em 100% das áreas cobertas pelo PSF; Meta 8: Incorporação de 67 ESBs no PSF, sendo 57 implantadas e 10 em implantação- cadastramento e diagnóstico de área.

Em 2005 a gestão elabora o protocolo de atendimento odontológico nos serviços de saúde da rede pública da Cidade do Recife (RECIFE, 2005b, p.8) que dentre várias regulamentações, define o papel da coordenação municipal de saúde bucal:

[...] Formular, implantar e implementar a política municipal de saúde bucal para intervenção nos principais problemas bucais nos grupos do Ciclo da Vida, com vistas a efetivação de um modelo de atenção baseado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde com vistas a ampliação do acesso as ações de saúde bucal e melhoria da qualidade de vida.

E também suas atribuições:

Formular, implantar e implementar a política de saúde bucal no município; planejar, avaliar e monitorar a política e as ações executadas; gerenciar o processo de suprimento e abastecimento de materiais odontológicos à rede de serviços, bem como, solicitação de compras; contribuir no processo de educação continuada aos profissionais; participar das ações intra (articulação entre as políticas específicas, diretorias, etc) e inter-setoriais (educação, etc) propostas à melhoria da atenção em saúde; elaboração de normas e protocolos nos diversos níveis de intervenção; assessorar os Distritos Sanitários na gerência das ações desenvolvidas em nível local: através de reuniões conjuntas, mensais, com as gerências do DS em saúde bucal para planejamento, avaliação e monitoramento das ações propostas. Discussão com os DS de agendas específicas.

A observação das atribuições da coordenação municipal de saúde bucal permite interpretar que a mesma tinha mais funções de assessoria, formulação e monitoramento do que efetivamente implementar ações.

O referido protocolo (RECIFE, 2005b, p.13-21) aponta como modelo assistencial para atenção básica, o Programa Saúde da Família, cuja responsabilidade sanitária é a mudança de paradigma do modelo biomédico para o modelo de promoção em saúde. Neste item é descrito o PSF reproduzindo a regulamentação do Ministério da Saúde. No final do item são definidos critérios para diagnóstico de área, grau de prioridade para o atendimento odontológico: agendamento, indicadores de risco, organização do ambiente e processo de trabalho semanal das USFs com :

a) Atividades clínicas: 28 horas; b) Atividades coletivas: 8 horas (manhã / tarde); c) Visitas domiciliares: de acordo com a necessidade local; d) Reuniões de planejamento: 4 horas; e) N° de atendimentos / turno: 8 -10 atendimentos; f) Tipo de tratamento recomendado: adequação do meio bucal.

O enfoque da vigilância em saúde bucal é notado no protocolo (RECIFE, 2005b, p.23-25), a mesma é entendida como importante para construir a base de informação necessária que norteie o desenvolvimento das ações em saúde. Estabelece diretrizes para vigilância epidemiológica e para levantamentos epidemiológicos e também define índices e indicadores. Destaca também diretrizes para vigilância sanitária e ambiental, além de normas de biossegurança (RECIFE, 2005b, p.25-30).

O protocolo (RECIFE, 2005b, p.31-38) destaca a promoção em saúde, tendo como enfoque, a sistematização das ações de caráter individual e coletivo, no primeiro nível da atenção, voltadas para promoção de saúde bucal. Constantemente se referenciando em publicações do Ministério da Saúde traz os pressupostos teóricos para logo em seguida definir as seguintes diretrizes e espaços de práticas: a) Educação em saúde em nível micro: consultórios, domicílios e unidades de saúde; b) Educação em Saúde em nível macro: intervenção em espaços coletivos (escolas e creches; abrigos de idosos e outros espaços sociais organizados (CAPS, albergues, etc.; programa academia da cidade). Recomenda os seguintes métodos preventivos em saúde bucal (Higiene Bucal Supervisionada; Higienização das Próteses; Aplicação Tópica de Flúor; Aplicação de Selantes; Auto exame de Boca).

O protocolo (RECIFE, 2005b, p.39-56) destaca a atenção em saúde bucal, entendida como: “[...] sistematização da assistência aos grupos do ciclo da vida integrando ações curativas com medidas de prevenção e promoção a saúde bucal nos serviços de atenção primária”. Define no documento diretrizes tanto para as visitas domiciliares como para atuação na USF, tendo como referência os grupos do ciclo da vida e grupos específicos. Outras diretrizes são apresentadas para rotinas de procedimentos para atendimento odontológico nas especialidades endodontia, periodontia, estomatologia, pacientes portadores de necessidades especiais, cirurgia oral menor e odontopediatria.

O protocolo (RECIFE, 2005b, p.57-67) apresenta as especialidades odontológicas, tendo como local de intervenção os CEOs nas Policlínicas da Rede Pública do Recife. Dentre as especialidades a serem oferecidas, além das 5 clássicas regulamentadas pelo MS, vem a acrescentar: Prótese, Odontopediatria, Ortodontia (preventiva e interceptiva)/Ortopedia funcional. São normatizados critérios para o referenciamento e criados protocolos de atendimento para todas as especialidades a serem oferecidas.

O protocolo (RECIFE, 2005b, p.68-70) define como local de atendimento das urgências odontológicas, os SPAs. Delegando-lhe “[...] a finalidade de solucionar os problemas de urgências do complexo maxilo-facial, ou encaminhá-los quando necessitem de atendimento especializado da cirurgia e traumatologia buco-maxilo facial”. São definidos os procedimentos realizáveis, os locais de atendimento, além da composição da equipe clínica.

No relatório de gestão de 2005 (RECIFE, 2006c, p.61-62) dentro do Programa de Consolidação e Aperfeiçoamento do Modelo de Assistência à Saúde, tendo como projeto atividade o desenvolvimento de ações voltadas para políticas específicas aparece como atividades realizadas: Meta 1: Avaliar e acompanhar as ações de saúde bucal, através de reuniões da equipe, supervisão local e relatórios trimestrais: a)Reuniões junto aos DSs e lista de discussão on line do Programa Sorriso Melhor; Meta 2: Promover desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos: a)Início do curso ASB e TSB com 14 profissionais; b)Início do curso de aperfeiçoamento para atendimento de pacientes com necessidades especiais com 11 profissionais; Meta 3:Socializar as ações e experiências em saúde bucal, através da divulgação pública das ações de saúde bucal: a)apresentação de trabalhos no ENATESPO; b)participação em campanha de combate ao câncer de boca; Meta 4:Firmar parcerias com entidades, universidades e outros: a)campo para estágio curricular de UPE e UFPE; Meta 5: Implementar protocolo da atenção básica:Somente implementada a ficha clínica-epidemiológica; Meta 6:Ampliação das ações coletivas: manteve ações coletivas em 100% das áreas cobertas pelo PSF; Meta 6)Garantia do abastecimento dos insumos da saúde bucal; Meta 7)Implantação parcial de um sistema de vigilância em saúde bucal.

Nas proposições e metas para a atenção à saúde, especificamente para a atenção básica visando a consolidação do modelo municipal de saúde bucal aparece no Plano Municipal de Saúde de 2006/2009 (RECIFE, 2006a, p.53) as seguintes metas:

1. Implantar novas Equipes de Saúde Bucal - ESB no PSF, na proporção de 1 ESB para 1 ESF, priorizando as USF já existentes;
2. Garantir e regularizar o abastecimento da rede (materiais e insumos), bem como o funcionamento das ESB existentes;
3. Desenvolver atividades de promoção de saúde em 100% das áreas cobertas pelo PSF;
4. Estabelecer cotas de apoio diagnóstico (exames complementares) para as ESB e Unidades de referência;
5. Garantir o fornecimento de Equipamento de Proteção Individual (EPI) aos profissionais de saúde bucal.

O Plano Municipal de Saúde de 2006/2009 (RECIFE, 2006a, p.61) traz as seguintes metas para a atenção especializada em saúde bucal:

1. Ampliar a rede de Centros de Especialidades Odontológicas;
2. Implantar Laboratórios de Prótese Dentária em cada CEO;
3. Ampliar a rede de Serviços de Urgência Odontológica com a qualificação dos profissionais destes serviços e criação de um sistema de vinculação da urgência com atenção básica;
4. Municipalizar o Hospital Geral de Areias (HGA) e ampliar os serviços de cirurgia buco-maxilo-facial;
5. Instituir programa de diagnóstico e prevenção às lesões bucais, com ênfase ao câncer de boca, pactuando com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) o tratamento e a reabilitação dos casos identificados;
6. Instituir ações de promoção e prevenção à saúde bucal na rede de atenção especializada;
7. Adotar os parâmetros internacionais estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde - OMS para política municipal de Saúde Bucal, com metas a serem definidas pela coordenação do Programa em articulação com os trabalhadores e usuários;
8. Instituir uma política de vigilância das principais patologias relacionadas à Saúde Bucal no Município, no modelo de doenças e agravos não transmissíveis (DANT).

O relatório de gestão de 2006 (RECIFE, 2007a, p.35-36) apresenta dentro da ação *Promover a saúde bucal*, metas que foram implantadas, dentre elas podemos citar: 1) Ações de promoção à saúde em todas as creches e escolas municipais nas áreas cobertas pelo PSF (415 equipamentos e mais de 85.000 crianças); 2) 04 profissionais capacitados para atenderem pacientes com necessidades especiais; 3) Realizado o II seminário Sorriso Melhor enfocando saúde bucal e DST/AIDS; 4) 4 novas equipes de saúde bucal no PSF; 5) Garantiu EPI para os profissionais de saúde bucal; 6) realizados pregões que garantiram o abastecimento em 2006; 7) Instituiu rede de atenção estomatológica em Recife, mas sem conseguir garantir o tratamento para os casos de alta complexidade.

No relatório final da VII CMS (RECIFE, 2006b, p.89) aparece novamente a propositura de garantir paridade de uma equipe de saúde bucal para cada ESF.

O relatório de gestão de 2007 (RECIFE, 2008 p.32-33) no item *Promover a saúde bucal* apresenta que o programa de saúde bucal no Recife acompanha o modelo de saúde do município. No PSF enfoca além da assistência clínica, a ação promocional em espaços coletivos que também tem a função de acolhimento aos usuários. Na média complexidade aparecem ações programadas nas policlínicas. Destaca que em 2007 foi iniciada a revisão do protocolo de saúde bucal e realização de ações promocionais em todas as escolas da rede municipal.

No relatório final da VIII CMS (RECIFE, 2007b, p.40-41) aparece a proposição de consolidar o modelo de atenção à saúde bucal com as seguintes metas, todas oriundas do Plano Municipal de Saúde 2006/2009:

1) ampliar a rede de CEOs; 2) implantar LRPD em cada CEO; 3) ampliar a rede de serviços de urgência com a qualificação dos profissionais destes serviços e criação de um sistema de vinculação da urgência com a atenção básica; 4) municipalizar o Hospital Geral de Areias e ampliar os serviços de cirurgia buco-maxilofacial; 5) instituir programa de diagnóstico e prevenção as lesões bucais, com ênfase ao câncer de boca, pactuando com a SES o tratamento e a reabilitação dos casos identificados; 6) instituir ações de promoção e prevenção à saúde bucal na rede de atenção especializada; 7) adotar os parâmetros internacionais estabelecidos pela OMS para a política municipal de saúde bucal, com metas a serem definidas pela coordenação do programa em articulação com os trabalhadores e usuários; 8) instituir uma política de vigilância das principais patologias relacionadas a saúde bucal no município, no modelo de doenças e agravos não transmissíveis.

Estas metas apresentadas no relatório final da VIII CMS (RECIFE, 2007b, p.40-41) e oriundas do Plano Municipal de Saúde 2006/2009, quando avaliadas a luz do relatório de gestão de 2007 (RECIFE, 2008), verifica-se que nenhuma havia sido plenamente implantada. Mas como o plano municipal é quadrienal com encerramento previsto em 2009, somente estudos posteriores poderão avaliar a efetiva implantação das metas propostas.

5.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.

No tocante a rede instalada em saúde bucal, no ano de 2000, os seis distritos sanitários do Recife ofertavam a seus usuários para a atenção básica, 58⁶ Unidades Básicas Tradicionais com serviços odontológicos. Devido à proposta de mudança de modelo de atenção à saúde do município, a partir do ano de 2001, houve a introdução da equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família do Recife, fazendo com que 10 UBTs se transformassem em 10 Unidades de Saúde da Família (**quadro 8**). Observa-se que a partir deste ano, as Unidades Básicas Tradicionais começaram a diminuir de número e as Unidades de Saúde da Família começaram a ganhar espaço, iniciando assim, o processo de transformação do modelo de atenção proposto pelo Recife. No final de 2007 a SMS Recife estruturava-se para a atenção básica em saúde bucal com 110 equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família e 24 UBTs com odontologia.

⁶ Há divergências quanto a quantidade de UBSs existentes no ano 2000 e que contavam com saúde bucal. O relatório de gestão de 2000 (SMS RECIFE, 2001b) apresenta como sendo 59, já o Plano Municipal de Saúde 1998-2001 (SMS RECIFE, 2000) e o Sorriso Melhor (SMS RECIFE 2001 c) apresentam como sendo 58, quantitativo este adotado pela tese.

Ano	ESF	ESB	UBT	Proporção ESB/UBT	Proporção ESB/ESF
2000	27	0	58	0%	0%
2001	88	10	48	20,83%	11,36%
2002	126	37	45	82,22%	29,37%
2003	146	44	39	112,82%	30,14%
2004	192	87	34	255,88%	45,31%
2005	213	90	32	281,25%	42,25%
2006	220	100	25	400,00%	45,46%
2007	227	110	24	458,33%	48,46%

Quadro 8: Evolução do número de equipes de saúde da família, bucal e Unidades Básicas Tradicionais do Recife no período 2000 a 2007
 Fonte: Coordenação de saúde bucal do Recife

Observa-se no **quadro 8** o crescente aumento do número de ESFs a partir de 2000, acompanhado pela implantação de equipes de saúde bucal a partir de 2001 e como as ESFs experimentou crescente aumento até 2007. Quanto as UBTs as mesmas experimentaram um movimento inverso, vindo a diminuir de 58 em 2000 para 24 em 2007. As equipes de saúde bucal representavam 48,46% das equipes de saúde da família em 2007 distante de alcançar o proposto em todas conferências municipais de saúde no período, que apontavam para uma equiparação.

Quando observada a relação entre o número de equipes de saúde da família com as equipes de saúde bucal para o ano de 2008 por Distrito, **quadro 9**, verifica-se que em nenhum se estabelece uma relação de 1:1, ficando mais próximo o DS-IV com 57,90% e mais distante o VI com 41,67%.

Distrito Sanitário	ESB	ESF	Proporção ESB/ESF
I	8	16	50,00%
II	19	39	48,72%
III	20	44	45,46%
IV	22	38	57,90%
V	16	31	51,61%
VI	30	72	41,67%
Total	115	240	47,92%

Quadro 9: Relação entre o número de Equipes de Saúde Bucal e Equipes de Saúde da Família da SMS Recife no ano de 2008, por Distrito Sanitário

Fonte: Coordenação de saúde bucal do Recife

Esta situação de iniquidade entre o número de equipes de saúde da família e de saúde bucal do Recife se repete no cenário nacional, existindo em maio de 2010, 31.001 equipes de saúde da família implantadas para 19.613 equipes de saúde bucal, representando 63,27%, relação esta mais favorável a integração do que a apresentada no Recife (BRASIL, 2010).

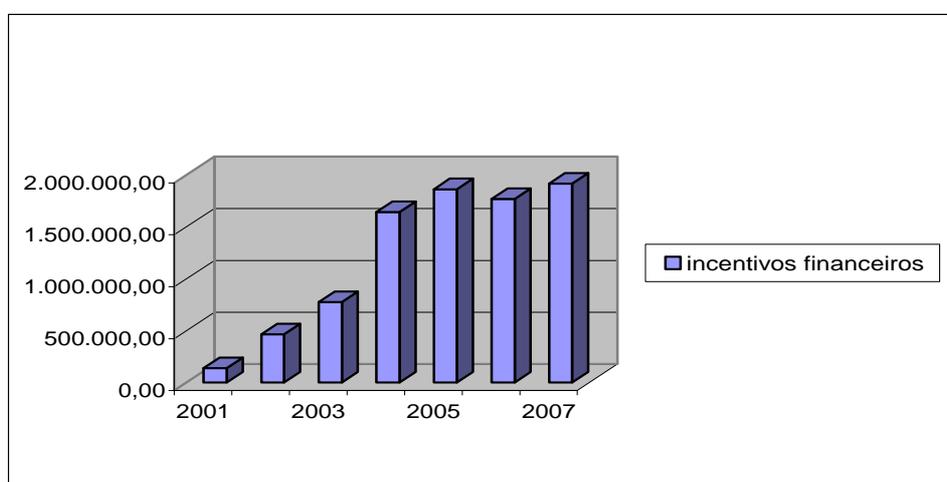
Sobre o financiamento das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família, no relatório de gestão de 2000 (RECIFE, 2001b) aparece que os valores faturados, segundo grupo de procedimentos PAB Fixo para as ações básicas em odontologia representou 10,47% do total repassado pelo MS. A partir de 2001 com a introdução da saúde bucal na ESF, os valores repassados passam a ser caracterizados como específicos da saúde bucal e crescem exponencialmente conforme apresentado no **quadro 10**.

ANO	VALOR	EVOLUÇÃO %
2000	0,00	--
2001	139.333,32	--
2002	466.916,64	235,11
2003	774.233,33	65,82
2004	1.643.900,00	112,33
2005	1.863.500,00	13,36
2006	1.769.500,00	-5,04
2007	1.919.000,00	8,45
2001-2007	1.225.197,60	1.277,27

Quadro 10: Evolução do incentivo repassado pelo Ministério da saúde para saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Recife por ano de competência, 2000-2007

Fonte: SIA/SUS

Examinando o **quadro 10**, elaborado com os dados extraídos do Datasus, o aumento financeiro é gradativo, exceto para o ano de 2006 que apresenta uma diminuição no repasse de 5,04 %. Esta evolução de incentivo repassado, quando calculado em porcentagem apresenta aumento de 1.277,27% de 2001 a 2007 para a saúde bucal com o valor mensal médio de aproximadamente R\$100.000,00. Destaca-se aqui que este incentivo específico oferecido pelo MS, segundo Mendes Júnior (2010), representam dependendo do tipo de modalidade da equipe, 25% ou menos dos custos fixos e variáveis de manutenção, assumidos pelo município.



Quadro 11: Evolução do Incentivo repassado a saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, por ano de competência, Secretaria Municipal de Saúde do Recife, 2001 a 2007
Fonte: SIA/SUS

Vale ressaltar que apesar de termos um SUS com as responsabilidades pactuadas entre os 3 níveis de governo, no caso de Pernambuco, a Secretaria Estadual de Saúde vem apenas em setembro de 2007 editar a portaria 720 aonde se dispõe a repassar recursos mensais na ordem de R\$1.200,00 para Unidades de Saúde da Família que demonstrassem qualidade e fossem completas (inclusa aí a saúde bucal), comprovada através de um processo de acreditação. No Recife em dezembro de 2007 apenas 6 Unidades de Saúde da Família vem a receber o referido incentivo. Frise-se aqui que diferentemente do nível federal, o nível estadual não repassa incentivo específico para a saúde bucal na atenção básica.⁷

Em dezembro de 2007, a rede odontológica municipal está conformada da seguinte forma: 110 Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família

⁷ Consulta telefônica realizada em 12/01/2010 a equipe técnica da Gerência de Expansão e Qualificação na Atenção Primária em Saúde. Pernambuco, Secretaria Estadual de Saúde.

(ESB), 24 Unidades Básicas Tradicionais (UBTs). Outros serviços como 4 SPA (Serviço de Pronto Atendimento), e 4 CEOs, se situam fisicamente no interior de algumas das 11 Policlínicas com atendimento odontológico, quer para atenção básica ou especializada conforme descrito na **tabela 2**.

Tabela 2: Distribuição das especialidades odontológicas por policlínicas no município de Recife, dezembro, 2007

Especialidades /DS (Policlínicas)	DS-I		DS-II		DS-III			DS-IV	DS-V	DS-VI	
	Policlínica Waldemar de Oliveira	Policl. Gouveia de Barros	Policl. Amaury Cavalcanti	Policl. Dr. Amauri Coutinho	Policl. Albert Sabin	Policlínica Barros Lima	Policlínica Clementino Fraga	Policl. Lessa de Andrade	Policlínica Agamenon Magalhães	Policl. Arnaldo Marques	Policl. do Pina
Odontopediat.	X	X		X	X		X	X	X	X	X
Pac. Espec.	X										
Cirurgia	X						X	X			
Periodontia	X	X	X				X	X	X		X
Endodontia	X		X				X	X	X	X	X
Estomatologia							X				X
Radiologia (radiog. periapical)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Urgência				X		X			X	X	
Proced. Odont. de AB	X	X		X	X		X	X	X	X	
CEO	X						X	X	X		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Recife - Coordenação de Saúde Bucal, 2008

A concepção da rede assistencial do Recife para referência da média complexidade em saúde bucal está dirigida para especialidades realizadas em Unidades Básicas Tradicionais, Policlínicas que abrigam CEOs (Valdemar de Oliveira, Clementino Fraga, Lessa de Andrade e Agamenon Magalhães), Policlínica que abrigaria a partir de 2008 Laboratório Regional de Prótese Dentária (Lessa de Andrade) e outras sete policlínicas que abrigam diferentes especialidades, sendo cada uma com sua própria peculiaridade conforme apresentado na **tabela 2**.

A odontopediatria é entendida como média complexidade, diferindo do preconizado pelo Ministério da Saúde que orienta para situar-se na atenção básica, estando presente em 9 das 11 policlínicas. Observa-se também que em 8 das 11 policlínicas os procedimentos especializados convivem com procedimentos de atenção básica, aí descartados os realizados em pacientes especiais e estomatologia conforme preconizado pelo Ministério da Saúde para os CEOs.

Quanto ao atendimento de urgência, está presente em 4 policlínicas (Amaury Coutinho, Barros Lima, Agamenon Magalhães e Arnaldo Marques) se estendendo por 4 dos 6 Distritos Sanitários. Destaca-se aqui que a Policlínica Agamenon Magalhães conta com CEO e atendimento de urgência concomitantemente, situação esta que pode distorcer a demanda referenciada para o CEO tornando-a exposta a livre demanda da urgência. O único serviço presente na totalidade das policlínicas é a radiologia periapical.

Sobre os CEOs, os mesmos se situam em 4 dos 6 distritos sanitários e nenhum dos mesmos apesar de serem credenciados pelo Ministério da Saúde, oferece as 5 especialidades preconizadas como obrigatórias (endodontia, periodontia, pacientes especiais, estomatologia e cirurgia oral menor). Apenas as especialidades de periodontia e endodontia estão presentes nos 4 serviços, segundo a **tabela 2**. Cirurgia oral menor está presente em 3 CEOs, estomatologia em 2 CEOs e pacientes especiais em apenas 1 CEO.

Analisando as entrevistas dos CDs de cada Distrito Sanitário em relação ao encaminhamento dos usuários do SUS aos Serviços de Referência se observa que no DS-I, o encaminhamento é para o CEO por formulário próprio; no DS-II se encaminha para a Policlínica, e também existem os encaminhamentos informais que são para a Escola de Aperfeiçoamento Profissional localizada na Associação Brasileira de Odontologia (ABO); no DS-III se encaminha através de planilha para o CEO, para a Policlínica Albert Sabin e para a Policlínica Clementino Fraga, ortodontia para a Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP-UPE), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) ou para a Sociedade dos CDs; no DS-IV o encaminhamento é para a Policlínica Lessa de Andrade que tem o CEO, as referências informais são para FOP, Hospital de Areias e UFPE [pacientes com Disfunção da Articulação Temporomandibular (ATM)]; DS-V os encaminhamentos formais são através de planilhas para a Policlínica Agamenon Magalhães e as referências informais são para UFPE (prótese, endodontia e

pacientes com disfunção da ATM) e FOP-UPE (estomatologia); no DS-VI os encaminhamentos são para a Policlínica do Pina, e para a Policlínica do Iburá (Arnaldo Marques), as referências informais são para o Hospital de Areias (cirurgia) e Universidades (prótese). Todos os DS encaminham para estomatologia no Clementino Fraga no Distrito Sanitário III. Pode-se observar também que os Hospitais conveniados Maria Lucinda e Santo Amaro prestam serviço em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial para todos os Distritos Sanitários, mas sem seguir um agendamento diferenciado para os pacientes encaminhados pela rede SUS municipal.

Com os resultados citados nas entrevistas acima, observa-se que a rede de serviços referenciais para a média complexidade não está completa em todos os DSs, faltando algumas especialidades preconizadas pelo Ministério da Saúde, porém a forma de encaminhamento está de acordo com Caderno da Atenção Básica Saúde Bucal do MS (BRASIL, 2006b), que cita que o encaminhamento deverá ser feito por meio de formulários de referência/contra-referência, acompanhados ou não de exames complementares e radiografias (BRASIL, 2006b).

Quando se perguntou das dificuldades para o encaminhamento dos pacientes, observaram-se em algumas falas dos CDs e coordenadores, situações que obstaculizam o adequado encaminhamento dos pacientes aos procedimentos especializados:

“O paciente não vai às unidades distantes porque não tem dinheiro” (entrevista A);

“Na verdade o CEO daqui ainda não funciona [...]” (entrevista B);

“Quantidade de vagas para determinadas especialidades. O CEO precisaria de mais endodontistas, cirurgião buco-maxilar e ortodontista...” (entrevista C);

“Poucas vagas no centro de referência e situação financeira dos pacientes [...] Demanda reprimida, dificuldade é conseguir vaga” (entrevista D);

Poucas vagas (principalmente endodontia). [...] aqui no distrito, nós já estamos trabalhando assim: temos as unidades tradicionais, e elas estão aqui porque muitas servem de referência, algumas têm periodontia, odontopediatria, então a gente colocou no meio, como referência. E as policlínicas [...] A gente tá tentando tirar dessas unidades a demanda espontânea... Agora, como a gente ainda não tem uma pactuação com os hospitais, até a média complexidade nós conseguimos encaminhar. Mas, para os hospitais, ainda é demanda espontânea (entrevista E).

Referência de saúde bucal de cirurgia buco no Hospital Maria Lucinda, agora que a gente tá conseguindo entrar pela regulação, mas ainda é uma coisa muito difícil, porque o paciente ainda tem que ir lá, ele mesmo marcar, e

muitas vezes ele se perde. E uma coisa eu sempre digo aos meus dentistas, é que o fato de encaminhar não significa se livrar do problema. Significa que você não ta podendo resolver aquilo naquele momento, e você ta encaminhando para alguém. Aquele problema é seu, aquela pessoa faz parte da sua comunidade, e você tem que saber se aquela pessoa foi, o que foi dito e que resoluções foram tomadas [...] (entrevista F)

Essas falas acima citadas vêm a corroborar o diagnóstico de insuficiência de serviços especializados e dificuldade de acesso aos mesmos. Chamou atenção a dificuldade de acesso para endodontia. Observa-se que, na tentativa de reorganização do modelo de atenção à saúde bucal, o município tenta imprimir às Unidades Básicas Tradicionais a responsabilidade pelo atendimento da média complexidade, oferecendo alguns serviços especializados, o que desvirtua a lógica de funcionamento da unidade que deveria funcionar como porta de entrada dos usuários no sistema e não como serviço de referência.

Andrade e Ferreira (2006) esclarecem esses achados ao afirmarem que, não se resolvendo as necessidades no serviço local, não há um esquema de referência/contra-referência, e os problemas ficam sem solução, já que não há como os usuários pagarem um tratamento no serviço privado. Dessa forma, a odontologia não consegue solucionar os problemas bucais de sua população em função da grande demanda acumulada.

Medeiros (1998) cita em sua dissertação sobre Camaragibe-PE que a expansão da rede assistencial de Atenção Secundária e Terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de Atenção Básica. Situação também encontrada na rede municipal do Recife.

Em consonância com o encontrado neste estudo Pimentel (2008) cita que além da grande demanda, a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária compromete o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal, e que se deve levar em consideração a forma como esse encaminhamento é feito, pois quanto mais rápido e confiável for esse encaminhamento, maiores as chances do paciente seguir o fluxo correto da referência. Reflexão esta adequada para o modelo do Recife.

Para garantir a resolubilidade da atenção básica é necessário que as centrais de marcação de consultas especializadas, de internações, de apoio diagnóstico e terapêutico estejam funcionando adequadamente. A central de marcação de consultas constitui-se em uma das formas existentes de regular a oferta e a demanda dos serviços de saúde. Na área da saúde o conceito de

regulação está relacionado aos aspectos de organização do fluxo dos pacientes nos diversos níveis do Sistema Único de Saúde. Regular em saúde refere-se à tarefa de disciplinar, estabelecer regras, ordenar, orientar e organizar o fluxo dos pacientes no sistema de saúde (BRASIL, 2006a).

Em relação à contra referência foi observado analisando a resposta de 12 CDs (vide roteiro de entrevista situado no apêndice) que em 5 entrevistas não existe a rotina de contra-referência, em 4 entrevistas existe a rotina da contra-referência limitada a alguns serviços e em apenas 3 entrevistas existe a rotina da contra-referência para todos os serviços.

Pode-se observar que na prática não existe uma rotina de contra referência consolidada no modelo de atenção do município do Recife. O ideal seria que, após o término do tratamento, o paciente fosse encaminhado para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento e manutenção, com o formulário de contra-referência devidamente preenchido onde conste a identificação do profissional, diagnóstico e tratamento realizado (BRASIL, 2006b).

Observa-se nas entrevistas citadas abaixo as dificuldades dos pacientes em retornar para a atenção básica após serem atendidos na atenção especializada:

Retornam concluído o tratamento, muito pouco. Muitos retornam e a gente tem que dá outra alternativa, por que não deu para solucionar. A queixa é grande da comunidade em relação à endodontia [...] É, geralmente ele retorna. Por exemplo, quando é um canal ele retorna para a gente restaurar. O problema é que as vagas são poucas e muitas vezes não dá tempo do paciente ir. Quando vê ele já extraiu, por que não tem paciência ele vai num lugar ai e manda tirar (entrevista E).

“Quando essa referencia é feita aqui dentro do distrito se consegue acompanhar. Agora, aquilo que não depende da gente, da rede própria, a gente não consegue acompanhar não (entrevista C)”.

Estes fatos levam-nos a refletir sobre a finalidade do sistema de referência e contra-referência, indicando, por vezes, uma tendência a dificultar ou diminuir o acesso ao serviço dado a grande demanda observada (JULIANI; CIAMPONI, 1999).

Em relação ao financiamento da média complexidade (**Tabela 3**), observa-se aumento no financiamento nos anos de 2000 a 2006. De 2006 para 2007 ocorreu uma diminuição de 6,61%. Em 2000, os recursos para os procedimentos especializados em odontologia foram de R\$431.362,27, passando para R\$1.353.241,42 em 2007, o que representa um aumento de 213,48% no financiamento da média complexidade no período. O maior aumento no

financiamento da média complexidade proporcionalmente falando ocorreu de 2001 para 2002 (67,84%), e o segundo maior de 2003 para 2004 (29,50%).

Tabela 3: Evolução no financiamento por parte do Ministério da Saúde para Saúde Bucal na média complexidade no município de Recife, de 2000 a 2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Financ. M.C.	431.362,27	522.020,02	876.166,56	951.186,53	1.231.849,28	1.395.029,60	1.449.090,47	1.353.241,42
% de Evoluç.	-	21,02%	67,84%	8,56%	29,50%	13,24	3,87%	-6,61%
Financ. CEO	0,00	0,00	0,00	0,00	305.600,00	422.400,00	422.400,00	422.400,00
% CEO	-	-	-	-	24,81%	30,28%	29,15%	31,21%

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS (DATASUS).

Destaca-se aqui que após serem credenciados os 4 CEOs tipo II no município em 2004, aumentou o incentivo em R\$ 305.600,00 equivalente ao repasse do incentivo adicional para implantação (R\$ 200.000,00) mais o repasse mensal (R\$ 105.600,00), correspondendo a 3 meses de outubro a dezembro de 2004.

Nos anos seguintes o repasse para o CEO, situou-se em aproximadamente 30% do repasse para a média complexidade em saúde bucal do Recife, valores ainda pouco significativos e que por si só denotam a pouca expansão dos serviços propostos para média complexidade em saúde bucal nos moldes propostos pelo Ministério da Saúde.

Observa-se que este incentivo específico oferecido pelo MS, segundo Mendes Júnior (2010), representam independente do tipo de CEO, 30% ou menos dos custos fixos e variáveis, assumidos pelo município para manutenção. No caso específico de Pernambuco não há contribuição do gestor estadual.

Analisando o financiamento específico dos procedimentos odontológicos da média complexidade com os da ESB por parte do MS (**tabela 4**), percebe-se que em 2000 não havia o mesmo para a ESB, somente para a média complexidade e que ano a ano, até 2007, houve expansão constante de ambos (excessão feita para a ESB em 2006 e para a média complexidade em 2007). E que a partir de 2004 o incentivo federal para a ESF suplanta os valores repassados para a média complexidade. No ano de 2007 verifica-se que a média complexidade recebe 70,52% em relação à saúde bucal na ESF. Ressalta-se que é avaliado apenas o repasse do MS não observando o gasto realizado pelo município. Dentro do repasse

do MS avalia-se apenas o feito para a ESF específico da saúde bucal, não levando em conta o repasse via PAB fixo por ser inespecífico para a saúde bucal.

Tabela 4: Comparação entre o financiamento por parte do Ministério da Saúde dos procedimentos de saúde bucal na estratégia de saúde da família e na média complexidade no município de Recife, de 2000 a 2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Fin. ESF	0	139.333,32	466.916,64	772.233,33	1.643.900,00	1.863.500,00	1.769.500,00	1.919.000,00
Fin. Med. Comp	431.362,27	522.020,02	876.166,56	951.186,53	1.231.849,28	1.395.029,60	1.449.090,47	1.353.241,42

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS (DATASUS).

Avalia-se que a captação de recursos específicos para a saúde bucal pelo município do Recife junto ao Ministério da Saúde para o ano de 2007, levando em conta sua capacidade instalada é desfavorável para o mesmo. Enquanto a atenção básica (incluindo odontopediatria) é realizada em 110 ESBs, várias UBTs e 9 policlínicas, a média complexidade é realizada em algumas UBTs e 8 policlínicas. Situação esta que poderia ser minimizada se houvesse a migração de todas UBTs para a estratégia de saúde da família e usufríssem do seu financiamento específico. De bom alvitre também seria que as policlínicas que oferecem procedimentos de atenção básica e odontopediatria passassem a focar a média complexidade no formato CEO incorporando as ações de endodontia, periodontia e cirurgia oral menor dispersas, e assim usufríssem do financiamento específico. Esta definição programática otimizaria o repasse do Ministério da Saúde específico para a saúde bucal do Recife.

No ano de 2000 haviam 220 CDs inseridos na assistência municipal, em 2007 este número cresce para 283 (28,64%), vide **quadro 12**, sendo que 110 CDs inseridos na ESB, o que para o ano de 2000 era inexistente. Incorpora-se no período 18 TSBs à equipe de saúde bucal da ESF.

Sobre o profissional cirurgião dentista incorporado a ESF do Recife no período 2000 a 2007, verificou que seu ingresso se deu por seleção simplificada assim como o restante da equipe, ou foi dada opção para profissionais estatutários de UBTs ou de outros serviços migrarem das mesmas para as equipes de saúde bucal.

Tipo de serviço	Quantidade	No. CDs	No TSBs	No. ASBs	Total Profissionais
ESB Tipo I	92	92	--	92	184
ESB Tipo II	18	18	18	18	54
CEO	04	41	--	26	67
Policlínicas	05	33	--	16	49
SPA	04	37	--	27	64
UBT	24	72	--	41	113
Total	147	293	18	220	531

Quadro 12: Número de profissionais de saúde bucal inseridos na assistência da Secretaria Municipal de Saúde do Recife por tipo de unidade, no ano de 2007

Fonte: Coordenação municipal de saúde bucal do Recife

Estes dados representam um pequeno crescimento no número total de CDs, mas deve-se atentar que os 110 profissionais com inserção na ESB, contavam com uma carga horária semanal de 40hs. Os que já pertenciam ao quadro do município tiveram sua carga horária ampliada para 40hs quando migraram para esta estratégia. E os que foram selecionados já o foram também para 40hs. Em suma o aumento do número de CDs foi relativamente pequeno, mas o aumento da carga horária foi significativa.

Constantemente citado como uma área de trabalho nova, a ESF é, muitas vezes, diferente das experiências de trabalho anteriores dos membros das equipes, e por isso, apresenta-se como um desafio técnico por representar uma lógica operativa diferente da que os profissionais de saúde estavam, até então habituados.

A Política Nacional de Atenção Básica determina a responsabilidade conjunta das secretarias municipais e estaduais de saúde na promoção da educação permanente dos profissionais da atenção básica, sob financiamento das três esferas de governo (BRASIL, 2006a).

Neste contexto o município apoiado em recursos do Ministério da Saúde e não os pólos de educação permanente da SES, ofereceu especialização em Saúde da Família a todos os profissionais universitários que compunham as equipes. As instituições responsáveis pela realização da especialização foram a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) para os Distritos IV, V e VI e a Universidade de Pernambuco (UPE) para os Distritos I, II e III, com cargas horárias de 525h

(quinhentos e vinte e cinco horas) e 540h (quinhentos e quarenta horas) respectivamente, realizadas no período de 2005 e 2006.

Conforme a Resolução N° 01 do Conselho Nacional de Educação tais cursos se enquadram como pós-graduação *lato sensu* na modalidade especialização, já que possuem carga horária superior ou igual a 360h (trezentos e sessenta horas) (BRASIL, 2001). Tal especialização teve como objetivo fornecer educação continuada aos profissionais da ESF para melhor compreender e executar ações em conformidade com as políticas de saúde preconizadas pelo SUS. Essa iniciativa encontra respaldo na medida em que autores como Volschan, Soares e Corvino (2002) consideram que o sucesso dos programas destinados a elevar o nível de saúde bucal, depende, fundamentalmente, de recursos humanos adequadamente preparados. Além do que a própria Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, no seu artigo 27 reforça o compromisso ao destacar que a política de recursos humanos na área de saúde tem o objetivo de organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de elaborar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 2006b).

Perguntou-se aos 12 CDs da pesquisa, **quadro 13**, inseridos na ESB qual sua formação no tocante a pós-graduação. (Roteiro de entrevista do CD no apêndice, pergunta 1; Você teve alguma formação em saúde pública ou saúde da família? Também foi verificado na identificação do entrevistado outras formações). Categorizou-se suas respostas da seguinte forma: **específica**, caso ele possuísse formação na área materializada; **próxima**, se a formação fosse voltada para a saúde coletiva, mas que não fosse saúde pública/saúde da família; **inespecífica**, caso não possuísse formação na área, sendo a mesma voltada para outras especialidades.

Formação	Específica	Próxima	Inespecífica	Total
Doutorado	--	--	--	--
Mestrado	--	C	--	01
Especialização	BCDEFGHIIJKLL	C	AAFHHIKK	22
Aperfeiçoamento	--	--	--	--
Atualização	--	--	--	--
Capacitação	D	--	--	01
Total	14	02	08	24

Quadro 13: Categorização formativa no nível de pós-graduação da amostra intencional de cirurgiões dentistas inseridos nas Equipes de Saúde Bucal do Recife em 2007

Fonte: Entrevistas com os CDs realizadas pela pesquisa

Encontrou-se o seguinte resultado: Todos os CDs da amostra intencional possuem pós-graduação no nível de especialização. Os CDs da amostra conjugam múltiplas formações, sendo que onze CDs foram classificados como **formação específica** sendo que 2 deles com formação concomitante em saúde pública e saúde da família e apenas um CD não contando com nenhuma das duas formações. Um CD apareceu como **formação próxima** tanto para o mestrado como para especialização, mas o mesmo também tem uma formação específica. 5 CDs aparecem como **formação inespecífica**, mas apenas 1 deles não acumula a formação em outra especialidade com a formação específica e 3 deles aparecem com mais de uma especialidade inespecífica.

Pesquisa realizada em Minas Gerais por Pereira *et. al* (2009) evidenciou que os dentistas da ESF não haviam participado de nenhum treinamento sobre ESF, ou seja, o profissional não estava capacitado a planejar ações de acordo com os objetivos da ESF, reproduzindo a clínica particular no serviço público com uma concepção de prática de mercado odontológico, centrada no indivíduo e restrita ao consultório, muito diferente do preconizado por documentos oficiais do MS para a estratégia. Situação diferente da encontrada na SMS Recife para a amostra intencional da pesquisa que mostrou 11 dos 12 CDs com formação prévia ao ingresso na ESB ou concomitante, o que possibilita um exercício da sua prática profissional mais próxima dos princípios da saúde bucal na estratégia de saúde da família e mais distante de práticas típicas do mercado odontológico.

Este achado mostra como são diferenciados os CDs que foram entrevistados e que fizeram parte desta amostra intencional, situando-se acima do padrão médio de CDs que militam nas ESBs da estratégia de saúde da família pelo território brasileiro.

Verificou-se o incentivo oferecido pelo município para a formação no nível de pós-graduação em saúde pública/saúde da família dos CDs inseridos na ESB, bem como se a mesma se deu após o ingresso na rede municipal. (Roteiro de entrevista do CD no apêndice, perguntas 2 e 3: Caso tenha formação em saúde pública/saúde da família: que tipo de formação foi essa? Qual a carga horária? Qual a instituição formadora? A formação supracitada é anterior ou posterior à sua inserção na ESF? Em caso de ser posterior quem financiou?). Esta prospecção obteve os resultados descritos no **quadro 14**.

Período de formação e incentivo	CDs da amostra	Total
Financiada pela PCR e anterior ao ingresso na ESB	-	0
Financiada pela PCR e posterior ao ingresso na ESB	BEFGHIJL	8
Não financiada pela PCR e anterior ao ingresso na ESB	CDIKL	5
Não financiada pela PCR e posterior ao ingresso na ESB	-	0
Sem formação	A	1

Quadro 14: Perfil dos 12 Cirurgiões Dentistas da amostra intencional na Equipe de Saúde Bucal quanto a formação em saúde pública/saúde da família, período da formação e incentivo da PCR em 2007

Fonte: Pesquisa do autor

Obs. 2 CDs tiveram mais de uma formação.

Pode-se afirmar que a formação no nível de pós-graduação em saúde pública/saúde da família é predominante em 11 CDs e que existe a iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde em oferecer tais cursos para seus servidores, situação verificada para 8 profissionais. Já outros 5 profissionais ingressaram na ESB, tendo noções teóricas no nível da especialização de como a mesma deveria ser operacionalizada e depois com a proposta formativa da PCR, dois deles também cursaram a especialização em saúde da família. Apenas 1 não teve nenhuma formação no nível de especialização em saúde pública/família.

Uma manifestação enigmática para a compreensão da importância do CD inserido na rede pública cursar especialização em saúde pública/saúde da família, apareceu na entrevista do CD D:

[...] a odontologia ainda tem um currículo ultrapassado da saúde pública do Brasil, então a gente sai da universidade formado para trabalhar dentro de um consultório, isolado e este curso de especialização da PCR me deu base para trabalhar tanto com a comunidade quanto em atividade multiprofissional [...].

Já os CDs com função de coordenadores, **quadro 15**, quando perguntados sobre sua formação (Roteiro de entrevista com coordenador distrital no apêndice, pergunta 3: Você tem alguma formação em Saúde Pública ou Saúde da Família? Em caso positivo: Que tipo de formação foi essa? Qual a carga horária? Qual a instituição formadora? Também na identificação do entrevistado coletou-se informação sobre outras formações).

Formação	Específica	Próxima	Inespecífica	Sem pós	Total
Doutorado	--	--	--		--
Mestrado	--	OP	--		02
Especialização	PPQ	--	M		04
Aperfeiçoamento	--	--	--		--
Atualização	--	--	--		--
Capacitação	NQ	--	--		02
Sem pós-graduação				L	01
Total	05	02	01	01	09

Quadro 15: Categorização formativa no nível de pós-graduação da amostra intencional de cirurgiões dentistas coordenadores distritais de Recife em 2007

Fonte: Entrevista com os CDs coordenadores realizada pela pesquisa

Analisando a formação dos 6 coordenadores distritais verifica-se uma formação múltipla e variada, destes 3 tinham formação **específica**, sendo que 2 ao nível de especialização e apenas 1 com a especialização em saúde da família oferecida pela PCR. Com formação **próxima** apareceram 02 coordenadores, sendo os 2 com mestrado. Com formação **inespecífica**, 1 coordenador e sem **nenhuma pós-graduação** também um coordenador

Ao se fazer um contraponto entre a classificação dos CDs e dos CSBs, observa-se que os CDs inseridos na rede assistencial da ESF têm uma melhor formação **específica** que os com funções gerenciais, 11 CDs com especialização em contraponto a 02 coordenadores, além de somente um coordenador ter tido acesso a especialização em saúde da família proposta pela PCR.

Talvez uma pista para entender a disparidade na formação seja a fala de coordenadores, os quais comentam sobre as vagas disponibilizadas para os cursos de formação em saúde da família realizados pela Secretaria de Saúde: “[...] Nem a gente mesmo tem direito, e deveria ter né? [...]” (CD J)ou:

[...] Eu tentei fazer mas o gerente do distrito não liberou, não aceitou na época. Ele dizia que era só para quem de fato ia trabalhar na ponta. Eu ainda tentei argumentar, que como minha formação não era essa e eu vinha de uma unidade tradicional, então eu não tinha a prática, a teoria do saúde da família, não entendia o modelo, não entendia. (CD L)

Com relação a formação no nível de pós-graduação dos outros profissionais de nível universitário, **quadro 16** (Roteiro de entrevista com profissionais de nível universitário no apêndice, pergunta 1 e 2: Você teve alguma formação em saúde pública ou saúde da família? Em caso positivo que tipo de formação foi essa? Qual a carga horária? Qual a instituição formadora).

Formação	Específica	Próxima	Inespecífica	Sem pós	Total
Doutorado	--	--	--	--	00
Mestrado	--	--	--	--	00
Especialização	RRSTTUVVX	T	--	--	10
Aperfeiçoamento	V	--	--	--	01
Atualização	--	--	--	--	00
Capacitação	--	--	--	--	00
Sem pós-graduação	--	--	--	--	00
Total	10	01	00	00	11

Quadro 16: Categorização formativa no nível de pós-graduação da amostra intencional dos outros profissionais de nível universitário inseridos na Estratégia de Saúde da Família do Recife em 2007
Fonte: Entrevistas com os outros profissionais de nível universitário realizadas pela pesquisa

Verifica-se os 6 enfermeiros da amostra possuem especialização em saúde pública/saúde da família, sendo que 3 possuem as duas especializações. A PCR ofereceu a especialização diretamente em parceria com a UPE/UFPE em 5 formações e uma indiretamente quando o indica para se formar no pólo de educação permanente da SES.

Segundo Ronzani e Silva (2008) ainda no que se refere à formação, os relatos de profissionais com níveis de ensino superior e técnico tiveram formação prática voltada essencialmente para a atenção especializada, deixando em segundo plano a compreensão da atenção básica e demonstraram insatisfação com a sua

formação, tendo sido as experiências práticas citadas como fonte principal de aprendizado, situação esta que não condiz com os profissionais do Recife pertencentes a amostra intencional da pesquisa.

Prospectando, sobre a relação da formação em saúde pública/saúde da família versus subsídio para a prática assistencial dos CDs a partir do entendimento dos mesmos, (Roteiro de entrevista do CD no apêndice, pergunta 4: A formação em saúde pública/saúde da família, oferece suporte para sua prática assistencial?), foi criado o seguinte padrão de respostas:

- a) O CD verifica total sintonia entre a sua formação e prática assistencial da ESB.
- b) O CD verifica parcial sintonia entre sua formação e prática assistencial da ESB.
- c) O CD não verifica sintonia entre sua formação e prática assistencial na ESB.

Verificou-se então que do total dos 11 CDs que tiveram formação específica no nível de pós-graduação em saúde pública/saúde da família, em 9 respostas foram narradas total sintonia entre sua formação e a sua prática assistencial na ESB; nas 2 entrevistas restantes essa sintonia foi apenas parcial, ou seja nem toda prática no exercício profissional da ESB foi subsidiada pelos conhecimentos adquiridos quando da sua formação. Intui-se que os CDs inseridos na ESB observaram vinculação entre os conteúdos apropriados na sua formação em saúde pública/saúde da família com sua prática cotidiana na ESB.

Buscando agora auferir concretamente e não mais facultar que o CD se manifeste no que diz respeito aos conhecimentos apropriados à concretização da sua prática assistencial na ESB, como aconteceu na questão anterior, foi realizado um questionamento sobre supostos princípios norteadores da ESB e quais os mesmos consideravam pertinentes (Roteiro de entrevista do CD no apêndice, pergunta 5: Dentre os princípios citados quais os que você considera pertinentes ao PSF?

- I) Caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas Unidades básicas de saúde (UBS).
- II) Trabalho centrado no cirurgião dentista.
- III) Avaliação centrada exclusivamente em resultados.
- IV) Adscrição da população sob responsabilidade da UBS.
- V) Paciente como núcleo central da abordagem.
- VI) Articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do sistema de saúde.

VII) Priorização de ações curativas.

VIII) Estímulo às ações de promoção de saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social.

IX) Focalização do complexo estomatognático como área de atuação do CD?

X) Acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas).

Para analisar suas respostas foi criada uma classificação que considerou: satisfatório: 8-10 acertos; parcialmente satisfatório: 5-7 acertos; insatisfatório: 4 ou menos acertos, **vide quadro 17**.

Classificação	Respostas dos CDs
Satisfatória	10
Parcialmente Satisfatória	2
Insatisfatória	0
Total	12

Quadro 17: Conhecimento sobre os princípios norteadores da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família por parte da amostra intencional de cirurgiões dentistas inseridos na Equipe de Saúde Bucal do Recife em 2007

Fonte: Entrevistas com os CDs realizadas pela pesquisa

Como resultado, do total dos 12 CDs submetidos à amostra intencional, 10 CDs, foram tipificados como tendo conhecimentos satisfatórios à realização de sua práxis profissional na ESB, e apenas 2 CDs foram classificados como sendo parcial os seus conhecimentos. Dados estes que corroboram os resultados da questão posta anteriormente aonde 9 dos 11 CDs que tiveram formação em saúde pública/saúde da família afirmaram que seus conhecimentos eram apropriados a sua prática assistencial na ESB.

No que tange aos CDs, que exercem função gerencial de coordenador distrital quanto questionados seus conhecimentos sobre supostos princípios norteadores da ESB e quais os mesmos consideravam pertinentes (Roteiro de entrevista do coordenador distrital no apêndice, pergunta 4, igual a descrita para os CDs no texto acima), pode ser observado o seguinte **quadro 18**:

Classificação	Respostas dos CDs
Satisfatória	5
Parcialmente Satisfatória	1
Insatisfatória	0
Total	6

Quadro 18: Conhecimento sobre os princípios norteadores da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família pelos coordenadores distritais de saúde bucal do Recife em 2007

Fonte: Entrevistas com os CDs realizadas pela pesquisa

Os 6 CDs coordenadores entrevistados foram classificados 5, como satisfatórios e 1 como parcialmente satisfatório. Tais resultados nos permitem afirmar que tanto os CDs inseridos na ESB da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Recife quanto os CDs em função gerencial de coordenador distrital detêm conhecimentos apropriados para sua prática assistencial.

Dessa forma, vê-se que os CDs inseridos na ESB ou na gerência distrital da cidade do Recife apresentaram um perfil diferenciado em relação aos achados da literatura, que ostensivamente apresentam um CD sem o conhecimento adequado para atuação na rede pública.

Para este cenário muito influenciou a pós-graduação em saúde pública/saúde da família cursadas por estes profissionais, seja numa procura espontânea ou oferecido pela municipalidade. Identifica-se, pois, que de certa forma esse achado respalda a iniciativa da SMS Recife de oferecer educação continuada para seus profissionais, mas fica registrada uma crítica que perpassou algumas entrevistas, de que o conteúdo trabalhado nas especializações oferecidas pelo município não contemplarem adequadamente as especificidades da área da saúde bucal, apesar das mesmas fazerem parte do conteúdo do curso. Como relata a entrevista do CD G “ [...] os professores não estavam preparados para ver dentistas na turma, na avaliação de praticamente todos os módulos, a queixa era que a saúde bucal havia sido excluída “. Ou do CD E:

[...] Então ficou muito a desejar, principalmente nesta parte de levantamento epidemiológico. Hoje se a gente disser assim aos nossos profissionais: faça um levantamento: eles realmente não sabem como fazer, porque eles viram o todo, o geral mesmo, mas odontologia é mais específico, é muito específico.

Oliveira *et al.* (1999) destacaram que as experiências de introdução da saúde bucal na ESF resultaram na transformação do espaço de trabalho do CD para além do consultório, também corrobora para o reordenamento da prática

odontológica, o que se verifica também nos achados da pesquisa, na medida em que os CDs inseridos na ESB do município de Recife procuraram se adequar à nova práxis profissional.

Dentre as razões que motivaram a inserção na ESB como campo de atuação profissional (Vide roteiro de entrevista do CD no apêndice, pergunta 15), a maioria dos CDs relataram ser a proposta do programa a principal razão mencionada, embora algumas considerações enfatizarem a questão salarial. Aqui fica o relato que apenas um CD da amostra intencional de 12 havia migrado da unidade básica tradicional para a equipe de saúde bucal, o restante foi selecionado especificamente para atuação na ESB.

[...] Maior dedicação à saúde pública porque foi o que eu sempre quis, eu trabalhei este tempo todo, eu sempre achei que quem trabalha em serviço público deveria ter uma carreira de serviço público, eu vim trabalhar mesmo 2 expedientes na rede pública [...](CD N)

[...] As bases do SUS é o que é de mais apaixonante na saúde pública e acho que todos cidadãos deveriam ter direito a um atendimento de qualidade. Então minha parte dela é fazer isto. Atendimento de qualidade para todos, independente se podem me pagar ou não! [...](CD M)

[...] Minha paixão pela saúde pública, eu queria vivenciar mais essa promoção de saúde, muito influenciou o próprio salário, a remuneração melhor. E o fato de ter essa educação permanente que a gente tem na ESF, é um trabalho dinâmico, para quem quer ter um trabalho de rotina, não procure o PSF [...](CD R)

[...] Vem assim de você sonhar com um Brasil melhor, você sai de casa pra trabalhar, dentro do carro, vidro fechado, ar condicionado, você passa na frente do Hospital Agamenom Magalhães está aquela fila enorme, aí quando você volta para sua casa, aquela fila já está ali se programando para o outro dia. Então essa angústia de ver o sofrimento das comunidades carentes, foi que começou a me atrair, para participar do movimento popular e trabalhar no serviço público, eu acredito no serviço público. [...](CD T)

[...] Amor pela saúde coletiva. Não compreendo a odontologia sem inserção social[...]. Como desejo de fazer realmente a ESF o que ele tem que ser [...](CD S)

[...] Tive interesse pela saúde pública, o próprio distrito ficou com maior interesse que eu entrasse pelo perfil de atendimento que eu tinha, nunca soube “tapear”. Também a questão salarial é importante [...](CD Q)

[...] Gosto de explicar os procedimentos, fazer o trabalho educativo, e também a questão financeira [...](CD P)

[...] Trabalhar com a comunidade, trabalhar com a equipe mais integrado [...](CD O)

[...] Foi uma coisa natural, trabalhava na atenção básica tradicional, no caráter substitutivo passei para o programa, me identifiquei. Para estar no programa tive que abrir mão de outros projetos, como fechar consultório, mas

é o que eu gosto, apesar que ainda tem a questão do vínculo que é instável [...] (CD U)

Perante o exposto, os motivos para a escolha da ESF para a atuação, entre os CDs, foi o interesse pessoal pela proposta do programa, a proximidade dos profissionais com a comunidade, a prevenção, as visitas domiciliares, o trabalho desenvolvido por suas equipes junto às comunidades atendidas. Além disso, apontaram como critérios definidores de uma boa equipe: o aperfeiçoamento profissional através de cursos preparatórios e de atualização sobre ESF, o desenvolvimento de certos atributos pessoais (como atenção, disponibilidade, humildade, sensibilidade) e interesse pessoal pelo trabalho. Situação esta compreensível por estarmos trabalhando na amostra com um padrão diferenciado de profissionais.

Pereira *et al* (2009) destaca que a precarização das relações de trabalho dos profissionais da ESF é um dos grandes problemas ainda enfrentados no desdobramento desta estratégia, em Minas Gerais apenas 33% das equipes relataram vínculos estáveis; fato este que não resguarda os direitos trabalhistas dos profissionais e impede que estes fiquem a mercê das mudanças políticas.

No Recife após o período do estudo houve a realização de concurso público com a efetivação de vários profissionais que já haviam adquirido a formação específica para atuação na área, mas vários outros não foram aprovados no concurso, perdendo o vínculo e o esforço formativo operacionalizado pela gestão. Caso o ingresso para a ESB logo de início se desse via concurso público tendo como desdobramento a estabilidade do vínculo, o número de profissionais que receberam a formação e se evadiram das ESBs seria bem menor.

5.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No ano 2000 Recife apresentava um modelo municipal de saúde que se balizava pelos princípios do SUS, tendo como estratégia para sua organização a distritalização. Suas unidades assistenciais ambulatoriais eram majoritariamente públicas (municipais e estaduais), mas com grande representação dos prestadores privados, lucrativos e filantrópicos. Na assistência hospitalar o setor majoritário é o

privado, principalmente o lucrativo. Ocorre uma pequena adesão ao Programa de Saúde da Família, estratégia induzida pelo Ministério da Saúde desde 1994.

Percebeu-se que Recife a partir de 2001 constrói um modelo de atenção com influência da promoção da saúde e cidades saudáveis, da vigilância da saúde e tendo a estratégia de saúde da família como a forma de estruturar seu modelo de atenção. Além de perseguir uma atenção em saúde com qualidade, busca-se a integração com ações que extrapolam o tradicional campo da saúde, visando oferecer qualidade de vida para os munícipes, estes princípios se consubstanciam na proposta de um *Recife Saudável*. Aparece na literatura pesquisada, críticas quanto a dificuldade de operacionalização da proposta *Recife Saudável*.

Dentro do contexto da proposta de um modelo de atenção para o Recife, verificou que a saúde bucal adotou o discurso da intersetorialidade e da inclusão social explícitos na política *Recife Saudável*, mas quando da operacionalização, suas ações se situaram intra setor saúde bucal, mesmo que tenha extrapolado o espaço físico da unidade assistencial como o foram para as ações coletivas no ambiente escolar. Mas careceu de maior articulação para implantar e consolidar ações que não fossem meramente pontuais, que realmente extrapolassem o campo da saúde bucal.

Observou-se um crescimento exponencial das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família, que inexistiam em 2000 e passam ao número de 110 em 2007, sendo que várias delas se originaram da estratégia de substituição das UBTs. Evolução esta do número de unidades assistenciais não acompanhadas pela média e nem pela alta complexidade. Notório de ser relatado é que o oferecimento de próteses (somente totais), ser feito apenas em um LRPD e a partir de 2008, o que está longe de aplacar uma dívida histórica da odontologia com os edêntulos.

Verificou-se no período estudado um grande esforço, não só em expandir a rede assistencial em saúde bucal, mas de qualificá-la com desenvolvimento de rotinas de manutenção de equipamentos e unidades assistenciais, aquisição de insumos e equipamentos e formação continuada dos trabalhadores da área.

Verifica-se esmero na construção de documentos normativos da saúde bucal com coerência técnico-científica, envolvimento dos profissionais da rede e em atividades gerenciais, sintonia com a modernidade tecnológica e de gestão em saúde bucal, além da discussão pelo controle social. Mas também observa-se a

dificuldade gerencial para que a regulamentação e os princípios oriundos dos documentos construídos fossem incorporados a prática das equipes assistenciais.

A rede odontológica do município de Recife está organizada para atender a população na atenção básica e na média complexidade. Já na alta complexidade a gestão é da Secretaria Estadual de Saúde, não havendo sistemas de referência e contra-referência formalizados. Externo a rede própria municipal, referenciamento pode ser feito para a radiologia panorâmica que compõe a rede conveniada privada. A mesma média complexidade municipal se encontra dispersa em diferentes tipos de unidades assistenciais como CEOs, UBTs e policlínicas o que também dificulta o referenciamento e contra-referenciamento.

A média complexidade contempla várias especialidades, porém algumas ainda não estão descentralizadas para todos os Distritos Sanitários. A SMS do Recife, apesar de ser conveniada ao Ministério da Saúde para o apoio a 4 CEOs não segue plenamente a regulamentação do mesmo, mantendo suas características próprias, situação similar ocorre com a prótese total, cuja recomendação do Ministério da Saúde é para ser realizada na atenção básica e não por um especialista como acontece no Recife. Há que se destacar que sua rede para a média complexidade é de veras peculiar, existindo Unidades Básicas Tradicionais (atenção básica), realizando procedimentos especializados e as policlínicas aonde se localizam os serviços especializados como os CEOs realizando procedimentos básicos. Somado a isto, existem algumas especialidades inexistentes ou que a população demanda mais, como a endodontia, acarretando a necessidade de expandir o número de serviços especializados. Devido a estes contratempos, a média complexidade ainda não está plenamente estruturada na cidade do Recife.

A especialidade de odontopediatria aparece na média complexidade, mesmo não sendo preconizado pelo Ministério da Saúde, isto gera situações nas quais profissionais da atenção básica encaminham crianças para as Policlínicas ao invés desses usuários serem atendidos na ESF.

Em relação à contra-referência, constata-se que não há uma consolidação da rotina de contra-referência no modelo de atenção do município, isto é, após o término do tratamento especializado, o paciente não é corretamente encaminhado para a unidade de saúde de origem, para conclusão do tratamento e manutenção, com o formulário de contra-referência devidamente preenchido.

Realizou-se no período estudado a 1ª conferência municipal de saúde bucal do Recife, além de todas conferências municipais fazerem menção a saúde bucal nos seus relatórios finais, especialmente propondo a equiparação de uma equipe de saúde bucal em cada unidade de saúde da família.

Com a introdução da saúde bucal na estratégia de saúde da família, passa-se a ter uma fonte estável e específica de financiamento para a atenção básica por parte do MS para a saúde bucal. Observando a evolução do incentivo financeiro para o município do Recife, conclui-se que, este aumentou durante o período estudado articulando a saúde bucal ao conjunto da atenção em saúde provida pela equipe de saúde da família, mas este foi minoritário perante os valores alocados pela municipalidade.

A criação de diversas portarias para o financiamento da saúde bucal fez com que a implantação da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família representasse um grande desafio para a universalização da atenção básica em saúde bucal. Desta forma, é importante que o financiamento da saúde bucal para a estratégia de saúde da família se dê de forma tripartite, envolvendo recursos federais, estaduais e municipais. Os recursos federais e municipais foram aportados desde a introdução da saúde bucal na estratégia de saúde da família em 2001. Já os recursos estaduais, mesmo que inespecíficos para a saúde bucal vieram a ser repassados para algumas USFs acreditadas somente no final de 2007. Fato este que mostra um descompasso quanto ao financiamento da saúde bucal na atenção básica entre os diferentes entes federativos.

Quanto ao financiamento dos procedimentos de média complexidade em saúde bucal, houve um crescimento considerável de 213,48% de 2000 a 2007, deve-se este aumento também a implantação dos CEOs a partir de 2004, o que gerou novos incentivos por parte do MS. Mas ressalte-se aqui que a maior parte dos custos foram assumidos pela municipalidade. Apesar das recomendações da Política Nacional de Saúde Bucal para que o CEO seja adotado como a forma de se organizar a média complexidade em saúde bucal, no Recife, para o período de 2005 a 2007 o mesmo representou em média apenas 30% do repasse federal para os procedimentos de média complexidade.

Analisando o financiamento dos procedimentos odontológicos da média complexidade e os da ESB por parte do MS, percebe-se que somente a partir de 2004 o repasse do Ministério da Saúde para a saúde bucal na estratégia de saúde

da família supera o repasse para a média complexidade em saúde bucal, corrigindo uma distorção do sistema, que preconiza a atenção básica como a porta de entrada e dotada de grande resolutividade, o que requer maiores investimentos que os outros níveis assistenciais em saúde bucal.

Não observa-se no período estudado repasse do ente federativo estadual para a média complexidade em saúde bucal do município do Recife.

Percebeu-se de forma satisfatória que os profissionais entrevistados possuem formação em saúde pública/saúde da família e, esta aconteceu, em sua maioria, devido ao incentivo do município para a qualificação dos seus servidores. Surpreendente foi que a formação dos gerentes distritais destoa dos CDs inseridos na ESF, pois apenas um deles recebeu incentivo municipal para tal formação e a mesma foi adquirida em período anterior a sua função de coordenador. A maioria dos CDs manifestou sintonia e conhecimentos apropriados para sua prática assistencial na ESB, dados esses que confirmam a formação dos CDs entrevistados. Muito nos instigou o resultado dos coordenadores, pois mesmo não tendo o incentivo a formação e apenas dois conseguindo-a numa procura individual, apresentaram-se todos com um nível satisfatório no quesito conhecimento sobre a ESB (pode-se afirmar também que a militância no serviço, em nível gerencial, possibilita a apropriação de conhecimentos básicos para atuação na rede pública).

Pode se perceber no período estudado, principalmente a partir de 2001, que Recife tem uma proposta bem definida para a construção de seu modelo de atenção, aí inclusa a saúde bucal, resguardando suas peculiaridades e coerente com os princípios do SUS. No final de 2007 este modelo ainda apresenta-se em construção, mantendo uma continuidade e coerência com os pressupostos elencados nos seus planos municipais e resoluções das conferências e outros fóruns de participação popular. No tocante a saúde bucal, deficiências são diagnosticadas, mas Recife tem clareza do modelo de atenção em construção, carecendo de maior capacidade gerencial e de implementação.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.123-130, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação (MEC). Regimento geral dos cursos *latu sensu*. *Resolução n. 01, de 03 de abril de 2001*. Brasília, DF, 2001. Disponível em:<www.portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/resoluções/>. Acesso em: 1 mar. 2008.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006a.

_____. Coordenação de Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006b.

_____. Dados fornecidos pela equipe técnica da Coordenação de Saúde Bucal diretamente ao autor da tese, 2010.

CORDEIRO, J. C. **Promoção da saúde e a estratégia de cidades saudáveis**: um estudo de caso no Recife – Pernambuco. 261f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Recife, 2008.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 323-333. dez. 1999.

MEDEIROS, K. R. **Modelos assistenciais e equidade em saúde**: o caso do município de Camaragibe-PE. 1998. Tese (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. CPqAM/FIOCRUZ, Recife, 1998.

MENDES JÚNIOR, F. I. R. Financiamento de política de saúde bucal e Investimento na política de saúde bucal. In: Palestra proferida no ENCONTRO DO NORDESTE DE SAÚDE BUCAL DA FAMÍLIA (ENESB), 4., 2010, Teresina.

OLIVEIRA, A. G. R. C. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, Brasília, a. 2, v. 2, n. 1, p. 9-14, jan./mar.

1999.

OLIVEIRA NETO, A. V. **O modelo tecnoassistencial em saúde na cidade do Recife no período de 2001 – 2008**: em busca de seus marcos teóricos. 2009. 61 p. Monografia (Residência em Medicina de Família e Comunidade) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, Recife, 2009.

PEREIRA, A. C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva** [on line]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1367-1377. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 de jun 2010.

PIMENTEL, F. C. **Análise da atenção à saúde bucal na estratégia de saúde da família do Distrito Sanitário VI, Recife-PE**. 2008. Monografia (Residência em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva. Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. CPqAM/FIOCRUZ, Recife, 2008.

RECIFE. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do Recife 1998-2001, Recife, PE, 2000.

_____. Plano Municipal de Saúde do Recife 2002 - 2005. **Recife, PE, 2001a.**

_____. Plano Municipal de Saúde do Recife 2006 - 2009. **Recife, PE, 2006a.**

_____. Relatório de Gestão da Saúde do Recife 2000. **Recife, PE, 2001b.**

_____. Relatório de Gestão da Saúde do Recife 2001. **Recife, PE, 2002.**

_____. Relatório de Gestão da Saúde do Recife 2002. **Recife, PE, 2003.**

_____. Relatório de Gestão da Saúde do Recife 2003. **Recife, PE, 2004.**

_____. Relatório de Gestão da Saúde do Recife 2004. **Recife, PE, 2005a.**

_____. Relatório de Gestão da Saúde do Recife 2005. **Recife, PE, 2006c.**

_____. Relatório de Gestão da Saúde do Recife 2006. **Recife, PE, 2007a.**

_____. Relatório de Gestão da Saúde do Recife 2007. **Recife, PE, 2008.**

_____. Relatório da V Conferência Municipal de Saúde. **Recife, PE, 2001d.**

_____. Relatório da VI Conferência Municipal de Saúde. **Recife, PE, 2003b.**

_____. Relatório da VII Conferência Municipal de Saúde. **Recife, PE, 2006b.**

_____. Relatório da VIII Conferência Municipal de Saúde. **Recife, PE, 2007b.**

_____. **Sorriso Melhor**: construindo a saúde bucal coletiva no Recife/PE, 2001-2006. Recife, PE, 2001c.

_____. **Sorriso Melhor**: protocolo de atendimento odontológico nos serviços de saúde da rede pública da Cidade do Recife. Recife, PE, 2005b.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

SANTOS, E. R. R. **Ações de promoção à saúde**: caminho para a construção de uma cidade saudável? O caso do Recife. 2004. 157f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Recife, 2004. Mimeografado.

VOLSCHAN, B. C. G.; SOARES, E. L.; CORVINO, M. Perfil do profissional de Saúde da Família. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v.59, n.5, p.314-316, 2002.

**CAPÍTULO 6 PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL NO
RECIFE, NO PERÍODO 2000 A 2007**

CAPÍTULO 6 PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL NO RECIFE, NO PERÍODO 2000 A 2007

6.1 INTRODUÇÃO

Este capítulo visa atender ao objetivo específico: analisar práticas assistenciais em saúde bucal no Recife no período 2000 a 2007. Para estudar a evolução dos procedimentos individuais e coletivos na rede assistencial básica em saúde bucal do Recife, construiu-se uma série histórica de oito anos dos procedimentos odontológicos realizados na atenção básica do município no período de 2000 a 2007, lembrando-se que no ano 2000 pela não implantação da saúde bucal na estratégia de saúde da família do Recife, só aparecerão os procedimentos básicos de outras unidades assistenciais.

Os dados relativos aos procedimentos odontológicos da rede ambulatorial do Recife foram obtidos do SIA-SUS, banco de dados do Ministério da Saúde, disponível no site do Datasus (<http://www.datasus.gov.br>). Foi *escolhida a quantidade apresentada*, pois esse modo de registro contém todos os procedimentos informados ao sistema, independente do teto estipulado, o que torna mais fidedigna a informação do município.

Os procedimentos foram coletados e agrupados da seguinte forma:

1 – Ações de Promoção e Prevenção – constituídos pelas visitas domiciliares, atividades educativas e procedimentos coletivos descritos abaixo:

1.1 - visitas domiciliares realizadas pelo cirurgião-dentista e pelo Técnico em Saúde Bucal - TSB (códigos 0102304 e 0401107);

1.2 - atividades educativas realizadas pelo cirurgião-dentista e pelo TSB (códigos 0102301, 0102301, 0401102, 0401103);

1.3 - procedimentos coletivos como aplicação tópica de flúor gel, escovação dental supervisionada, dentre outros (códigos 0301101 a 0301105);

2 - Procedimentos Individuais – neste item, foram agrupados desde aplicação tópica de flúor até moldagem/adaptação/acompanhamento de prótese dentária (códigos 0302201 a 0305101), além de três procedimentos do grupo 10 que, a partir da

NOAS/01, passaram a compor o elenco de procedimentos odontológicos básicos individuais (códigos 1001101, 1001102, 1004101, 1005115 e 1005136).

2.1 – Procedimentos preventivos – aplicação de flúor, aplicação de cariostático, aplicação de selante, controle da placa, escariação por dente, remoção de cálculo supragengival, curetagem subgengival, inserção/condensação substância restauradora por dente (códigos 0302201 a 0302208).

2.2 - Procedimentos restauradores – capeamento pulpar direto, pulpotomia de dente decíduo/permanente, restaurações de compósito, silicato, resina fotopolimerizável, amálgama ou cimento de ionômero de vidro; e restauração a pino em dentes decíduos ou permanentes (códigos 0303101 a 0303115; 1001101 e 1001102).

2.3 - Procedimentos cirúrgicos – exodontia de dente permanente ou decíduo; remoção de resto radicular (códigos 0304101 a 0304107; 1005115 e 1005136).

Para a análise dos dados coletados, procurou-se comparar a evolução do total dos procedimentos odontológicos do município para a atenção básica realizados pela rede pública municipal com aqueles produzidos apenas pelas equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família. Para isso, foram utilizados gráficos e tabelas elaboradas pelo programa Microsoft Excel, sendo também possível identificar os tipos de atividades priorizadas pelas equipes de saúde bucal da cidade do Recife no período de 2000 a 2007.

Para estudar os procedimentos realizados na média complexidade em saúde bucal do Recife utilizou-se também dados secundários obtidos pelo Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), disponibilizados pelo DATASUS, sendo utilizado o grupo 10 (ações especializadas em Odontologia) que vai do grupo 1002101 até 1010202 excluindo os procedimentos dos grupos (10044101) necropulpectomia, (1005115) glossorrafia, (1005136) ulectomia e (1001102, 1001102) restauração com ionômero de vidro, considerados procedimentos da atenção básica segundo a Portaria Nº 267 de 06 de março 2001. Os dados coletados a partir da pesquisa foram organizados em um banco único no programa Excel e trabalhados no mesmo programa. O período de abrangência do estudo foi de janeiro de 2000 até dezembro de 2007.

Na abordagem das práticas assistenciais e integrativas foram entrevistados 25 atores, divididos entre quatro grupos: cirurgiões-dentistas inseridos na ESF; profissionais de nível superior inseridos na ESF; coordenadores de saúde bucal distritais; coordenadora municipal de saúde bucal. O roteiro das entrevistas

encontra-se no apêndice, especificamente nos itens, A, B, C e D. Pretendeu-se estabelecer relações analíticas entre os diferentes sujeitos pesquisados, através das falas convergentes, divergentes, diferentes e complementares, articulando-as com os objetivos do estudo.

6.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar da expansão do número de ESBs por todo território nacional, questiona-se, atualmente, se houve aumento dos procedimentos da atenção básica em saúde bucal com a introdução da ESB na ESF, pois segundo Cardoso *et. al* (2002), “[...] a atenção à saúde bucal no Brasil tem-se caracterizado pela insuficiência de procedimentos coletivos e preventivos individuais e pela baixa cobertura de procedimentos curativos e de urgência”

Avaliando os procedimentos odontológicos produzidos na atenção básica do município do Recife, observou-se uma crescente participação dos procedimentos realizados pelas ESBs (**tabela 5**). A produção das ESBs, que correspondia a 4,81% dos procedimentos da atenção básica em 2001, passou para 26,04% em 2007, o que representa um aumento de 448,31% da produção realizada por essas equipes. A média do período correspondeu a 16,13% do total de procedimentos realizados pelas ESBs. Esse aumento torna-se bastante questionável quando contextualizado com o aumento do número de ESBs (1.000%), passando de 10 equipes implantadas em 2001, para 110 equipes em 2007, além de progressivamente UBTs estarem sendo desativadas e substituídas pelas ESBs.

Outra observação relevante que pode ser depreendida da **tabela 5**, é que apesar da expansão da rede assistencial, proporcionada pela incorporação da saúde bucal na estratégia de saúde da família, a produção total do município diminuiu em 7,03% no período de estudo. Número irrisório quando comparado aos resultados encontrados por Silva (2006) para o estado de Pernambuco, entre os anos de 2002 e 2005, que observou um crescimento de 20%. Outros autores também evidenciaram esse aumento da produção odontológica em outros municípios. Barros e Chaves (2003) que, em estudo semelhante realizado em dois municípios da Bahia,

observaram em um município identificado como A, um aumento de 138,8%, de 1995 a 2001, e em um município identificado como B, a expansão foi de 57,1%.

Esta involução de 7,03% na quantidade de procedimentos com a introdução das ESBs no Recife, identifica que no tocante a capacidade de produção de procedimentos de atenção básica, as UBTs se mostram mais eficientes.

Tabela 5: Evolução do número de procedimentos odontológicos básicos produzidos no Recife e pelas Equipes de Saúde Bucal no período de 2000 a 2007

	Produção Total	Produção ESB	Produção ESB/Total (%)
2000	1.164.605	0	0,00
2001	1.069.201	51.419	4,81
2002	1.181.938	163.154	13,80
2003	1.117.632	174.575	15,62
2004	1.175.576	188.545	16,04
2005	1.150.672	389.785	33,88
2006	1.159.690	219.110	18,89
2007	1.082.699	281.934	26,04
Período	9.102.013	1.468.522	16,13
Δ% *	-7,03%	+ 448,31%	

Nota: * Δ% - variação percentual 2000–2007 para produção total e 2001-2007 para ESBs
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS (DATASUS)

Os dados obtidos no SIA/SUS pela pesquisa, são corroborados pelos dados apresentados no relatório de gestão 2001 (RECIFE, 2002, p.18) para as ações básicas odontológicas apresenta um montante de 1.075.938 procedimentos, muito próximo do obtido diretamente no SIA/SUS 1.069.201 pela pesquisa, sendo que dividido por prestadores representou: Público municipal 874.171 (81,25%); Público Estadual 67.024 (6,23%); Filantrópico 30.932 (2,88%); Universitários com 60.407 (5,61%) e Sindicatos com 43.404 procedimentos (4,03%). Pode se depreender que a rede pública própria, seja municipal ou estadual é hegemônica, representando 87,48% dos procedimentos realizados em 2001.

No tocante ao tipo do procedimento básico realizado na SMS Recife no período 2000 a 2007 (**tabela 6**), verifica-se que predominam os procedimentos individuais com 73,24%, seguidos do procedimento 1ª consulta com 19,50%, coletivos promocionais e preventivos com 5,70% e por último as consultas de

urgência com 1,56%. Esta distribuição por tipo de procedimento aonde os procedimentos promocionais e preventivos coletivos são minoritários indica que Recife ainda não consegue operacionalizar sua proposta do *Sorriso Melhor* de atuação mais intensa nos espaços coletivos.

Outra observação derivada dos dados apresentados na **tabela 6**, é que no período, as consultas de urgência corresponderam a 8,01% das 1as consultas, situação esta que aponta uma baixa capacidade de acolhimento para a procura de urgência. Por outro lado em 2000 aconteceram 956 consultas de urgência, atingindo em 2007 48.914 (evolução de 51,17 vezes) e por paradoxal que pareça neste período foram inaugurados 4 SPAs em 4 DSs que poderiam estar absorvendo esta demanda. Para explicar esta situação necessita-se de outros estudos, mas uma pista pode ser a dificuldade dos usuários serem acolhidos nos serviços de atenção básica para realização de tratamento, situação esta reforçada pela queda da 1ª consulta odontológica, que em 2000 foram 255.452 para 187.477 em 2007 (diminuição de 26,61%). Ou quando comparado com a projeção populacional para 2007 (IBGE, 2007) de 1.528.970 habitantes, a 1ª consulta para atenção básica representou 0,12 consultas por habitante neste ano para atenção básica em saúde bucal, números estes que demonstram restrição ao acesso para atenção básica em saúde bucal no Recife.

Tabela 6: Distribuição por grupos de procedimentos básicos na Secretaria Municipal de Saúde do Recife, no período 2000 a 2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Período
Pro/ Prev	33.582	39.001	38.669	32.441	18.541	223.011	56.772	76.598	518.615
(%)	2,88	3,65	3,27	2,90	1,58	19,38	4,90	7,08	5,70
Individual	874.615	796.644	884.824	851.619	908.776	720.951	859.139	769.710	6.666.278
(%)	75,10	74,51	74,86	76,20	77,31	62,66	74,08	71,09	73,24
1a Cons.	255.452	232.235	255.712	229.087	233.521	179.823	201.663	187.477	1.774.970
(%)	21,94	21,72	21,64	20,50	19,86	15,63	17,39	17,32	19,50
Urgência	956	1.321	2.733	4.485	14.738	26.887	42.116	48.914	142.150
(%)	0,08	0,12	0,23	0,40	1,25	2,33	3,63	4,51	1,56
Total	1.164.605	1.069.201	1.181.938	1.117.632	1.175.576	1.150.672	1.159.690	1.082.699	9.102.013

Fonte: SIA/SUS (DATASUS)

Na **tabela 7**, pode-se observar a distribuição dos procedimentos realizados na atenção básica da SMS Recife destacando os realizados nas ESBs. Verifica-se que as EBS no período responderam por apenas 16,13% do total de procedimentos realizados. No período de 2001 a 2007 as ESBs cresceram exponencialmente e em muitas situações substituindo as UBTs, fato este que gerou a expectativa de que as ESBs se tornassem majoritárias no oferecimento dos procedimentos realizados na atenção básica.

A **tabela 7** permite ainda observar que no período de 2000 a 2007 as ESBs responderam por 76,83% dos procedimentos promocionais e preventivos; 12,47% dos procedimentos individuais; 12,71% dos procedimentos 1ª consulta odontológica e 10,16% dos procedimentos de consulta em urgência odontológica. Estes dados contradizem afirmações de alguns autores, os quais apontam que a participação da equipe odontológica na ESF é limitada e focalizada, na maioria das vezes, no atendimento clínico ambulatorial básico (OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

Tabela 7: Distribuição por grupos de procedimentos básicos na Secretaria Municipal de Saúde do Recife, no período 2000 a 2007 destacando as Equipes de Saúde Bucal

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Período
Pro/ Prev. ESB	0	18737	25469	22009	6973	212888	43879	66967	396922
Pro/Prev.Total	33582	39001	38669	32441	18541	223011	56772	76598	518615
(%)	0,00	48,04	65,86	67,84	37,61	95,46	77,29	87,43	76,83
Proc. Ind. ESB	0	26803	109057	122420	142064	137741	133681	159805	831571
Proc. Ind. Total	874615	796644	884824	851619	908776	720951	859139	769710	6666278
(%)	0,00	3,37	12,33	14,38	15,63	19,11	15,56	20,76	12,47
1a Cons. ESB	0	5676	27704	28404	37033	37146	39477	50151	225591
1a Cons. Total	255452	232235	255712	229087	233521	179823	201663	187477	1774970
(%)	0,00	2,44	10,83	12,40	15,86	20,66	19,58	26,75	12,71
Urgência ESB	0	203	924	1742	2475	2010	2073	5011	14438
Urgência Total	956	1321	2733	4485	14738	26887	42116	48914	142150
(%)	0,00	15,37	33,81	38,84	16,79	7,48	4,92	10,25	10,16
Total ESB	0	51419	163154	174575	188545	389785	219110	281934	1468522
Total	1164605	1069201	1181938	1117632	1175576	1150672	1159690	1082699	9102013
(%)	0,00	4,81	13,80	15,62	16,04	33,88	18,89	26,04	16,13

Fonte: SIA/SUS (DATASUS)

A análise dos procedimentos de promoção e prevenção, onde estão incluídas as visitas domiciliares, atividades educativas e procedimentos coletivos (**tabela 8**), mostra que as ESBs já na sua implantação em 2001, eram responsáveis por 48,04%, observou-se um crescimento da produção das ESBs até o ano de 2002, decrescendo até o ano de 2004, onde a participação das ESBs chegou a representar apenas 37,61% desses procedimentos. Em 2005, houve um grande salto na quantidade dessas ações, especialmente devido aos procedimentos coletivos, promovida pelas ESBs, onde se percebe a sua participação em 95,46% do total de procedimentos realizados. Em 2006 a participação das ESBs decaem novamente, se recuperando em 2007 com a participação em 87,43% dos procedimentos promocionais e preventivos.

Apesar dos procedimentos coletivos preventivos e promocionais representarem apenas 5,70% dos procedimentos básicos no período (vide **tabela 6**), 76,83 % dos mesmos o foram nas ESBs (**tabela 8**). Tal fato sinaliza uma tendência de assunção por parte das ESBs de realização dos procedimentos coletivos preventivos e promocionais na SMS Recife.

Tabela 8: Procedimentos de ações de promoção e prevenção na Secretaria Municipal de Saúde do Recife no período 2000 a 2007 destacando as Equipes de Saúde Bucal

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Período
Visita ESBs	0	7832	6028	1888	759	727	1589	1403	20226
Visita Total	0	7832	6028	1888	759	727	1589	1403	20226
(%)	0	100	100	100	100	100	100	100	100
Ati. Edu. ESB	0	2537	7688	10410	1995	1221	6804	10436	41091
Ati. Edu. Total	8234	10065	12472	15730	9105	7377	16066	18259	97308
(%)	0,00	25,21	61,64	66,18	21,91	16,55	42,35	57,16	42,23
Proc. Col. ESB	0	8368	11753	9711	4219	210940	35486	55128	335605
Proc. Col. Total	25348	21104	20165	14823	8677	214907	39117	56936	401077
(%)	0,00	39,65	58,28	65,51	48,62	98,15	90,72	96,83	83,68
Total ESB	0	18737	25469	22009	6973	212888	43879	66967	396922
Total	33582	39001	38669	32441	18541	223011	56772	76598	516611
(%)	0,00	48,04	65,86	67,84	37,61	95,46	77,29	87,43	76,83

Fonte: SIA/SUS (DATASUS)

Dentre as ações de promoção e prevenção realizadas pelas ESBs, observa-se ainda na **tabela 8** que 100% das visitas as mesmas realizam, coerente com a estratégia de saúde da família. O apogeu destas visitas aconteceram nos anos de 2001 e 2002 quando inicia-se a migração das UBTs para as ESBs. Nos outros anos do período de estudo são pouco significativas. Quanto as atividades educativas realizadas pelas ESBs representaram no período 42,23% do total, mostrando que as UBTs ainda são majoritárias neste tipo de procedimento. Já no tocante aos procedimentos coletivos evidencia-se claramente que as ESBs são majoritárias, respondendo por 83,68% no período.

Com o surgimento dos indicadores do Pacto da Atenção Básica em janeiro de 2005 (BRASIL, 2005), o Ministério passou a ter um melhor controle das ações de saúde realizadas pelos municípios, verificando e incentivando aqueles que cumpriam as metas pactuadas. Tal fato refletiu na quantidade e no tipo de procedimentos realizados em Recife: aumento explosivo dos procedimentos coletivos (214.907) no ano de 2005, quando no ano anterior a quantidade desses procedimentos era de apenas 8.667 (**tabela 8**). Este crescimento exponencial, não se sustenta em 2006 e 2007 que registraram 39.117 e 56.936 procedimentos

respectivamente. No ano de 2005, os procedimentos coletivos representaram 18,68% de todos os procedimentos em atenção básica do município. Esta situação pode ser indicativa da capacidade de indução do Ministério da Saúde sobre os modelos municipais de saúde bucal, apesar da SMS Recife não sustentar este vertiginoso crescimento nos anos subsequentes.

Consideradas de grande impacto na saúde bucal da população e elo de ligação entre profissionais e comunidade, as atividades educativas influenciam positivamente as pessoas que tem acesso a elas. Frazão (1998) demonstrou, em seus estudos, que um dos fatores que contribuem para a transformação das práticas da Odontologia em Saúde Coletiva, em alguns municípios, é representado pela maior participação do pessoal auxiliar odontológico nas ações de promoção, fato esse de grande significância para a mudança do modelo de atenção em saúde bucal.

Porém, é preciso que as atividades educativas sejam realizadas não somente com grande frequência, mas também com a qualidade necessária para mudar os hábitos da população, na medida em que Andrade e Ferreira (2006), ao avaliarem a inserção da odontologia na ESF do município de Pompeu-MG, observaram o despreparo das ESBs e a falta de um treinamento e capacitação ao realizarem as atividades educativas.

Participando com 10,35% dos procedimentos coletivos preventivos e promocionais das ESBs no período (**Tabela 9**), as atividades educativas ainda são pouco realizadas pelas ESBs do Recife.

Tabela 9: Procedimentos de promoção e prevenção na Secretaria Municipal de Saúde do Recife no período 2000 a 2007 realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Período
Visita ESBs	7.832	6.028	1.888	759	727	1.589	1.403	20.226
(%)	41,80	23,67	8,58	10,89	3,42	3,62	2,10	5,11
Ati. Edu. ESB	2.537	7.688	10.410	1.995	1.221	6.804	10.436	41.091
(%)	13,54	30,19	47,30	28,61	5,74	15,51	15,58	10,35
Proc. Col. ESB	8.368	11.753	9.711	4.219	210.940	35.486	55.128	335.605
(%)	44,66	46,14	44,12	60,50	90,84	80,87	82,32	84,54
Total ESB	18.737	25.469	22.009	6.973	212.888	43.879	66.967	396.922

Fonte: SIA/SUS (DATASUS)

A redução ao longo dos anos das visitas domiciliares realizadas pelas ESBs, que passaram de 41,80% em 2001 para 2,10% em 2007 e uma média de 5,11% no período, como se observou na **tabela 9**, pode ser explicada, devido ao fato das mesmas ocorrerem em maior número quando da implantação da estratégia, não se mantendo sistematicamente com o correr dos anos, como preconizado pelo MS. A rotina de visitas deve ser uma constante, pois é a melhor forma de apropriação do território adscrito pelas equipes ou como entendem alguns autores; que as visitas domiciliares “[...] contribuem para a acessibilidade aos serviços e representa um instrumento valioso para cumprir a nova dinâmica imposta pelo PSF (VILARINHO; MENDES; PRADO JR., 2007)”.

Enfocando a totalidade dos procedimentos individuais (**tabela 10**) verifica-se de 2000 para 2007 uma queda de 874.615 procedimentos para 769.710 (11,99%). Evidenciou-se uma pequena, mas crescente, participação desses procedimentos realizados pelas ESBs quando comparado ao que foi realizado por todo o município no período de estudo. Em 2001, os procedimentos odontológicos individuais realizados pelas equipes representavam 3,37% dos procedimentos individuais realizados em Recife. Essa participação foi aumentando, chegando a 20,76% em 2007, com uma média para o período de 12,47%. Frise-se aqui o descompasso deste aumento perante o crescimento dos números de ESBs no período (1.000%). Este dado evidencia que do ponto de vista da produção do procedimento clínico individual, as UBTs são mais efetivas.

Queda no período 2000 a 2007 (**tabela 10**) também ocorreram com os sub-componentes dos procedimentos individuais; procedimentos preventivos individuais, restauradores e cirúrgicos reforçando que as UBTs são mais efetivas na produção quantitativa.

Tabela 10: Procedimentos individuais da Secretaria Municipal de Saúde do Recife no período 2000 a 2007 destacando as Equipes de Saúde Bucal

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Período
Proc. Prev. ESB	0	19275	72586	68479	68503	72155	72060	81996	455054
Proc. Prev. Total	424207	404604	460148	423652	465834	377930	442516	381531	3380422
(%)	0,00	4,76	15,78	16,16	14,71	19,09	16,28	21,49	13,46
Proc. Rest. ESB	0	3931	21301	33346	45759	42178	40871	53230	240616
Proc. Rest. Total	330854	288477	318719	325770	329012	253067	314422	292210	2452531
(%)	0,00	1,36	6,68	10,24	13,91	16,67	12,99	18,22	9,81
Proc. Cir. ESB	0	3597	15170	20595	27802	23408	20750	24579	135901
Proc. Cir. Total	119554	103563	105957	102197	113930	89954	102201	95969	833325
(%)	0,00	3,47	14,32	20,15	24,40	26,02	20,30	25,61	16,31
Total ESB	0	26803	109057	122420	142064	137741	133681	159805	831571
Total	874615	796644	884824	851619	908776	720951	859139	769710	6666278
(%)	0,00	3,37	12,33	14,38	15,63	19,11	15,56	20,76	12,47

Fonte: SIA/SUS (DATASUS)

Observando os dados da **tabela 11** verifica-se uma queda em termos absolutos na produção de procedimentos cirúrgicos (exodontias) realizados pela rede assistencial do Recife, decaiu de 119.554 em 2000 para 95.969 em 2007 (19,73%). Se analisados dentro do contexto dos procedimentos individuais verifica-se também queda, oscilando de 13,67% em 2000 para 12,47% em 2007 com a média de 12,50%. E analisando no tocante aos procedimentos básicos verifica-se queda de 10,27% em 2000 para 8,86% em 2007 com a média de 9,16%. Esta queda pode ser decorrente de um maior enfoque nas ações de promoção e prevenção por parte dos profissionais e/ou aumento dos procedimentos individuais restauradores e preventivos ou pela dificuldade de acesso para as consultas de urgência, que apresentam tradicionalmente necessidade exodôntica. E não pela queda da necessidade dos procedimentos cirúrgicos por parte da população demandante,

situação esta que somente será elucidada após analisados os dados do SB-2010 que se encontra em curso.

Tabela 11: Procedimentos cirúrgicos da Secretaria Municipal de Saúde do Recife no período 2000 a 2007, no contexto do total de procedimentos individuais e do total de procedimentos básicos

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Período
Cir.	119554	103563	105957	102197	113930	89954	102201	95969	833325
Ind.	874615	796644	884824	851619	908776	720951	859139	769710	6666278
(%)	13,67	13,00	11,98	12,00	12,54	12,48	11,90	12,47	12,50
Bas.	1164605	1069201	1181938	1117632	1175576	1150672	1159690	1082699	9102013
(%)	10,27	9,69	8,97	9,14	9,69	7,82	8,81	8,86	9,16

Fonte: SIA/SUS (DATASUS)

Ao se detalhar os procedimentos odontológicos individuais realizados pela ESB (**tabela 12**), observou-se que aqueles relativos aos procedimentos preventivos, os quais representavam 71,91% dos procedimentos individuais em 2001, diminuíram seu percentual para 51,31% em 2007, com a média do período de 54,72%. Os procedimentos restauradores que em 2001 respondiam por 14,67% dos procedimentos individuais, apresentaram um aumento gradual até 2004, decaíram e tornam a crescer em 2007 respondendo por 33,31% com a média do período em 28,94%. O número de procedimentos cirúrgicos que em 2001 representavam 13,42% dos procedimentos individuais mostrou um crescimento na sua participação até 2004, quando passou a apresentar uma tendência declinante de 2004 a 2007 com 15,38% e a média do período de 16,34%.

No Recife, os procedimentos individuais preventivos representaram ao longo dos anos estudados, a maior parte dos procedimentos clínicos (50,71%), seguido dos procedimentos restauradores e cirúrgicos. Se acrescidos dos procedimentos coletivos promocionais e preventivos (518.615) e analisados no universo do total de procedimentos (9.102.013) passam a representar 42,84%. Os dados deste estudo são coerentes aos estudos de Oliveira (2002) sobre o modelo de atenção em saúde bucal apresentado por 57% dos municípios de Pernambuco no ano de 2001, os quais produziram uma assistência básica composta em mais de 50% por procedimentos curativos e cirúrgicos.

Verifica-se em Teresina-PI, que os procedimentos restauradores e cirúrgicos superaram os procedimentos preventivos. (VILARINHO; MENDES; PRADO JR., 2007). Pereira, Pereira e Assis (2003) avaliam que: “[...] o setor de odontologia continua exercendo uma atividade curativa, baseada no modelo de atenção à saúde bucal tradicional/ mutilador e com poucos avanços na prevenção à saúde bucal.” Ou seja a SMS Recife não conseguiu no período estudado com sua estratégia de expansão das ESBs reverter a histórica priorização dos procedimentos curativos e cirúrgicos na sua atenção básica.

Tabela 12: Procedimentos individuais de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde do Recife no período 2000 a 2007 realizados pelas Equipes de Saúde Bucal

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Período
Prev. ESB	19.275	72.586	68.479	68.503	72.155	72.060	81.996	455.054
(%)	71,91	66,56	55,94	48,22	52,39	53,90	51,31	54,72
Rest. ESB	3.931	21.301	33.346	45.759	42.178	40.871	53.230	240.616
(%)	14,67	19,53	27,24	32,21	30,62	30,57	33,31	28,94
Cir. ESB	3.597	15.170	20.595	27.802	23.408	20.750	24.579	135.901
(%)	13,42	13,91	16,82	19,57	16,99	15,53	15,38	16,34
Total ESB	26.803	109.057	122.420	142.064	137.741	133.681	159.805	831.571

Fonte: SIA/SUS (DATASUS)

Ao analisar o percentual de procedimentos individuais praticados pelas ESBs no período (**tabela 12**), observou-se que, apesar do aumento da participação dos procedimentos individuais restauradores e a diminuição na participação dos procedimentos individuais preventivos, esses últimos superaram os procedimentos curativos e cirúrgicos (54,72%) demonstrando indícios da reorientação do modelo de atenção à saúde bucal, que devem ser comprovados por estudos posteriores que ampliem o espaço temporal, verificando expansão da produção de procedimentos pelas ESBs no contexto da produção total do município e dentro das mesmas a manutenção da maioria de procedimentos individuais preventivos.

É importante salientar o valor dos sistemas de informação, especialmente o SIA/SUS, que mesmo sendo passíveis de sub ou sobre notificação, sua apropriação por parte dos gestores permite a criação de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação das ações realizadas pelos serviços odontológicos municipais (LEAL; TOMITA, 2006).

Barros e Chaves (2003) corroboram o entendimento de Leal e Tomita (2006) quando afirmam: “[...] a consulta ao SIA-SUS permite um acompanhamento e avaliação da produção ambulatorial odontológica, orientando a organização da saúde bucal nos municípios”.

Volpato e Scatena (2006) apontam como melhorar o nível de saúde bucal da população de Cuiabá – e também de Mato Grosso e do Brasil –, há que se ampliar o investimento de recursos na promoção de saúde e na prevenção primária. As ações educativas de higiene oral e nutrição, fluoretação da água, ampliação da qualidade da cobertura da ESF com incorporação de odontólogos e consecução de parcerias dentro e fora do setor *Saúde* sobressaem-se como algumas das estratégias com capacidade de reduzir os tratamentos odontológicos mutiladores e, conseqüentemente, os problemas sociais, econômicos e psicológicos deles advindos.

Em relação aos procedimentos realizados em saúde bucal na média complexidade (**Tabela 13**) encontrou-se, aumento nos procedimentos em todos os anos, destacando o maior percentual de 2001 a 2002 (20,39%). Em 2000, o número de procedimentos realizados foi de 76.819, passando, em 2007, para 143.847, o que representa um aumento nos procedimentos odontológicos da média complexidade de 87,26%.

Tabela 13: Evolução do número de procedimentos de Saúde Bucal na média complexidade no município do Recife, de 2000 a 2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Proced.	76.819	86.114	103.678	114.648	115.799	134.140	139.906	143.847
% de Evoluç.		12,09%	20,39%	10,58%	1,00%	15,84%	4,29%	2,82%

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS (DATASUS).

O relatório de gestão de 2001 é discordante com os dados obtidos no SIA/SUS (RECIFE, 2002, p.19) quando apresenta como realizados 71.028 procedimentos de ações especializadas em odontologia, inferior aos 76.819 encontrados no SIA/SUS. Esta discrepância pode ter se dado pelo fato dos dados oriundos do SIA/SUS, serem capturados como *quantidade apresentada* e os dados do relatório de gestão, que não especifica sua origem, podem ter sido capturados

após a realização de glosa por parte do Ministério da Saúde, o que justificaria a discrepância. Quanto ao tipo de prestador 50.928 procedimentos foram realizados pelos serviços públicos municipais (71,70%); 12.800 universitários (18,02%); 1061 por sindicatos (1,49%) e 408 privados (0,57%). Ou seja, há uma predominância no oferecimento de procedimentos de média complexidade por parte da rede própria municipal.

Ao comparar os procedimentos da Atenção Básica com os da média complexidade em relação ao total de procedimentos odontológicos oferecidos à população (**Tabela 14**) percebe-se que em 2000 a média complexidade representou 6,60% dos procedimentos, e a cada ano este percentual foi aumentando (excessão feita a 2004), sendo observado o maior percentual em 2007 (13,92%), e uma média para o período de 10,05%, número este muito significativo para a região nordeste e para o Brasil.

Em relação aos procedimentos de saúde bucal realizados nos CEOs (**Tabela 14**), observa-se que os mesmos vem crescendo ano a ano, representando em 2004 10,49% dos procedimentos realizados na média complexidade, aumentando em 2007 para 22,91% com uma média de 17,69% no quadriênio. Estes dados demonstram que os CEOs apesar de serem a estratégia indicada pelo MS para atender a demanda da média complexidade, respondem por uma quantidade minoritária de procedimentos para a população recifense.

Tabela 14: Comparação entre os procedimentos de saúde bucal da média complexidade, realizada exclusivamente nos Centros de Especialidades Odontológicas e da Atenção Básica no município de Recife, de 2000 a 2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Período
Proced. AB	1.164.605	1.069.201	1.181.938	1.117.632	1.175.576	1.150.672	1.159.690	1.082.699	9.102.013
Proced. M.Compl. Incluindo realizados no CEO	76.819	86.114	103.678	114.648	115.799	134.140	139.906	143.847	914.951
Proc. CEO					12.141	18.031	31.261	32.950	94.383
% de Proc. M.compl. em relação à AB	6,60%	8,05%	8,77%	10,26%	9,85%	11,66%	12,06%	13,29%	17,69%
% de Proced. CEO em relação à M. Compl.					10,49%	13,44%	22,34%	22,91%	10,32%

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS (DATASUS).

Objetivando observar coerência entre as 9 atividades apontadas pelo MS para serem executadas pelas ESBs e o que é executado pelas ESBs pesquisadas, atribuiu-se **conceito dois** para as que se realizam de maneira **satisfatória**; **conceito um** para as que se realizam de maneira **parcial** e **conceito zero** para as atividades não realizadas, ou realizadas de maneira **insatisfatória**. (Roteiro de entrevistas de CDs e coordenadores distritais no apêndice, perguntas 6 e 5 respectivamente: I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; II - realizar

os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade; IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento; V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar. VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do TSB, ASB e ESF; VIII - realizar supervisão técnica do TSB e ASB; e IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF).

Foram entrevistados os 12 CDs inseridos na ESB e os 6 coordenadores distritais de saúde bucal, sendo que suas respostas foram analisadas separadamente. Objetivou-se com essa questão *verificar possíveis sinais de mudança no perfil da assistência com a inserção da saúde bucal na ESF.*

Com base nestas atividades, definiu-se que a USF que apresentasse escores de **80 a 100%** (entre 15 e 18 pontos), poderia ser observado **uma significativa mudança no perfil da assistência**; aquelas que demonstrassem escores de **50 a 79,9%** (entre 9 e 14 pontos) , poderia ser observada **alguma mudança no perfil da assistência** e aquelas **abaixo de 50%** (entre 0 e 8 pontos), não se observou **nenhuma mudança no perfil da assistência**. Os resultados encontram-se no **quadro 19**.

Atividade	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	Total
USF A	0	1	2	1	2	0	2	2	2	12
USF B	0	2	2	1	2	1	1	2	2	13
DS A	1	2	1	1	2	2	2	1	1	13
USF C	2	2	2	2	1	2	2	2	2	17
USF D	0	2	2	2	2	1	1	2	2	14
DS B	1	1	1	1	1	2	2	2	2	13
USF E	0	2	2	2	2	2	2	2	2	16
USF F	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18
DS C	0	1	2	2	2	1	2	2	2	14
USF G	2	1	2	1	2	2	2	2	2	16
USF H	2	2	2	1	1	2	0	2	1	13
DS D	2	1	1	2	2	1	2	2	2	15
USF I	1	2	2	2	2	2	2	2	2	17
USF J	1	2	1	2	2	1	0	2	2	13
DS E	1	1	1	2	2	2	2	2	2	15
USF L	0	2	1	2	2	0	2	2	2	13
USF M	1	2	2	1	2	2	2	2	2	16
DS F	0	1	1	1	2	1	1	2	1	10

Quadro 19: Categorização por Unidade de Saúde da Família e Distrito Sanitário da Secretaria Municipal de Saúde do Recife das 9 atividades propostas pelo MS para as ESBs em 2007
Fonte: Pesquisa com CDs e coordenadores distritais da amostra intencional

Na análise das entrevistas dos CDs, verificou-se que na metade das USFs selecionadas observou-se **uma significativa mudança no perfil da assistência** e na outra metade observou-se **alguma mudança no perfil da assistência**. Nas respostas dadas pelos coordenadores foi verificado em dois distritos **uma significativa mudança no perfil da assistência**; e nos demais se apresentou **alguma mudança no perfil da assistência**.

Quando os outros profissionais de nível superior (PNS) foram solicitados a opinarem se havia *alguma mudança das práticas odontológicas da unidade de saúde tradicional para a ESB* (Roteiro de entrevistas dos PNU no apêndice, pergunta 6: Você observa alguma mudança das práticas odontológicas da unidade de saúde tradicional para a ESB? Em caso positivo, qual (is)?).

Os entrevistados responderam de maneira unânime que houve sim uma mudança das práticas odontológicas e que essas são percebidas, e como justificativa se expressam através dos seguintes relatos:

[...] É a questão mais humanizada, a questão de orientação, de prevenção e promoção. Na puericultura, apareceu um dentinho, eu já mando a mãe escovar .A gente não vê mais a escova espantadinha, a gente brinca, mas isto eles gravam e falam: 'mamãe a escova ta velha [...](PNS sigma)

[...] Os dentistas da USF tem uma visão muito preventiva. A questão de ver a fazer uma extração, só se for em último caso. De certa forma eu digo aos meus dentistas que eu fui vítima de um dentista mal caráter, que arrancou meus dentes sem eu ter necessidade [...] (PNS eta)

[...] Eu vejo aqui com os CDs é que eles têm uma visão muito preventiva, fazer uma extração só em ultimo caso. Hoje tem um vinculo de responsabilização [...] (PNS tetra)

[...] A gente vai trabalhar muito promoções e prevenção, não só curativa [...] (PNS gama)

[...] A prática de odontologia vai ser a mesma na boca do paciente, mas quando se fala em ESF muda um pouco... Porque você não atende só no consultório, você vai a casa dele também [...] (PNS alfa)

[...] A gente trabalha com prevenção, quando não é o PSF, com a experiência que eu tenho é que o pessoal das UBTs, não trabalha com prevenção, com ação educativa. Fica mais humanizado o atendimento [...] (PNS beta)

Outro questionamento dirigido aos CSB e aos CDs foi *se os mesmos perceberam alguma mudança entre a prática odontológica realizada anteriormente à inserção da ESB na ESF e a realizada atualmente*. (Roteiro de entrevistas no apêndice, perguntas 7 e 8 para CSB: Você observa uma nova prática dos CD inseridos na atenção básica, condizente com a estratégia de saúde da família?Comente/Quais as iniciativas para superação da prática curativista em saúde bucal das ESBs? E pergunta 8 para os CDs: Você percebe alguma mudança entre a prática odontológica realizada anteriormente a ESF e a realizada agora? Em caso positivo cite quais.)

Com base nas respostas categorizou-se do seguinte modo: **satisfatório** (observa mudança condizente e cita essas práticas), **parcialmente satisfatório** (observa uma mudança das práticas profissionais e cita-as de forma incipiente) e **insatisfatório** (não observa mudança das práticas). Os resultados aparecem no **quadro 20**.

Local avaliado	U A	U B	D A	U C	U D	D B	U E	U F	D C	U G	U H	D I	U J	U K	D L	U M	U N	D O
Categorização	P	P	I	S	P	P	P	S	I	S	P	S	S	S	S	P	S	P

Quadro 20: Categorização por Unidade de Saúde da Família (U) e Distrito Sanitário (D) da Secretaria Municipal de Saúde do Recife das 9 atividades propostas pelo Ministério da Saúde para as Equipes de Saúde Bucal

Fonte: Pesquisa com CDs e coordenadores distritais da amostra intencional

Obs. Satisfatório (S); Parcialmente satisfatório (P) e Insatisfatório (I).

Quanto às respostas dos CSB, encontraram-se duas respostas qualificadas como **satisfatório**; duas como **parcialmente satisfatório** e duas como **insatisfatório**.

Ressalta-se aqui a coerência das respostas de dois CSB quando *perguntados sobre a implantação das nove características operacionais normatizadas pelo MS para a ESF*, onde se obtiveram respostas idênticas de uma **significativa mudança no perfil da assistência**. Os mesmos, quando instados a *descrever se perceberam alguma mudança entre a prática odontológica realizada anteriormente a ESF e a realizada atualmente*, foram enquadrados no quesito **satisfatório**, ou seja, observaram mudança condizente com a ESF e citaram tais práticas. Outros dois CSB responderam que houve **alguma mudança no perfil da assistência** e sobre a pergunta: *percebem alguma mudança entre a prática odontológica realizada anteriormente a ESF e a realizada agora?* Tais coordenadores se enquadraram como **parcial**, ou seja, observaram uma mudança das práticas profissionais e citaram-nas de forma incipiente. Conseqüentemente, suas respostas foram coerentes. Com relação aos outros 2 distritos, não houve coerência no padrão de resposta entre as duas situações que foram auferidas.

Em relação às entrevistas dos CDs, observou-se que seis USF apresentaram-se como **parcial** e outras seis apresentaram-se de forma **satisfatória**, situação esta que mostrou coerência no padrão de resposta entre as duas situações que foram auferidas. Destaca-se que essas USFs, objeto do estudo, não representam os seus respectivos distritos e nem a totalidade de USFs municipais, mas que são unidades apontadas como melhores estruturadas pelos gerentes distritais.

Com base nos resultados encontrados nas entrevistas com os CDs, com os coordenadores distritais e com os outros PNS, pode-se perceber que a implantação

das características operacionais normatizadas para a saúde bucal na ESF, encontra-se em processo de implantação, podendo afirmar que essa implantação é significativa e difusa, porém não é extensiva a todas as USFs e distritos pesquisados. Portanto neste período do estudo, as características operacionais normatizadas para as ESBs não tiveram tempo hábil para sua plena implantação, apesar de se encontrar em processo. Esta situação denota que características operacionais que pautavam a forma tradicional de organização da atenção básica em saúde bucal, coexistem com as características operacionais da estratégia de saúde da família.

Outro aspecto fundamental da ESF diz respeito ao processo de trabalho, que no novo modelo teria a saúde bucal inserida numa equipe multiprofissional e não atuando de forma isolada como tradicionalmente ocorria. É sabido que introduzir algo *novo* afronta valores, lugares e poderes consolidados pelos modelos antecedentes. Esta situação trouxe o desafio de se trabalhar em equipe, embora constituindo a equipe de trabalho da USF, tais profissionais nem sempre estão preparados e com disposição para agir de forma integrada. Saber lidar com potenciais encontros, conflitos, resistências e disputas é um enorme desafio para a integração (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

A saúde bucal na equipe de saúde da família não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. A equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, ampliando seu conhecimento, permitindo uma abordagem do indivíduo como um todo. Desta forma, deve evoluir de um programa isolado para uma estratégia, com reorientação do modelo de atenção em saúde bucal na rede pública.

Essa nova proposta de cuidar da saúde, tendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de atenção, de forma integral, contínua, em diferentes níveis, na prevenção, promoção, cura e reabilitação, requer uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. O vínculo entre os profissionais de saúde e população é privilegiado e as ações são intersetoriais, a fim de contribuir para o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania. O trabalho em equipe é considerado essencial para o funcionamento adequado do processo de trabalho na ESF (KELL; SHIMIZU, 2007).

Para alcançar este novo modelo, que permita a articulação de diversas intervenções, ensaja-se que o trabalho em equipe seja uma construção de uma

prática interdisciplinar, na qual o diálogo deve permitir a aproximação entre os atores envolvidos. Claramente, vê-se que todo conhecimento parcial só ganha significado quando referido no conjunto.

Por isso, falhas no processo de formação, inadequação na organização e processos de trabalho resultam na ausência de espaço para a articulação e integração do trabalho desenvolvido pela equipe, desencadeando a descontinuidade das ações e fragmentação da assistência.

Para Araújo e Rocha (2007), a importância do trabalho em equipe na ESF é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde, baseada na promoção da saúde. Tem como elementos centrais: o trabalho com adscrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as Unidades de Saúde da Família, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional.

É sempre bom lembrar que a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais, por si só, não garante uma ruptura com o modelo médico-centrado; para tanto, há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional.

Na visão dos outros PNU quanto à incorporação da ESB na ESF, verificaram-se respostas que confirmam a reorientação do processo de trabalho das equipes para assumir uma postura que se responsabilize pelos problemas da população, bem como o rompimento de velhas e mutiladoras práticas. (Perguntas 10 e 11 do roteiro de entrevista dos PNU no apêndice: As atividades da USF são programadas de maneira conjunta entre a ESB e a ESF? Em caso positivo, cite como./Na sua visão como está sendo a experiência da incorporação da ESB na ESF?).

[...] Eu acho ótimo porque a gente tem tanto problema de saúde bucal. Inclusive é a questão da vivência deste profissional em relação a outras doenças... É uma luta da categoria, por que o médico e o enfermeiro vão fazer um treinamento de Hansen e o dentista não está envolvido? Por que o dentista vai fazer um treinamento de saúde bucal em câncer de boca e o enfermeiro não está envolvido? Eu não entendo o porque. Se todos têm responsabilidade sanitária dentro da sua área. Ou você integra ou não integra [...] (PNS sigma)

[...] Está sendo válida, mas acho que a gente tem que andar um pouco mais. E aí acho que o pessoal do nível central tem que agregar a saúde bucal no saúde da família. Deixar dessa coisa de saúde bucal e saúde da família. Parece que a gente tem duas equipes dentro da mesma unidade. Isso acarreta falta de planejamento em conjunto, de organização, e não vamos sair de onde a gente está [...] (PNS tetra)

[...] Eu acho maravilhoso porque vai oferecer a comunidade esse serviço de saúde bucal onde nem todo mundo tem acesso [...] (PNS beta)

Ao longo dos anos têm surgido experiências de modelos com uma forte tendência de organizar as práticas de saúde no trabalho interdisciplinar, com o objetivo de atender em quantidade e qualidade e de forma equânime as demandas da população brasileira. No estudo, foram destacadas também as atividades integrativas desenvolvidas pelos CDs em conjunto com o restante da equipe ou dificuldades para integração (Perguntas 13 e 14 do roteiro de entrevista dos CDs no apêndice: Quais as atividades que você desenvolve em conjunto com o restante da equipe?/Tem alguma atividade que você não desenvolve e desejaria desenvolver?Em caso positivo qual (is)?E porque não as desenvolve?)

[...] atividades com grupo de adolescentes, gestantes, escolares, planejamento familiar, caminhadas, programas, campanhas de AIDS, cólera, vacinação [...] (CD T)

[...] planejamento, campanhas nas escolas como no carnaval: palestras sobre o uso da camisinha e campanhas de vacinação [...] (CD P).

[...] reuniões de planejamento de equipe, festas comemorativas, passeios [...] (CD N)

[...] algumas ações de promoção em conjunto, atividades de grupo [...] (CD Q)

[...] eu sinto a dificuldade seguinte: eu noto que a gente aqui de saúde bucal, se preocupa muito mais em integrar, de compreender até as coisas referentes as outras práticas, do que o inverso, entendeu? As palestras é engraçado, porque geralmente eles falam, falam, falam, aí quando chegam no final, “agora vem a dentista...” sabe?” (CD L)

[...]Até a forma de apresentação da gente ao resto da equipe foi diferente. Quando chegou um médico novo: ta chegando um membro da equipe; quando chegou a odontologia: chegou a equipe de odontologia que tava faltando no posto; é diferente!. (CD L)

De acordo com Araújo e Rocha (2007) a construção da interdisciplinaridade tem sido um processo contínuo e crescente no setor saúde, dada à necessidade de superação da fragmentação do conhecimento humano, na busca de uma visão globalizada que dê conta da complexa dimensão do processo saúde-doença. As autoras afirmam também que o conceito de saúde como qualidade de vida requer a passagem de um trabalho individual, compartimentado para uma ação coletiva.

O tratamento convencional das doenças do complexo estomatognático, são extremamente caros nos países industrializados e geralmente inviáveis em países em desenvolvimento ou não desenvolvidos. A OMS visando superar tal privação vem propondo uma Estratégia Global para Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis que aborda fatores de risco comum (FRC) para prevenir e controlar

as doenças bucodentais. Doenças bucais têm FRC com outras doenças crônicas que se abordadas com estratégias de largo espectro voltadas para o FRC são mais racionais do que se dirigidas a doenças específicas e exercerão um efeito favorável não apenas em uma doença, mas também em várias doenças ou condições. O cerne da questão da abordagem FRC, é que promoção de saúde, por meio do controle de um número pequeno de fatores de risco, pode ter um grande impacto em um grande número de doenças e a um custo menor que para doenças específicas (MOYSÉS, 2008 p.721-2).

Moysés (2008, p.731-732) afirma que:

[...] quanto as práticas promocionais preventivas e educativas, há sérias limitações quando praticadas nas modalidades higienistas e controladoras ainda vigentes. Faz-se preciso uma abordagem de promoção de saúde menos prescritiva ou comportamentalista e mais integral, que reconheça a importância de atacar os determinantes sociais, políticos e ambientais subjacentes aos problemas bucodentais. Para que essa abordagem tenha êxito e sustentabilidade, um trabalho multissetorial é essencial.

Sobre a realização de alguma atividade em conjunto com a ESB, alguns PNU relataram que realizam; outros lamentaram a falta de integração o que denota a discrepância entre as equipes, mesmo as reconhecidas como melhores. (Roteiro de entrevistas dos PNU no apêndice, perguntas 4 e 5: Você realiza alguma atividade em conjunto com ESB? Em caso positivo, qual (is)?/ Tem alguma atividade que você não desenvolve e desejaria desenvolver? Em caso positivo qual (is)? E porque não desenvolve?

[...] A gente faz uma parceria desde o recém nascido... Porque a mãe por ver que não tem dente, não limpa a boquinha... Até a aparição da primeira dentição a gente faz este trabalho com as mães [...] (PNS sigma)

[...] A gente tem uma boa relação com a saúde bucal, por exemplo, no dia das crianças tem o teatro de fantoches [...] (PNS alfa)

[...] A gente está sempre trabalhando os hipertensos e diabéticos. Em escolas a gente faz palestras e eles participam abordando a parte de saúde bucal [...] (PNS beta)

[...] Infelizmente, a gente não consegue trabalhar assim em grupo, porque quando um tá fazendo uma atividade, o outro tá fazendo outra [...] (PNS eta)

[...] A escovação em escola municipal, eu não participo por uma questão de tempo [...] (PNS sigma)

[...] A saúde bucal está a dois anos nesta equipe. A saúde bucal não atinou que não é desagregado da saúde da família. É como se a equipe de saúde bucal fosse uma coisa e a equipe de saúde da família fosse outra, a parte [...] (PNS tetra)

[...] As atividades tanto de escovação quanto de palestras nas escolas não tem conseguido fazer junto [...] (PNS gama)

Os CSB entrevistados também citaram algumas atividades em comum realizadas pela ESB e o restante da equipe (Roteiro de entrevistas dos CSB no apêndice, pergunta 14: Você saberia dizer as atividades em comum realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal e o restante da Equipe de saúde da Família?):

[...] Feira de ciências, festa na comunidade, campanhas de filariose, hanseníase [...] (CD H)

[...] Abordagens lúdicas, teatro de marionetes, coral [...] (CD K)

Embora as falas acima reportem algumas ações conjuntas das equipes, pode-se observar que tanto essas, quanto atividades necessárias ao funcionamento da própria unidade são pontuais, pois nem sempre são freqüentes e nem programadas de uma maneira conjunta entre a equipe.

[...] Todo final do ano a gente pára para fazer o planejamento anual [...] (PNS sigma)

[...] As atividades são totalmente desvinculadas [...] (PNS tetra)

[...] Antes a gente tinha um trabalho mais coeso... Quando a gente tem em vista uma programação, a gente reúne, marca e combina em equipe [...] (PNS alfa)

Em pesquisa de Pereira, Lourenço e Meneghin (2007), a maior parte dos CDs (76,2%) relatou haver integração entre as equipes no atendimento às famílias, no entanto, esta interação não se manifestou no planejamento e/ou na troca de saberes, pois, das ESBs que relataram realizar reuniões periódicas entre todos os componentes da ESF, apenas 27% as realizavam em curtos espaços de tempo (semanais ou quinzenais), as demais equipes realizavam reuniões mensais, esporádicas ou não as realizavam, sendo que a maior parte das ESBs (69%) não utilizava prontuários únicos. Assim, demonstrou-se que embora houvesse um contato entre os profissionais, não se podia classificar este de interdisciplinaridade e/ou multiprofissionalismo. Esta situação é similar ao caso do Recife.

Quanto às dificuldades observadas em relação ao trabalho da ESB na ESF, foram relacionadas duas em maior intensidade: a demanda reprimida e a falta da experiência do CD em trabalhar na estratégia. Esta afirmação entra em contradição com a literatura, pesquisa recente mostrou que o discurso mais freqüente descrito

por CDs, coordenadores de saúde bucal e até secretários de saúde é com relação aos recursos, seja quanto à baixa remuneração dos profissionais, falta de materiais para prevenção e promoção da saúde ou falta de estrutura física, embora tenha havido um aumento considerável nos incentivos das ESBs (PEREIRA, LOURENÇO, MENEGHIN, 2007).

[...] Acho que uma das maiores dificuldades é a demanda [...] (PNS eta)

[...] A falta de experiência em lidar com a saúde da família. O CD tem que se adaptar, mas para isso acontecer é preciso que o nível central tenha essa visão [...] (PNS tetra)

[...] A gente é muito falho da educação em saúde... Toda educação em saúde deveria ser integrada com a equipe [...] (PNS sigma)

[...] É uma dificuldade por conta da demanda reprimida, a odontologia é uma coisa cara em nosso país, então há uma demanda acumulada [...] (PNS alfa)

Conforme Araújo e Dimenstein (2006) este programa se constitui, atualmente, numa fonte de emprego em expansão para o dentista. Entretanto, o dentista que trabalha na ESF vê-se freqüentemente diante de muitos desafios, sentindo-se, em alguns momentos, inseguro e despreparado para exercer as suas atividades. Isso porque ele recebeu uma educação voltada para as questões biológicas, ações curativas e técnicas, com pouca ênfase para os fatores socioeconômicos e psicológicos no processo saúde-doença e para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Sobre outras atribuições que os CDs realizam na sua equipe (Roteiro de entrevistas dos CDs no apêndice, perguntas 13 e 14: Quais as atividades que você desenvolve em conjunto com o restante da equipe?/Tem alguma atividade que você não desenvolve e desejaria desenvolver?Em caso positivo qual (is)?E porque não as desenvolve?), alguns citaram informações importantes como:

[...] A cada quatro meses a gente faz rodízio da gerência, recebi estudantes para estágio [...] (CD S)

[...] Cursos e encontros com grupos que tratam do tabagismo... Fazemos bazar antes do dia das crianças e aproveitamos no evento para aplicação de flúor [...] (CD M)

[...] Tive facilidade de fazer o mapa de território das microáreas [...] (CD N)

[...] Tenho participado bastante, e que eu gosto muito, é a parte do OP, que é o orçamento participativo. É uma atividade que gosto de participar, da reivindicação de melhorias pra comunidade, de retirada de lixo, de reciclagem de lixo [...](CD T)

[...] Na verdade como CD da ESF, você termina funcionando como muita coisa, porque você acolhe, você faz um pouco do papel de uma assistente social, faz um pouco do papel de um psicólogo quando você acolhe, você faz um pouquinho do trabalho do artista, porque quando eu trabalho na creche ou na escola, eu trabalho com mamulengo [...] (CD P)

[...] Esporadicamente a gente faz visitas, acho interessante porque a população vê o dentista na comunidade [...] (CD R)

[...] Reunião com grupos e comunitários (uma vez ao mês) e eles fazem as reclamações [...] (CD Q)

Alguns entrevistados ao serem questionados sobre alguma atividade que não desenvolvem, mas desejariam desenvolver, surpreenderam em suas colocações quando mostram uma percepção mais ampla de saúde bucal e na forma de organizar sua assistência:

[...] Atenção ao trabalhador no período noturno [...] (CD M)

[...] Queria capacitação e informatização [...] (CD S)

[...] Um pra um, dois dentistas trabalhando em conjunto, um TSB presente na modalidade 2 dentro da ESF [...] (CD N)

[...] A parte de planejamento, controle e avaliação, gostaria de fazer de forma mais sistemática [...] (CD R)

[...] Educação popular em saúde: teatro de mamulengo, grupos de idosos, negros; preconceito do homossexual; deficientes; prevenção de doenças; intersetorialidade com as escolas [...] (CD P)

[...] Uma maior intersetorialidade: a questão do saneamento [...] (CD O)

Nesta perspectiva, corroboram estudos de Teixeira *et. al* (2007), as quais foram também citadas ações que ampliam o conceito de saúde bucal como: incentivo a alimentação saudável, atividades visando à educação do cidadão para viver em sociedade e promover sua autonomia, prevenção ao uso e abuso de substâncias como álcool ou outras drogas, reciclagem de lixo, cuidados com o meio-ambiente e escolas promotoras de saúde. Atualmente, a literatura sobre promoção de saúde é contundente ao mostrar que ações que não levem em conta o conceito ampliado de saúde e os determinantes sócio-ambientais estão fadadas a práticas repetitivas e de impacto limitado.

Analisando-se todas as entrevistas pôde-se intuir que o perfil da população atendida nas USF em relação à idade, ao grau de escolaridade e ao gênero prevalece com crianças, sendo ainda majoritário o sexo feminino; mas também se pôde observar que nos diferentes distritos há atendimento aos adolescentes, adultos jovens, adultos e idosos. Baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo.

[...] Homem só vem quando tá com dor [...] (CD M).

[...] Criança e muita mulher em idade jovem, já tem bastante idoso, mas o perfil é predominante feminino e infantil [...] (CD N)

[...] Predominantemente crianças e mulheres, a maioria é primeiro grau incompleto [...] (CD O)

[...] É tanto homem quanto mulher, eu não percebo essa diferença de gênero não... Na faixa etária de 20 a 30 anos [...] (CD R)

[...] É mais criança e adulto jovem, geralmente com primeiro grau incompleto [...] (CD T)

[...] Tenho a impressão que é mais mulher e criança, renda muito baixa, primeiro grau incompleto. No último cadastramento, nos nossos 3.000 habitantes, a gente só tinha um com nível superior [...] (CD S)

[...] Mais mulheres, entre 20 a 40 anos, condição socioeconômica baixa, escolaridade primeiro grau [...] (CD P)

Quanto à linha de cuidado, os grupos que tiveram unanimidade entre as respostas dos CDs foram os das gestantes, diabéticos e hipertensos. Apenas uma USF citou pacientes com tuberculose e hanseníase, além dos já mencionados e um CD não soube identificar o que é linha de cuidado. Tal padrão de resposta foi confirmado pelas respostas dos outros profissionais de nível superior da equipe e também pelos coordenadores.

[...] toda gestante que sai daqui tem que fazer uma avaliação odontológica, se tem cárie ou não... O hipertenso e o diabético também [...] (PNS sigma)

[...] As gestantes tem prioridade [...] (PNS alfa)

Segundo o MS, dentre as atribuições do CD na ESF está o atendimento a grupos prioritários classificados em: crianças, gestantes, diabéticos e hipertensos. O CD deveria destinar dois turnos semanais para o atendimento a esses grupos e se reunir freqüentemente com essa população, aproveitando os mesmos turnos utilizados pelos outros membros da equipe de saúde (médicos, enfermeiros), para que todos possam participar dessas reuniões (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006).

No modelo do Recife observa-se pelos relatos, que há o atendimento a grupos prioritários, mas sem estar concatenado ao oferecido pelo restante da equipe da USF. Situação que reforça o entendimento da ocorrência de apenas ações pontuais estarem sendo feitas de maneira integrada. Ações realizadas de maneira multiprofissional e interdisciplinar e sistematicamente não foram relatadas entre as equipes entrevistadas.

6.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observando-se o **quadro 21** que apresenta de maneira resumida alguns indicadores assistenciais trabalhados neste capítulo, verifica-se que são dadas condições pela municipalidade ou pelo MS como aumento do número de CDs, de horas trabalhadas CDs, de incentivo por parte do Ministério da Saúde para a atenção básica e para a média complexidade, mas os resultados apresentados mostraram que os procedimentos odontológicos básicos do município diminuíram (7,03%) ao longo de oito anos (2000 a 2007). No final de 2007 com a implantação de 110 equipes com saúde bucal na estratégia de saúde da família representavam apenas 26,04% dos procedimentos odontológicos básicos de toda a rede. Portanto o período estudado se caracterizou por um crescimento exponencial do número de equipes de saúde bucal na ESF, não sendo esta expansão correspondida pelo crescimento do número de procedimentos odontológicos básicos. Esta discrepância entre condições objetivas para expansão e diminuição do número de procedimentos explica-se por dificuldades gerenciais, seja na implementação dos protocolos elaborados ou na cobrança do cumprimento de carga horária dos CDs da rede.

Indicadores Assistenciais	2000	2007	Evolução %
Número de CDs	220	283	28,64
Número de horas CD semanais contratadas *	4.400	8.208	86,55
Incentivo específico do MS para AB	0,00	1.919.000,00	Implantado
Repasse do MS para a MC	431.362,27	1.353.241,42	313,71
Procedimentos básicos realizados	1.164.605	1.082.699	-7,03
Procedimentos especializados realizados	76.819	143.847	187,26

Quadro 21: Evolução dos indicadores assistenciais de saúde bucal do Recife nos anos 2000 e 2007

Fonte: Coordenação municipal de saúde bucal, dados SIA/SUS e pesquisa.

Nota: Cds inseridos em ESB (40hs); CDs em SOU (24hs) e CDs em CEOs, policlínicas e UBTs (20hs)

Necessário também se faz uma melhoria no preenchimento dos dados de produção dos serviços ambulatoriais municipais que mostraram em alguns grupos de procedimentos, grandes oscilações no período e/ou um reforço do controle e avaliação das ações assistenciais municipais através do SIA/SUS, o qual fornece aos gestores um material importante e em tempo hábil para o acompanhamento na execução das ações assistenciais programadas.

Entretanto, alguns dados tenuemente acenam para um processo de reorientação do modelo de atenção à saúde bucal presenciada pelo município do Recife para atenção básica, como a participação das ações de promoção e prevenção coletivas que vêm crescendo nos últimos anos impulsionados pelas ESBs, o que parece indicar um deslocamento de atuação do campo assistencial para o campo da promoção da saúde; os procedimentos individuais preventivos responsáveis por 50,71% dos procedimentos clínicos; a quantidade de procedimentos cirúrgicos (exodontias) que vem diminuindo.

Corroborando este processo de reorientação da atenção básica, achados qualitativos, aonde à prática dos CDs das ESBs em observância as atividades programáticas normatizadas pelo MS apontam que encontra-se em curso uma significativa mudança no perfil da assistência em saúde bucal no âmbito municipal, acontecendo de maneira heterogênea nos distritos e unidades de saúde da família. Ou a identificação que todas ESBs da amostra intencional garantem o acesso pela linha do cuidado (principalmente hipertensos, diabéticos e gestantes), ampliando o alcance dos programas odontológicos tradicionais que privilegiavam somente crianças de 6 a 12 anos.

Este cenário de reorientação de modelo pode conjuntamente com outros fatores como melhoria da qualidade de vida e maior aporte de cremes dentais

fluoretados estarem possibilitando uma tendência de melhoria dos índices epidemiológicos em saúde bucal do Recife. Esta assertiva poderá ser comprovada ou rechaçada pelos dados do SB-2010.

Comparando-se os procedimentos da atenção básica com os da média complexidade em relação ao total de procedimentos odontológicos oferecidos à população, percebe-se que de 2000 a 2007 os procedimentos complexos representaram uma média de 10,05% do total de procedimentos em saúde bucal, porcentagem esta acima do encontrado na região nordeste e no Brasil, mas que mesmo assim persiste uma demanda não atendida pela média complexidade em saúde bucal no município do Recife.

Percebe-se pela fala dos atores que há dificuldades do trabalho em equipe, apareceram questões relevantes como a falta de integração da equipe, o entendimento desvirtuado do trabalho em equipe, considerando atividades pontuais como significado de atuação em conjunto. Porém, consegue-se observar avanços como rodízio de gerenciamento da USF, prática essa que, facilita a co-responsabilização da equipe. A mudança de percepção e a alteração do sistema vigente não são possíveis com modificações pontuais; requerem dos profissionais, entre outros atributos, atenção, comprometimento e sensibilidade. É importante ressaltar que o bom desenvolvimento do trabalho em equipe constitui elemento imprescindível para o desenvolvimento da estratégia, enfrentamento dos conflitos e rompimento das velhas estruturas até então presentes.

Assim, considera-se que após a inserção da ESB na ESF, ocorreram intensos avanços para a reestruturação do sistema de saúde brasileiro, mas estes ainda não foram totalmente completos e carecem de melhorias na sua organização para que os princípios do SUS efetivem-se. Além disso, verifica-se que os atores envolvidos na ESF têm expectativas diferentes quanto à estratégia. Desta forma, não pretende-se aqui responsabilizar, exclusivamente, os profissionais e os gestores pelas reais dificuldades apresentadas, cuja solução, muitas vezes, independe da ação isolada de cada um deles.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.123-130, 2006.

ARAÚJO M. B. S.; ROCHA P. M. R.; Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 02, p. 455-464, 2007.

ARAÚJO, Y. P. de; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 219-227. 2006.

BARROS, S. G.; CHAVES S. C. L. A utilização do sistema de informações ambulatoriais como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 41-51, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 21, de 5 de janeiro de 2005. **Aprova a Relação de Indicadores da Atenção**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2005/portaria21.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2009.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional, 2007**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 09 jul. 2010.

CARDOSO, A. C. C. Inserção de Equipe de Saúde Bucal no PSF, um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. **Rev. baiana saúde pública**, Salvador, v. 26, n. 1, p. 94-98. 2002.

EMM01, D. T.; BARROSO, R. F. F.; Avaliação das ações de saúde bucal no programa saúde da família no distrito de Mosqueiro (Pará). **Ciênc. saúde coletiva**, 2006. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=144>. Acesso em: 15 jun. 2009.

FRAZÃO, P. A participação do pessoal auxiliar odontológico na promoção da saúde bucal. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 329-336. 1998.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H, E. Existe trabalho em equipe no programa saúde da família? **Ciênc. saúde coletiva**, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2041>. Acesso em: 30 jun. 2008.

LEAL, R. B.; TOMITA, N. E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p.155-160, 2006.

MOYSES, S. Saúde Bucal. In: ESCOREL, S. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 705-734.

OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10 (sup), p. 297-302. 2005.

OLIVEIRA, L. M. A. **Saúde bucal em Pernambuco: acesso e utilização dos serviços odontológicos do SUS em 2001. Pernambuco 2002**. Monografia (Residência) - Recife. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2002.

PATRIOTA, C. M. M. **Cobertura das ações de saúde bucal no Recife no período de 2000 a 2005**. Pernambuco, 2006. Monografia (Residência) - Recife. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2006.

PEREIRA, A. C.; LOURENÇO E. C.; SILVA, A. C. B.; MENEGHIM, M. C.; A inserção de equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva**, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1570>. Acesso em: 22 jun. 2008.

PEREIRA, D, Q.; PEREIRA, J. C. M.; ASSIS, M. A. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 599-609, 2003.

RECIFE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório de Gestão da Saúde do Recife 2001**. Recife, PE, 2002.

SILVA, S. F. **A saúde bucal dentro da estratégia de saúde da família no estado de Pernambuco**. Pernambuco, 2006. Monografia (Residência) - Recife. Centro de

Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2006.

TEIXEIRA, F. F. et. al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba-PR. **Ciênc. saúde coletiva.**, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2383>. Acesso em: 22 jun. 2008.

VILARINHO, S. M. M.; MENDES, R. F.; PRADO JÚNIOR R. R. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). **Rev. odontol. ciênc.**, Porto Alegre, v. 22, n. 55. 2007.

VOLPATO, L. E. R.; SCATENA, J. H. Análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). **Epidemiol. serv. Saúde**, Brasília, v.15, n. 2, p. 47–55. 2006.

**CAPÍTULO 7 IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE
BUCAL NO RECIFE NO PERÍODO 2000 A 2007, CONCLUSÕES.**

CAPÍTULO 7 IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO RECIFE NO PERÍODO 2000 A 2007, CONCLUSÕES

7.1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo analisa-se o objetivo geral da pesquisa que é a implantação da política nacional de saúde bucal no município do Recife no período 2000 a 2007. Para esta interpretação utilizou-se o artifício de categorizar a aproximação entre a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) e o modelo de atenção em saúde bucal do Recife como **ausente implantação** (ausência de observação de indícios de implantação do item preconizado pela diretriz da PNSB no MASBR); **incipiente implantação** (observação de tênues indícios de implantação do item preconizado pela diretriz da PNSB no MASBR); **intermediária implantação** (observação de significativos indícios de implantação do item preconizado pela diretriz da PNSB no MASBR) e **avançada implantação** (observação de consistentes indícios de implantação do item preconizado pela diretriz da PNSB no MASBR).

7.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Recife em 2000 já organizava descentralizadamente seu território assistencial na forma de distritos sanitários. Este distrito sanitário deveria ser regionalizado e hierarquizado estabelecendo em seu interior a referência para níveis mais complexos (RECIFE, 2000, p.73). Neste ano observou-se ações de saúde bucal em UBSs e unidades hospitalares, oferecendo consultas em clínica básica e odontopediatria. Cada um dos seis DSs possuía pelo menos uma unidade para endodontia de dente anterior, os pacientes soropositivos eram referenciados para o Lessa de Andrade, cirurgias bucomaxilofaciais e pacientes especiais para o PAM Centro (RECIFE, 2000, p.83). Neste momento a estrutura assistencial em saúde

bucal da SMS Recife pode ser definida como limitada enquanto rede e de baixa complexidade no oferecimento de serviços assistenciais.

Com o decorrer dos anos, progressivamente foi observando-se no período estudado a materialização da intencionalidade de no interior do DS, implantar referência para os níveis mais complexos, mesmo que ao final de 2007 este referenciamento não estivesse plenamente implantado (RECIFE, 2008).

O Governo que se inicia em 2001 elege após processo de participação popular, como marco, a adoção de uma concepção mais ampla da saúde no Recife, possuindo como eixo norteador a construção de um *Recife Saudável* (RECIFE, 2002, p.67).

Sobre o modelo de atenção a ser construído, ressaltava-se que o mesmo seria compatível com a construção de uma cidade saudável, entendendo-a como um conjunto de ações intersetoriais, que norteariam as prioridades sociais da PCR e que iria além de um modelo assistencial porque pretendia reorganizar e transformar a prática de saúde para além da assistência, mas tendo como foco de sua ação própria a reorganização do sistema de saúde, como eixo norteador, a integralidade das ações e à responsabilidade sanitária com seus municípios (RECIFE, 2001a).

Não foi observado no período estudado ações práticas e sistêmicas que articulassem as ações assistenciais a um conjunto mais amplo de medidas, de modo que o modelo de atenção à saúde bucal do Recife fosse a expressão setorial de processos políticos que conseguissem, efetivamente, produzir socialmente a saúde coletiva. Observou-se manifestações nos documentos oficiais analisados (RECIFE, 2006c, p.1) que não transcenderam o terreno da intencionalidade.

Observa-se nos documentos analisados (RECIFE, 2001b, 2005, 2006c) a elaboração de uma Política Municipal de Saúde Bucal (PMSB), cujo nome fantasia é *Sorriso Melhor*, consistente, elaborada coletivamente e ouvindo os fóruns de participação como da I Conferência Municipal de Saúde Bucal e coerente com as diretrizes da Política Municipal de Saúde (Construindo um *Recife Saudável*).

Analisando a relação da Política Nacional de Saúde Bucal com o modelo de atenção em saúde bucal do Recife, sobre a estruturação assistencial dos níveis de complexidade, obtem-se os resultados apresentados no **quadro 22**:

PNSB	MASBR
7.2.1 Atenção básica: Estratégia de Saúde da Família	Intermediária implantação
7.2.2 Ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária	Intermediária implantação

Quadro 22: Relação da estruturação por níveis de complexidade da Política Nacional de Saúde Bucal com o modelo de atenção em saúde bucal do Recife 2000-2007

Fonte: Diretrizes da PNSB.

7.2.1 Atenção básica: Estratégia de Saúde da Família

No Recife em 2000 já havia adesão à Estratégia Saúde da Família. Em 2001 a mesma é assumida no Plano Municipal de Atenção Básica à Saúde na perspectiva deste ser o modelo de reorganização e ampliação da atenção básica e inversão do modelo assistencial em saúde, sendo apontado como espaço privilegiado para a garantia de Promoção da Saúde (OLIVEIRA NETO, 2009, p.51).

Observa-se a intencionalidade desde o início da gestão João Paulo de Lima e Silva (2001) em organizar a atenção básica na Cidade do Recife nos moldes preconizados pelo MS, tendo a saúde da família como porta de entrada do modelo assistencial e a forma de reorganizar a atenção básica, exercendo vigilância da saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos.

A saúde bucal na saúde da família do Recife só virá a ser implementada a partir de 2001, diferente de municípios como Curitiba (RONCALLI, 2000), Distrito Federal (ZANETTI, 2000) ou no estado de Pernambuco, com Camaragibe (MARTELLI, 2001), que vieram a implantar antes da regulamentação por parte do MS, que se deu no final de 2000.

Em 2001 já se estruturam 10 equipes com saúde bucal na ESF da SMS Recife, incentivadas pela portaria 1.444 do MS (BRASIL, 2000). Esta portaria além de estabelecer um incentivo no PAB variável para o município que implantasse a saúde bucal, delimitava em uma equipe de saúde bucal para duas equipes de saúde da família a possibilidade do município ser incentivado financeiramente. Apesar do secretário municipal de saúde do Recife, depois investido no cargo de Ministro da

Saúde ter editado em 2003, a portaria 673 (BRASIL, 2003) que modifica a delimitação de uma equipe de saúde bucal para uma equipe de saúde da família, não se observou no Recife, até o final de 2007 tal equiparação, mantendo-se distorções como observadas em algumas unidades, de uma equipe de saúde bucal para quatro de saúde da família, ou no contexto municipal de 110 equipes de saúde bucal para 227 equipes da família, representando uma proporção de 48,46%. Esta distorção reforça uma tendência histórica de segmentação da saúde bucal do restante das ações de saúde.

No final de 2000 existiam 58 UBTs e nenhuma equipe de saúde bucal na ESF, paulatinamente a SMS Recife vai substituindo as UBTs por ESBs, além de inaugurar novas unidades, totalizando ao final de 2007, 24 UBTs e 110 ESBs. Movimento este que ensejou uma grande reestruturação da atenção básica em saúde bucal, mas que ainda preserva resquícios do modelo anterior.

Pleitos pela equiparação e unificação das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família, foram aprovada na V conferência municipal de saúde (RECIFE, 2001c, p.21), na VI CMS (RECIFE, 2003, p.18) e na VII CMS (RECIFE, 2006b, p.89) cujos relatórios finais reiteram a propositura de garantir paridade de uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família. O Plano Municipal de Saúde de 2006/2009 (RECIFE, 2006a, p.53) dentre as suas metas, destaca a implantação de novas Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, na proporção de 1 ESB para 1 ESF, priorizando as USFs já existentes. Todavia a proposta não conseguiu acúmulo político e administrativo suficiente dentro da SMS Recife para materializar-se até o final de 2007.

Recife passa a ter uma interlocução privilegiada à partir de 2003 quando seu Secretário da Saúde é nomeado Ministro da Saúde e convida parte do corpo dirigente da SMS Recife para compor sua equipe ministerial. Esta aproximação permitiu, dentro da legalidade administrativa, agilidade na obtenção de equipamentos e credenciamento de novas equipes, vide a rápida expansão das ESBs. Intui-se que caso houvessem condições administrativas favoráveis no âmbito da SMS Recife, ou intencionalidade por uma maior expansão das ESBs, o trâmite para credenciamento no Ministério da Saúde não seria obstáculo.

Fato a ser relatado e que dificulta uma maior expansão das ESBs é o custeamento desproporcional destas equipes entre os entes federativos, sendo que

em Pernambuco o município arca com aproximadamente 75% do custeio, cabendo os outros 25% para o Ministério da Saúde (MENDES JÚNIOR, 2010).

A **Estratégia de Saúde da Família, enquanto modelo assistencial de eleição para organizar a atenção básica** pela PNSB, foi categorizada para o Recife como **intermediária implantação**, pois apesar de sua grande expansão no período estudado, atinge em maio de 2010 uma cobertura de 13.964 habitantes por equipe de saúde bucal, distante do preconizado pelo MS de cobrir 3.450 habitantes por equipe. Também influenciou nesta categorização o fato da atenção básica ainda ter uma porta dupla de entrada, com o oferecimento de assistência por Unidades Básicas Tradicionais e em Policlínicas.

7.2.2 Ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária

A concepção da rede assistencial do Recife para referência da média complexidade em saúde bucal está dirigida para especialidades realizadas em Unidades Básicas Tradicionais, Policlínicas que abrigam CEOs (Valdemar de Oliveira, Clementino Fraga, Lessa de Andrade e Agamenon Magalhães), e outras sete policlínicas que abrigam diferentes especialidades, sendo cada uma com sua própria peculiaridade. No tocante aos 4 CEOs verifica-se que no final de 2007, nenhum deles seguia a regulamentação do MS de atender no mínimo 5 especialidades (endodontia, pacientes especiais, estomatologia, periodontia e cirurgia oral menor). Apenas as especialidades de periodontia e endodontia estão presentes nos 4 serviços. Cirurgia oral menor está presente em 3 CEOs, estomatologia em 2 CEOs e pacientes especiais em apenas 1 CEO.

A odontopediatria é entendida como média complexidade, diferindo do preconizado pelo Ministério da Saúde que orienta para situar-se na atenção básica, estando presente em 9 das 11 policlínicas. Observa-se também que em 8 das 11 policlínicas os procedimentos especializados convivem com procedimentos de atenção básica, aí descartados os realizados em pacientes especiais e estomatologia conforme preconizado pelo Ministério da Saúde para os CEOs.

Percebe-se uma insuficiência de serviços especializados em saúde bucal e dificuldade de acesso aos mesmos, apesar da implantação de 4 CEOs, mas que

foram insuficientes para pelo menos referenciar um para cada DS. Chamou atenção a dificuldade de acesso para endodontia. Observa-se que, na tentativa de reorganização do modelo de atenção à saúde bucal, o município tenta imprimir às Unidades Básicas Tradicionais a responsabilidade pelo atendimento da média complexidade, oferecendo alguns serviços especializados, o que desvirtua a lógica de funcionamento da unidade que deveria funcionar como porta de entrada dos usuários no sistema e não como serviço de referência.

Destaca-se aqui que foram feitas tratativas por parte da SMS Recife para municipalizar a alta complexidade, realizada majoritariamente pela rede estadual, não obtendo êxito (RECIFE, 2002, p.10-11). Não consegue-se para a alta complexidade uma organicidade no referenciamento, tendo em vistas que as unidades assistenciais neste nível de complexidade estão sob a gestão estadual.

Observa-se que neste item da diretriz; **ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária**, Recife foi categorizada como **intermediária implantação**, pois apesar da ampliação dos procedimentos especializados no período e implantação de 4 CEOs, a participação dos mesmos continua sendo minoritária no oferecimento dos procedimentos, as especialidades atendidas diferem das padronizadas pelo Ministério da Saúde, além da dispersão de unidades assistenciais realizando procedimentos de média complexidade ao invés da concentração nos CEOs como preconizado. Também foi levado em consideração a inexistência programática de atenção terciária em saúde bucal.

Analisando a relação da PNSB com o modelo de atenção em saúde bucal do Recife, quando analisados os pressupostos da PNSB, obtem-se os resultados apresentados no **quadro 23**:

PNSB	MASBR
7.2.3 Qualificação da atenção básica independente da estratégia de organização.	Intermediária implantação
7.2.4 Rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços.	Intermediária implantação
7.2.5 Integralidade nas ações articulando individual e coletivo, promoção/prevenção com tratamento/recuperação e situações de urgência.	Intermediária implantação
7.2.6 Utilização da epidemiologia subsidiando planejamento, com diagnóstico das condições de saúde doença no território da prática de saúde.	Incipiente implantação
7.2.7 Acompanhar impacto via indicadores adequados.	Incipiente implantação
7.2.8 Vigilância à saúde com práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, dos riscos e dos determinantes do processo saúde doença, da atuação intersetorial e das ações sobre o território.	Incipiente implantação
7.2.9 Saúde da Família enquanto estratégia de reorganização da atenção básica.	Intermediária implantação
7.2.10 Política de educação permanente.	Intermediária implantação
7.2.11 Política de financiamento visando reorientação do modelo de atenção.	Intermediária implantação
7.2.12 Agenda de pesquisa científica em todos os níveis de atenção.	Ausente implantação

Quadro 23: Relação dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal com o modelo de atenção em saúde bucal do Recife 2000 -2007

Fonte: Diretrizes da PNSB

7.2.3 Qualificação da atenção básica independente da estratégia de organização

Analisando os protocolos (RECIFE, 2005) observa-se uma regulamentação para atenção básica em saúde bucal tendo como lócus de atuação as ESBs, com princípios norteadores, bases para reorientação das ações, definição do papel dos profissionais, dentre outras, o que denota um esmero e reconhecimento da importância deste nível assistencial e a intencionalidade da gestão de qualificá-lo. Para as UBTs e policlínicas não se verificou igual regulamentação no período, apesar das mesmas serem majoritárias na produção dos procedimentos e primeiras consultas.

Percebeu-se nas falas dos coordenadores municipais e distritais, CDs e outros profissionais o ímpeto de valorizar neste nível assistencial ações individuais preventivas e ações de promoção e prevenção em espaços na comunidade.

A análise das ações de promoção e prevenção, onde estão incluídas as visitas domiciliares, atividades educativas e procedimentos coletivos, mostra que as ESBs vêm assumindo a responsabilidade por esse tipo de procedimento, mas no período estudado representaram apenas 5,70% do total de procedimentos da atenção básica.

Portanto o pressuposto **qualificação da atenção básica independente da estratégia de organização** foi categorizado como **intermediária implantação**, pois com a implantação das ESBs verifica-se um tensionamento em expandir ações preventivas e promocionais e dentro dos procedimentos individuais uma valorização dos procedimentos preventivos e diminuição dos procedimentos cirúrgicos. Mas tais redirecionamentos assistenciais acontecem num cenário no qual todos os procedimentos básicos realizados pelas ESBs no período, representaram apenas 16,13% do total de procedimentos básicos da rede assistencial do Recife, mesmo com a exponencial expansão verificada pelas equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família.

7.2.4 Rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços.

Conforme já exposto no tópico 1.2 deste capítulo a rede de serviços não está completa em todos os DSs, faltando algumas especialidades preconizadas pelo Ministério da Saúde, porém a forma de encaminhamento está de acordo com Caderno da Atenção Básica nº 17(Saúde Bucal), aonde cita que o encaminhamento deverá ser feito por meio de formulários de referência/contra-referência, acompanhados ou não de exames complementares e radiografias (BRASIL, 2006). Não se observou mecanismo formal de referenciamento para a alta complexidade em saúde bucal que é majoritariamente oferecida pela rede estadual, funcionando a mesma dissociada da rede assistencial do Recife, apesar de estar no seu território geográfico.

Em relação à contra referência foi observado analisando a resposta de 12 CDs que em 5 entrevistas não existe a rotina de contra-referência, em 4 entrevistas existe a rotina da contra-referência limitada a alguns serviços e em apenas 3 entrevistas existe a rotina da contra-referência para todos os serviços.

Pode-se observar que na prática ainda não se consolidou uma rotina de contra referência no modelo de atenção do município. O ideal seria que, após o término do tratamento, o paciente fosse encaminhado para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento e manutenção, com o formulário de contra-referência devidamente preenchido onde conste a identificação do profissional, diagnóstico e tratamento realizado (BRASIL, 2006).

Observou-se a confecção de protocolos de atendimento e de referenciamento por parte da equipe dirigente em saúde bucal. Mas sua aplicação pelas unidades assistenciais aparece nas entrevistas de forma limitada. Este descompasso pode ser explicado por um hiato administrativo entre o nível gestor em saúde bucal da secretaria de saúde e as unidades assistenciais, situação esta que não conseguiu ser intermediada pelos gestores distritais ou pelos gerentes de território.

Portanto o pressuposto **rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços**, foi categorizado como **intermediária implantação**, aonde se observou o esforço da gestão municipal em expandir sua média complexidade, elaborar protocolos de especialidades e mecanismos formais de referenciamento e

contra-referenciamento, mas não conseguindo implantar homoganeamente em todos os distritos e nem inserir os prestadores públicos estaduais.

7.2.5 Integralidade nas ações articulando individual e coletivo, promoção/prevenção com tratamento/recuperação e situações de urgência.

A rede assistencial está constituída focada na integralidade como sugere a PNSB. Integralidade nas ações pode ser percebida na realização de atividades tanto individuais no espaço dos consultórios como em espaços coletivos como escolas e creches majoritariamente nas áreas cobertas pelas equipes de saúde bucal. O estudo dos procedimentos realizados e da rede assistencial instalada permitem observar a prática de procedimentos e práticas tanto preventivos/promocionais como o tratamento e a recuperação, além da possibilidade do atendimento à urgência tanto nas unidades assistenciais da atenção básica, resguardadas as dificuldades de acesso, como em serviços específicos como os 4 serviços odontológicos de urgência.

Ressalte-se aqui dificuldade no acesso para a média complexidade, principalmente para endodontias e próteses e para a alta complexidade que é gerida pela Secretaria Estadual de Saúde não existindo mecanismos formais de referenciamento.

Portanto o pressuposto, **integralidade nas ações articulando individual e coletivo, promoção/prevenção com tratamento/recuperação e situações de urgência**, foi categorizado como **intermediária implantação**, pois apesar do modelo do Recife oferecer estas diferentes formas de intervenção, as mesmas ainda são pouco acessíveis para sua população, principalmente na média e alta complexidade.

7.2.6 Utilização da epidemiologia subsidiando planejamento, com diagnóstico das condições de saúde doença no território da prática de saúde.

No tocante a informação para o planejamento de ações quando observado o município do Recife como um todo, o protocolo (RECIFE, 2005) faz um diagnóstico sócio-epidemiológico, mesmo não tendo dados epidemiológicos em saúde bucal atuais e específicos para Recife, apresenta dados de um contexto regional e nacional e aponta que os principais problemas de saúde bucal a serem enfrentados são cárie dentária e suas conseqüências: dor de dente e perda dentária, bem como, a falta de acesso as ações de saúde bucal. Recife que foi escolhida na amostra do SB-2003, não aproveitou a oportunidade de expandir sua população examinada e assim ter um dado epidemiológico mais próximo da sua realidade, tendo em vista que a representatividade do SB 2003 referia-se as 5 regiões geográficas e ao país.

Observando os procedimentos coletivos realizados pelas ESBs verifica-se que no início da estratégia em 2001 com 10 equipes, as visitas domiciliares chegaram a ser realizadas na ordem de 41,80% dos procedimentos coletivos e preventivos ou em números 7.832 visitas, com o decorrer dos anos as mesmas diminuíram até chegar em 2007 representando apenas 2,10% dos procedimentos coletivos e preventivos, representando 1.403 visitas, sendo a média do período de 5,10%. Este dado, somado a algumas falas das entrevistas realizadas aponta que pelo menos para as ESBs parece ter havido uma apropriação do território de práticas, pelo menos quando da implantação da estratégia, depois foi paulatinamente abandonada.

Portanto o pressuposto **utilização da epidemiologia subsidiando planejamento, com diagnóstico das condições de saúde doença no território da prática de saúde** foi categorizado como **incipiente implantação**, pois perdeu-se a oportunidade de apropriação do SB-2003 e a posteriori compara-lo com o SB-2010 para avaliação de evolução dos indicadores epidemiológicos ou de acesso durante este período temporal de continuidade administrativa. No nível local as ESBs pouco se apropriaram do território de prática realizando visitas.

7.2.7 Acompanhar impacto via indicadores adequados

Verifica-se no documento (RECIFE, 2005, p.12) a existência de planilha com dados anuais no período de 2001 a 2006 de dados gerados pelas unidades assistenciais como procedimentos básicos, especializados e exodontias.

No mesmo documento (RECIFE, 2005, p.21-22) observa-se a adoção do SIA-SUS e do SIAB-SUS como banco de dados para criação de instrumentos de ação que deverão criar: “[...] mecanismos para identificar, monitorar e avaliar as ações em saúde bucal em nível local”. Para tal acompanhamento deverão ser gerados e analisados relatórios trimestralmente. Pode também ser verificado o acompanhamento aos 3 indicadores do SIS-PACTO: cobertura de 1ª consulta, cobertura de procedimentos coletivos sobre população de 0-14 anos, proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais.

Portanto o pressuposto **acompanhar impacto via indicadores adequados** foi categorizado como **incipiente implantação**, pois apesar da visível preocupação em acompanhar o impacto via indicadores gerados pelos serviços, estes não chegaram a ser implantados e nem utilizados pela gestão para melhorar sua capacidade gerencial, principalmente para o descompasso entre o aumento do número de ESBs e sua produção.

7.2.8 Vigilância à saúde com práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, dos riscos e dos determinantes do processo saúde doença, da atuação intersetorial e das ações sobre o território

No documento (RECIFE, 2005, p.23-25) aparece a regulamentação para realização de levantamentos nas áreas adscritas visando observar a distribuição de agravos e subsidiar o planejamento de base local. Adota as idades índices da Organização Mundial de Saúde e sua metodologia para a realização dos exames. Propõe um ciclo trienal para o levantamento, aonde as idades índices seriam distribuídas ao longo dos 3 anos e somente ao final do ciclo todas as idades índices seriam contempladas. Também adota o Índice de Impactos Odontológicos no

Desempenho Diário, para maiores de 12 anos de idade avaliarem autopercepção chegando a indicar 2 modelos de instrumentos.

Sobre a atuação intersetorial, a mais tradicional que seria o exercício do heterocontrole sobre a fluoretação d'água de abastecimento público, não é possível de realizar pelo fato de Recife não contar com sua água fluoretada.

Portanto o pressuposto, **vigilância à saúde com práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, dos riscos e dos determinantes do processo saúde doença, da atuação intersetorial e das ações sobre o território** foi categorizado como **incipiente implantação**, pois aparece a intencionalidade teórica e sua regulamentação expressas, demonstrando o reconhecimento da importância de se fazer vigilância, mas efetivamente até o momento estudado não chegou a ser implementado pela rede assistencial.

7.2.9 Saúde da Família enquanto estratégia de reorganização da atenção básica

Conforme explicitado no tópico 1.1 deste capítulo, Recife desde 2001 adere a saúde bucal na estratégia de saúde da família entendendo-a como reorganizadora da atenção básica e expande continuamente até 2007, mas mantém o acesso para a atenção básica em UBTs e policlínicas, que respondem majoritariamente pelos procedimentos realizados.

Portanto o pressuposto **saúde da Família enquanto estratégia de reorganização da atenção básica** foi categorizada como **intermediária implantação**, pois apesar do direcionamento para a implantação da estratégia de saúde da família com saúde bucal à partir de 2001 e neste ínterim não ser inaugurado nenhuma unidade assistencial para atenção básica que não fosse coerente com a estratégia, a mesma ainda não é hegemônica na produção de procedimentos ou oferecimento de 1as consultas.

7.2.10 Política de educação permanente

Verificou-se o esforço da gestão em oferecer curso de especialização em saúde da família para todos os CDs e outros PNS inseridos na estratégia. Lamentou-se que boa parte destes profissionais que não eram efetivos, terem-se afastados por não serem aprovados no concurso público oferecido. Não se observou semelhante iniciativa de educação permanente por parte da gestão para os coordenadores distritais de saúde bucal. Pode-se afirmar que a formação em saúde pública/saúde da família é predominante inclusive dos novos CDs que vieram a ingressar pela via do concurso, tendo em vista que tal formação agregava pontos no concurso.

Apesar de Pernambuco contar com Polo de Educação Permanente, o mesmo não se responsabilizou pela formação dos profissionais inseridos na estratégia de saúde da família, sendo a mesma realizada com recursos federais e municipais e a execução ficando a cargo da UPE e UFPE.

Foi possibilitada a formação de TSBs e ASBs via convênio com a Escola de Saúde Pública da SES, permitindo o credenciamento de ESBs na modalidade II, conjuntamente com outros ingressantes que já possuíam tal formação.

Observou-se também a realização de cursos de curta duração focados em situações específicas como para atendimento a pacientes especiais, DST-AIDS, odontopediatria e estomatologia, ciclo mensal de atualização odontológica e urgências geralmente em parcerias com universidades ou entidades da categoria como a ABO.

Portanto o pressuposto **política de educação permanente** foi categorizada como **intermediária implantação, pois** esforços visando uma melhor formação foram realizados, só que de maneira pontual e sobre algumas necessidades formativas. Observou-se a exclusão de gerentes distritais de saúde bucal do processo de formação. Estas iniciativas não se consubstanciam numa política de educação permanente.

7.2.11 Política de financiamento visando reorientação do modelo de atenção

Observou-se o crescente e contínuo repasse de incentivo federal para a atenção básica e média complexidade em saúde bucal do Recife, além da desresponsabilização da esfera estadual no rateio do custeio específico destes níveis assistenciais, respondendo apenas pela alta complexidade que encontra sob sua gestão.

Efetivamente quem financiou as ESBs e os CEOs foi a PCR, pois segundo Mendes Júnior (2010) os recursos federais específicos para as ESBs não representam mais de 25% e para os CEOs não mais de 30%. Outros serviços como as UBTs, policlínicas e SOUs não tem uma fonte de financiamento específica por parte do MS, sendo seus custos assumidos quase que integralmente pela PCR.

Portanto o pressuposto **política de financiamento visando reorientação do modelo de atenção** foi categorizado como **intermediária implantação**, mais pelo fato do município não ter reorientado plenamente seu modelo, preservando outras unidades assistenciais para a atenção básica e média complexidade que não as ESBs e CEOs, do que pela responsabilidade majoritária do custeio que o mesmo assumiu.

7.2.12 Agenda de pesquisa científica em todos os níveis de atenção

O que se observou foi a participação de servidores e gestores em congressos e encontros apresentando trabalhos inerentes a construção do modelo de atenção em saúde bucal municipal, mas trabalhos estes pontuais e sem estarem atrelados a uma pesquisa científica que tenha recebido fomento da municipalidade.

Portanto o pressuposto, **agenda de pesquisa científica em todos os níveis de atenção**, foi categorizado como **ausente implantação**, pois fomentar uma agenda de pesquisas científicas não é tradição entre entes municipais, como o é do ente federal e de algumas unidades da federação.

Analisando a relação da PNSB com o modelo de atenção em saúde bucal do Recife quando analisados os princípios norteadores da ação, obtém-se os resultados apresentados no **quadro 24**.

Observou-se sintonia programática entre as Diretrizes da PNSB e o Sorriso Melhor quando analisados os princípios norteadores da PNSB e a manifestação dos mesmos nos documentos oficiais do Sorriso Melhor. Mais que sintonia programática, em Recife (2005, 14-15) estes princípios são copiados na íntegra da PNSB.

PNSB	MASBR
7.2.13 Gestão participativa com definição democrática da política de saúde bucal.	Avançada implantação
7.2.14 Ética com valorização de seus princípios universais.	Avançada implantação
7.2.15 Acesso universal, ações coletivas e individuais priorizando a urgência.	Intermediária implantação
7.2.16 Acolhimento com serviço usuário-centrado, garantido por equipe multiprofissional.	Incipiente implantação
7.2.17 Vínculo, com responsabilização da unidade na solução dos problemas na sua área de abrangência.	Incipiente implantação
7.2.18 Responsabilidade profissional com respeito a identidade do usuário e conhecimento do contexto familiar e laboral.	Incipiente implantação

Quadro 24: Relação dos princípios norteadores da Política Nacional de Saúde Bucal com o modelo de atenção em saúde bucal do Recife 2000 -2007

Fonte: Diretrizes da PNSB

7.2.13 Gestão participativa com definição democrática da política de saúde bucal.

Um dos princípios que nortearam a gestão da saúde do Recife no período 2001 a 2007 foi a participação popular. Esta participação aconteceu em plenárias do orçamento participativo organizadas anualmente por bairro, aonde a população

diretamente pode apontar benefícios que a mesma carece e que a municipalidade pode lhe oferecer, aí inclusas unidades assistenciais em saúde.

Destaca-se também que no período de 2001 a 2007 foram realizadas 4 conferências municipais de saúde, respectivamente as V, VI, VII e VIII todas elas com alguma discussão sobre o modelo de atenção em saúde bucal do Recife manifestas em seus relatórios finais.

Recife realizou sua 1ª Conferência municipal de saúde bucal, enquanto etapa preparatória para a 3ª CNSB em 2004, evento este que envolveu variados atores e possibilitou a discussão da política municipal de saúde bucal. (Sorriso Melhor).

Cita-se aqui também a prática da coordenação municipal de saúde bucal quando da construção de documentos normativos da gestão de fazê-lo em equipe e buscando a contribuição do maior número de servidores possíveis, facultando para isto acesso eletrônico.

Portanto o princípio norteador da ação, **gestão participativa com definição democrática da política de saúde bucal** foi categorizado como **avançada implantação**, sendo a mesma condizente com a filosofia participativa emanada da diretriz da PNSB.

7.2.14 Ética com valorização de seus princípios universais.

Ética é um princípio norteador de difícil mensuração. Seus princípios universais encontram assento na Revolução Francesa (Igualdade, Liberdade e Fraternidade) e atualmente sua estrutura teórico conceitual se baseia em quatro grandes princípios: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. (GARRAFA, 1997, p.471).

Sua citação se faz presente nos documentos institucionais do Sorriso Melhor. Não foi observado nos documentos institucionais analisados, citações que incitassem a sua transgressão na forma apresentada, em outras palavras, as propostas institucionais se primaram pela valorização do ser humano e possibilitar ao mesmo ações que lhe proporcionassem o bem, seja ele usuário do sistema ou servidor da municipalidade.

Portanto o princípio norteador da ação, **ética com valorização de seus princípios universais** foi categorizado como **avançada implantação**, sendo a mesma condizente com a filosofia participativa emanada da diretriz da PNSB.

7.2.15 Acesso universal, ações coletivas e individuais priorizando a urgência

O princípio do acesso universal não se materializa em sua plenitude, seja para ações individuais, coletivas ou para urgência. Mas no período estudado foi visível na atenção básica a expansão do número de ESBs, mesmo que tal fato não tenha representado aumento do número de procedimentos odontológicos básicos, nem da 1ª consulta odontológica que diminuem 26,61% no período. Mas regulamenta o acesso para outros grupos populacionais que não apenas escolares de 6 a 12 anos como nos programas odontológicos tradicionais.

Na média complexidade aumenta a oferta assistencial quando inaugura 4 CEOs, além do oferecimento de serviços em policlínicas e UBTs expandindo no período os procedimentos especializados em 87,26%.

Na urgência foram inaugurados 4 SOUs, além de ocorrer o atendimento nas UBTs e ESBs, estas consultas no período 2000 a 2007 passam de 956 para 48.914 (evolução de 51,17 vezes).

Portanto o princípio norteador da ação, **acesso universal, ações coletivas e individuais priorizando a urgência** foi categorizado como **intermediária implantação**, pois observa-se a diminuição dos procedimentos básicos e da 1ª consulta e a expansão de procedimentos especializados, consultas de urgência e unidades assistenciais ; mas ainda com limitação do acesso.

7.2.16 Acolhimento com serviço usuário-centrado, garantido por equipe multiprofissional

Este princípio norteador aparece nos documentos institucionais da SMS Recife, mas sua implantação não aconteceu no período estudado, fato este comprovado por diferentes entrevistas, ficando apenas no terreno da intencionalidade.

Portanto o princípio norteador da ação, **acolhimento com serviço usuário-centrado, garantido por equipe multiprofissional** foi categorizado como **incipiente implantação**, pois apesar dos documentos institucionais reconhecerem sua importância, a implantação não ocorreu.

7.2.17 Vínculo, com responsabilização da unidade na solução dos problemas na sua área de abrangência

Ressalta-se inicialmente que a noção de área de abrangência vem no escopo da proposta de saúde da família e que no Recife apresenta uma cobertura limitada para a saúde bucal.

Vínculo aparece em entrevistas, no discurso de gestores e gerentes ou quanto princípio norteador das ações no documento do protocolo de atendimento do *Sorriso Melhor* (RECIFE, 2005, p.14), mas não foi possível identificar uma elaboração teórica específica (recomendações, metas e orientações), ou a manifestação explícita nas entrevistas dos CDs e PNS destacando a ocorrência do mesmo na USF.

Portanto o princípio norteador da ação, **vínculo com responsabilização da unidade na solução dos problemas na sua área de abrangência**, foi categorizado como **incipiente implantação**, pois apesar dos documentos institucionais e entrevistas reconhecerem sua importância, a implantação não foi detectada.

7.2.18 Responsabilidade profissional com respeito à identidade do usuário e conhecimento do contexto familiar e laboral

Responsabilidade profissional pode ser percebida, por exemplo, na visão dos outros PNS, cujas respostas confirmam a reorientação do processo de trabalho das equipes de saúde bucal para assumir uma postura que se responsabilize pelos problemas da população, bem como o rompimento de velhas e mutiladoras práticas.

Outro indicativo que corrobora a responsabilidade profissional, dizem respeito as razões que motivaram a inserção na ESF como campo de atuação profissional, a maioria dos CDs relatou ser a proposta do programa a principal razão mencionada, embora algumas considerações enfatizarem a questão salarial.

Portanto o princípio norteador da ação, **responsabilidade profissional com respeito a identidade do usuário e conhecimento do contexto familiar e laboral**, foi categorizado como **incipiente implantação**, pois apesar dos indícios encontrados de uma nova postura no que tange a responsabilidade profissional e a possibilidade de conhecimento do contexto familiar no âmbito do saúde da família, tem que se ponderar que as ESBs ainda tem uma cobertura muito pequena no Recife e uma limitação que foi realizar visita domiciliar somente no ano de 2001 quando se implantaram 10 equipes.

Analisando a relação da PNSB com o modelo de atenção em saúde bucal do Recife sobre a adequação do processo de trabalho, obtem-se os resultados apresentados no **quadro 25**.

PNSB	MASBR
7.2.19 Interdisciplinaridade e multiprofissionalismo abordando o indivíduo como um todo.	Incipiente implantação
7.2.20 Integralidade da atenção com ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação individual e coletiva.	Intermediária implantação
7.2.21 Intersetorialidade.	Incipiente implantação
7.2.22 Ampliação e qualificação da assistência com garantia de procedimentos mais complexos e conclusivos.	Intermediária implantação
7.2.23 Condições de trabalho em observância as normas da vigilância sanitária.	Avançada implantação
7.2.24 Parâmetros	Incipiente implantação

Quadro 25: Relação da adequação do processo de trabalho da Política Nacional de Saúde Bucal com o modelo de atenção em saúde bucal do Recife 2000 -2007
Fonte: Diretrizes da PNSB

7.2.19 Interdisciplinaridade e multiprofissionalismo abordando o indivíduo como um todo

Percebe-se pela fala dos atores que ainda há dificuldade do trabalho em equipe, apareceram questões relevantes como a falta de integração da equipe, o entendimento desvirtuado do trabalho em equipe, considerando atividades pontuais como significado de atuação em conjunto. Porém, consegue-se observar avanços como rodízio de gerenciamento da unidade, prática essa que, facilita a co-responsabilização da equipe.

Portanto a adequação do processo de trabalho no contexto da **interdisciplinaridade e multiprofissionalismo abordando o indivíduo como um**

todo, foi categorizado como **incipiente implantação** devendo evoluir de atividades pontuais para uma atuação sistemática.

7.2.20 Integralidade da atenção com ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação individual e coletiva

Este item já foi analisado no tópico 2.3 deste capítulo, mas registre-se que dentre os princípios do SUS, o da integralidade é o que mais o modelo de atenção em saúde bucal do Recife avançou no período estudado. Expandiu-se a rede de atenção básica via estratégia de saúde da família com realização de ações promocionais coletivas, mesmo que numa quantidade inferior ao esperado pelo número de equipes implementadas. Implanta-se os SPAs e na média complexidade os CEOs. Fica desarticulada a alta complexidade que é estadual e não referenciada.

Portanto a adequação do processo de trabalho no contexto da **integralidade da atenção com ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação individual e coletiva**, foi categorizado como **intermediária implantação**, pois implementam-se novos serviços, mas que persiste a dificuldade do acesso.

7.2.21 Intersetorialidade

Consta no plano municipal de saúde 2002-2005 (RECIFE,2001a) dentro do programa: consolidação e aperfeiçoamento do modelo de vigilância à saúde cujo objetivo é garantir ações de promoção à saúde e dentro do projeto/prioridade: desenvolvimento de políticas intersetoriais voltadas para a construção de uma cidade saudável, a explicitação de ações coerentes com o contexto de um município saudável como: garantir e desenvolver as ações intersetoriais de controle da qualidade ambiental; desenvolver ações intersetoriais de combate à violência e desenvolver ações intersetoriais para a construção de políticas públicas saudáveis. O que se observou no modelo de saúde bucal do Recife foram ações que pouco

extrapolaram o setor saúde bucal. Aconteceram ações que até extrapolaram o ambiente do consultório odontológico como as ações educativas e promocionais realizadas em escolas e creches e que foram pouco efetivas para a construção de uma política pública saudável como preconizado.

Uma das principais ações intersetoriais de caráter promocional e de proteção da saúde bucal é a fluoretação das águas de abastecimento público, benefício este que a população recifense não pode usufruir. A Companhia Pernambucana de Saneamento (COMPESA) exime-se de sua responsabilidade legal ao não fluoretar as águas do Recife, levando a SMS a buscar outros meios para aportar flúor para sua população.

Portanto a adequação do processo de trabalho no contexto da **intersectorialidade** foi categorizado como **incipiente implantação**, pois os documentos institucionais e as falas dos gestores e gerentes reconhecem sua importância, mas não se observou a real implantação.

7.2.22 Ampliação e qualificação da assistência com garantia de procedimentos mais complexos e conclusivos

No tocante a atenção básica houve uma expressiva expansão dos serviços via equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família, mas com um pífio acompanhamento no número de procedimentos odontológicos básicos realizados.

Os serviços assistenciais para média complexidade em saúde bucal se expandiram via implantação de CEOs ou especialidades nas policlínicas e UBTs. Os procedimentos de média complexidade em saúde bucal evoluíram de 76.819 para 143.847, representando um aumento de 87,26% além de representar no período, 10,05% dos procedimentos da atenção básica. Estes números ratificam a expansão deste nível de complexidade, mas que por sua vez não acompanham a evolução do incentivo federal que triplica no período.

Sobre a qualificação da assistência tendo como referência as atividades apontadas pelo MS para serem executadas pelas ESBs verificou-se que houveram mudanças no perfil da assistência com a inserção da saúde bucal na ESF.

Portanto a adequação do processo de trabalho no contexto da **ampliação e qualificação da assistência com garantia de procedimentos mais complexos e conclusivos**, foi categorizado como **intermediária implantação**, pois houve significativa expansão de rede no período, expressiva ampliação dos procedimentos para a média complexidade e inexistência de alta complexidade. A qualificação da atenção básica está se dando com a implantação das ESBs que ainda são minoritárias na quantidade de procedimentos realizados e da média complexidade com os CEOs, que são minoritários e não abarcam nem as especialidades preconizadas pelo Ministério da Saúde. Também não foi observada uma maior complexificação nos procedimentos realizados na atenção básica e nem que este nível assistencial se tornasse mais resolutivos.

7.2.23 Condições de trabalho em observância as normas da vigilância sanitária

No documento protocolo de atendimento do *Sorriso Melhor* (RECIFE, 2005, p.25-29) regulamenta-se ações de vigilância sanitária com o objetivo de: “Estabelecer a preservação da segurança e da saúde do trabalhador, da qualidade de vida no trabalho e a preservação da biodiversidade no desenvolvimentos das ações em saúde bucal”. Apresenta recomendações para a preservação da biossegurança no ambiente de trabalho, discorre sobre o processo adequado de esterilização e sobre a manipulação e destino dos resíduos odontológicos.

Aparecem nos relatórios de gestão com constância o fornecimento de EPIs, reformas de serviços e normas de biossegurança. Não apareceram nas falas dos diferentes atores relatos críticos sobre as condições de trabalho.

Portanto a adequação do processo de trabalho no contexto das **condições de trabalho em observância as normas da vigilância sanitária**, foi categorizado como **avançada implantação**, pois observou-se por parte da gestão a preocupação em garantir condições de trabalho adequadas pelas normas da vigilância sanitária.

7.2.24 Parâmetros

Visualizou-se no protocolo de atendimento do Sorriso Melhor, (RECIFE, 2005, p.20) o estabelecimento de parâmetros definindo o grau de prioridade para agendamento do atendimento odontológico e também para o processo de trabalho semanal (RECIFE, p.21).

Nas entrevistas verificou-se diferentes critérios para o acesso dos usuários e diferentes entendimentos de grupos prioritários.

Portanto a adequação do processo de trabalho no contexto dos **parâmetros** foi categorizado como **incipiente implantação**, pois observou-se por parte da gestão a preocupação em regular acesso e clientela, mas que foi interpretado de diferentes maneiras pela rede assistencial.

Analisando a relação da PNSB com o modelo de atenção em saúde bucal do Recife sobre ações, obtem-se os resultados apresentados no **quadro 26**.

PNSB	MASBR
7.2.25 Ações de promoção e proteção de saúde: Fluoretação das águas, Educação em saúde, Higiene bucal supervisionada, Aplicação tópica de flúor:	Incipiente implantação
7.2.26 Ações de recuperação: esse grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças.	Intermediária implantação
7.2.27 Ações de reabilitação: consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e à sua atividade profissional.	Incipiente implantação

Quadro 26: Relação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal com o modelo de atenção em saúde bucal do Recife 2000 -2007
Fonte: Diretrizes da PNSB.

7.2.25 Ações de promoção e proteção de saúde: Fluoretação das águas, Educação em saúde, Higiene bucal supervisionada, Aplicação tópica de flúor

Pode-se intuir pelos procedimentos realizados, pelas entrevistas dos diferentes atores e pelos documentos institucionais que estas ações estão presentes no modelo de atenção em saúde bucal do Recife, com exceção da fluoretação d'água de abastecimento cuja responsabilidade é de uma companhia estadual (COMPESA) que não a realiza, apesar dos preceitos legais, viabilidade técnica e benefícios mundialmente comprovados. Mas consubstanciados no grupo de ações preventivas e coletivas representaram apenas 5,70% dos procedimentos básicos no período.

Portanto as **ações de promoção e proteção de saúde: fluoretação das águas; educação em saúde; higiene bucal supervisionada; aplicação tópica de flúor**, foram categorizadas como **incipiente implantação**, pois os procedimentos preventivos e coletivos apresentaram baixa significância no período e a ausência da fluoretação das águas apesar de fugir da alçada de implantação da municipalidade, é a ação que mais benefícios preventivos traz para a população e com os custos mais baixos.

7.2.26 Ações de recuperação: esse grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças

Conforme já analisado neste capítulo, a rede assistencial está estruturada para responder a estas demandas. A dificuldade é a pouca oferta, o que na prática obstaculiza o acesso de boa parte da população.

Portanto as **ações de recuperação: inclusos diagnóstico e o tratamento de doenças**, foram categorizadas como **intermediária implantação**, pois existem excetuando-se a atenção terciária, só que em número insuficiente.

7.2.27 Ações de reabilitação: consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e à sua atividade profissional

Existe intencionalidade na implantação de ações de reabilitação expressas seja na fala de gestores ou nos documentos oficiais, mas persistem lacunas assistenciais como para a prótese total e parcial removível ou para o paciente que já tem diagnóstico de câncer bucal, cujo atendimento só será possível em procura não referenciada na rede estadual.

Portanto as **ações de reabilitação que consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e à sua atividade profissional**, foram categorizadas como **incipiente implantação**, pois existe intencionalidade, mas sem uma efetiva implantação ou articulação com a rede estadual.

Analisando a relação da PNSB com o modelo de atenção em saúde bucal do Recife sobre ampliação e qualificação da atenção básica, obtem-se os resultados apresentados no **quadro 27**:

PNSB	MASBR
7.2.28 Prevenção e controle do câncer bucal	Incipiente implantação
7.2.29 Implantação e aumento da resolatividade do pronto-atendimento	Intermediária implantação
7.2.30 Inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica	Ausente implantação
7.2.31 Inclusão da reabilitação protética na atenção básica	Ausente implantação
7.2.32 Ampliação do acesso por linhas de cuidado e por condição de vida	Intermediária implantação

Quadro 27: Relação da ampliação e qualificação da atenção básica da Política Nacional de Saúde Bucal com o modelo de atenção em saúde bucal do Recife 2000 -2007

Fonte: Diretrizes da PNSB

7.2.28 Prevenção e controle do câncer bucal

Foram realizadas algumas campanhas em parceria com entidade da categoria enfocando o auto exame da boca, capacitação visando melhorar o diagnóstico de lesões cancerígenas por parte de alguns profissionais, definição de protocolo para ações de prevenção e controle.

As ações **prevenção e controle do câncer bucal**, na atenção básica foi categorizada como **incipiente implantação**, pois não se conseguiu uma sistematização pela rede assistencial básica, se resumindo a um caráter campanhista.

7.2.29 Implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento

Destaca-se aqui a implementação de SPAs com funcionamento 24hs a partir de 2001, evidenciando uma preocupação com a urgência odontológica. Até o final de 2007, este serviço se espraiava por 4 dos 6 Distritos Sanitários estando presente em 4 policlínicas (Amaury Coutinho, Barros Lima, Agamenon Magalhães e Arnaldo Marques), Apesar da relevância, este serviço apresenta-se ocioso no período noturno, em grande parte devido ao contexto de violência do Recife, que obstaculiza o acesso do paciente com necessidade. Outra situação que aparece nas entrevistas é a opção preponderante nos pronto-atendimentos pela medicalização via aplicação de injeções intramusculares sem a execução de procedimentos mais resolutivos.

Portanto a ação, **implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento**, na atenção básica foi categorizada como **intermediária implantação**, pois foram implantados serviços que não chegaram a abranger todos os distritos e com questionamentos quanto a resolutividade esperada.

7.2.30 Inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica

Observou-se um limitado arsenal de práticas na atenção básica, se limitando a procedimentos preventivos individuais, exodontias, dentística e periodontia básica.

Além de não serem relatados nas entrevistas a realização de procedimentos mais complexos, verificou-se a existência de fluxo para pacientes que deveriam ser atendidos na atenção básica como os pacientes odontopediátricos, serem atendidos na média complexidade, desvirtuando a complexificação da atenção básica sugerida pela PNSB.

Portanto a ação **inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica** foi categorizada como **ausente implantação**, pois procedimentos mais complexos são encaminhados para a média complexidade ao invés de serem realizados na atenção básica.

7.2.31 Inclusão da reabilitação protética na atenção básica

Dissonante da PNSB, Recife até dezembro de 2007 não oferecia a sua população o serviço de prótese total nem na atenção básica e nem nos serviços de maior complexidade e também não tinha oportunidade de referenciamento.

Portanto a ação **inclusão da reabilitação protética na atenção básica** foi categorizada como **ausente implantação**.

6.5 Ampliação do acesso por linhas de cuidado e por condição de vida

Analisando-se todas as entrevistas pôde-se visualizar que o perfil da população atendida nas USFs em relação à idade, ao grau de escolaridade e ao gênero prevalece com crianças, sendo ainda majoritário o sexo feminino; mas também se pôde observar que nos diferentes distritos há atendimento aos adolescentes, adultos jovens, adultos e idosos.

Quanto à linha de cuidado, os grupos que tiveram unanimidade entre as respostas dos CDs foram os das gestantes, diabéticos, hipertensos e idosos. Apenas uma USF citou pacientes com tuberculose e hanseníase, além dos já mencionados, e um CD não soube diferenciar o que é linha de cuidado. Tal padrão de resposta foi confirmado pelos outros profissionais de nível superior da equipe e

também pelos coordenadores. Este resultado é coerente com o preconizado pela PNSB e amplia o acesso, diferente dos programas odontológicos tradicionais que privilegiavam somente crianças de 6 a 12 anos.

Portanto as ações **ampliação do acesso: a) por linhas de cuidado; b) por condição de vida**, na atenção básica foi categorizada como **intermediária implantação**, pois a saúde bucal na estratégia de saúde da família, unidade assistencial aonde se verifica esta ampliação do acesso, é minoritária no oferecimento de procedimentos e 1as consultas da atenção básica.

7.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Recife a partir de 2001 tem uma proposta clara de construção de um *Recife Saudável*, inspirado nos preceitos da promoção da saúde, cidades saudáveis e vigilância da saúde, tendo a estratégia de saúde da família como reorganizadora do modelo de atenção. Esta proposta prioriza ações intersetoriais, mas também acena com a construção de um modelo de atenção que ofereça assistência valorizando a qualidade de vida de seus habitantes. A saúde bucal adere a estes preceitos teóricos e constrói sua política municipal, batizada de *Sorriso Melhor*.

O modelo de atenção em saúde bucal do Recife, que passa a ser orientado pela proposta do *Sorriso Melhor*, precede a construção das diretrizes da política nacional de saúde bucal. Além da influência da proposta do *Recife Saudável*, o *Sorriso Melhor*, como as diretrizes da política nacional de saúde bucal se inspiram no movimento da saúde bucal coletiva, que representa uma apropriação pela saúde bucal dos princípios do SUS, manifestos por teóricos da área, conferências de saúde bucal, ENATESPOs e experiências municipais construídas após a constituição de 1988. A construção do modelo de atenção em saúde bucal do Recife resguardadas suas especificidades, bebe na mesma fonte do constructo teórico das diretrizes da política nacional de saúde bucal, mas também são influenciadas pelas mesmas a partir de 2004, seja pela indução financeira ou pelos seus componentes programáticos.

A partir de 2003 as forças políticas que administram Recife encontram-se em sintonia com as forças políticas que assumem o Governo Federal, o que facilitou

articulações e implementação de serviços assistenciais para o Recife, mesmo que os mesmos não tenham sido implementados na quantidade e temporalidade aprovados nas conferências municipais. Ou seja, as condições políticas foram favoráveis para uma maior sintonia entre as diretrizes da política nacional de saúde bucal e o modelo de atenção do Recife.

Forças políticas que assumem o Governo Estadual em 2007 também estão sintonizadas com o nível federal e municipal, mas no tocante a saúde bucal não se vê nenhum benefício para o Recife decorrente desta proximidade, seja na fluoretação da água de abastecimento público, no apoio ao custeio da atenção básica e da média complexidade, na articulação de referenciamento da alta complexidade em saúde bucal ou na ampliação do atendimento de urgência caso a SES contemplasse suas 8 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), inauguradas na região metropolitana do Recife até junho de 2010 com a urgência odontológica.

Grande esforço foi despendido no período 2001 a 2007 para estruturar fisicamente a rede (equipamentos, instrumentais e obras), dominar processos de compra de medicamentos e insumos, fornecer educação continuada para a equipe de saúde bucal, garantir manutenção ágil, articulações para implantação de rotinas administrativas com coordenações distritais e gerências de território, seleção dos trabalhadores da área, estruturação de equipe dirigente, além da disputa de projetos com outros setores da saúde. Mas observa-se uma dificuldade gerencial expressa na ausência de crescimento dos procedimentos odontológicos básicos, em detrimento da grande expansão da rede e do incentivo federal. Ou do crescimento dos procedimentos especializados, mas aquém do aumento do incentivo federal, fatores estes somados a não implantação de outros serviços, além da inexistência de uma lógica constitutiva da rede assistencial.

Dos 32 componentes programáticos das diretrizes da política nacional de saúde bucal observou-se uma **ausente implantação** no modelo de atenção em saúde bucal do Recife em 4, sendo que em um deles, financiamento de pesquisas científicas não ser tradição no Brasil do ente municipal proporcionar.

Como **incipiente implantação** foram considerados 11, via de regra são citados em documentos oficiais, entrevistas de gerentes ou gestores, mas não chegaram a ser efetivamente implantados, nem que o fossem de maneira parcial.

Outros 14 componentes programáticos das diretrizes se encontram em **intermediária implantação** no modelo de atenção em saúde bucal do Recife,

significando que está em processo de apropriação, faltando maior sintonia muitas vezes por deficiência gerencial ou por questões que poderiam ser melhor articuladas pela municipalidade com o ente estadual.

Observou-se **avançada implantação** em 3 componentes programáticos. Pode-se afirmar que o modelo de atenção em saúde bucal do Recife sofre influência e mantém sintonia com as diretrizes da política nacional de saúde bucal, carecendo de maior agilidade gerencial e capacidade de articulação com o ente estadual. Muito há por se construir no modelo do Recife tendo como referência os ditames da PNSB, mas este processo está acontecendo.

Verifica-se após 2007, outros serviços ou pressupostos da PNSB passam a ser implementados no Recife como a implantação do acolhimento de usuários e um novo CEO em 2010, o levantamento SB-2010 ou o LRPD situado na policlínica Lessa de Andrade, funcionando a partir de 2008 com o oferecimento de prótese total. Dados de maio de 2010 (BRASIL, 2010) mostram que no tocante a cobertura de ESB, Recife apresenta-se com 13.964 habitantes por equipe, pior que a média das capitais do nordeste que apresentam com 12.492 habitantes por equipe, mas melhor que a média nacional de 23.378 habitantes por equipe. Já a cobertura do CEO, dados de agosto de 2010 apresentam Recife com uma cobertura de 1 CEO para 309.996 habitantes, melhor que as coberturas das capitais do nordeste e do Brasil, com 433.524 e 381.385 respectivamente.

Esta evolução enseja a necessidade de novos estudos a posteriori, tendo em vista que o período de 4 anos (2004 a 2007) é muito pequeno para a implementação de uma política estruturante como a PNSB.

Sugere-se um esforço para a consolidação, divulgação e real implantação dos protocolos o que facilitaria o gerenciamento da saúde bucal no município do Recife, superando contradições administrativas entre a coordenação municipal de saúde bucal, as distritais e os serviços.

Sugere-se a apropriação do SB-2010 como base para diagnóstico de acesso e programação das ações de saúde bucal, além do acompanhamento temporal da situação epidemiológica doravante. Além da implementação dos indicadores sugeridos nos protocolos para acompanhar a evolução da implantação da política.

Fiel aos ditames preconizados pela promoção da saúde, apenas investir na melhoria dos serviços assistenciais não irá resolver o quadro epidemiológico adverso de saúde bucal, necessário se faz intervenções que extrapolem o campo

biológico e sejam externas ao setor saúde. Neste sentido, fundamentais são gestões pela fluoretação da água de abastecimento público do Recife.

Outra sugestão é aproveitar o momento administrativo de sintonia entre as 3 esferas de governo para pleitear benefícios que dependem dos outros níveis de governo. O ideal seria que a SMS Recife pudesse oferecer diretamente, referenciar ou acompanhar uma real integralidade do atendimento, partindo da promoção da saúde com sua ação mais eficaz que é a fluoretação da água de abastecimento público, passando pela atenção básica tendo a estratégia de saúde da família como locus de atendimento, uma rede de urgência que também se fizesse presente nas UPAs, uma média complexidade estruturada nos CEOs e LRPDs e uma alta complexidade estruturada e referenciada. Necessário se faz além da reestruturação da rede assistencial, a ampliação da mesma melhorando o acesso para a população recifense de uma saúde bucal pública e com qualidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 250-E, p. 85, 29 dez 2000.

_____. Portaria nº 673, de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 106, p. 44, 04 jun. 2003.

_____. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 61, p. 71, 29 mar. 2006.

_____. Coordenação de Saúde Bucal, 2010. Dados fornecidos pela equipe técnica da coordenação de saúde bucal diretamente ao autor da tese.

GARRAFA, V. Bioética e odontologia. In: Kriger, L. **Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 467-475.

MARTELLI, P. J. L. **Análise da atenção em saúde bucal no nível municipal: caracterização do modelo assistencial**. Recife, 2001. 163 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Depto de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.

OLIVEIRA NETO, A. V. **O modelo tecnoassistencial em saúde na cidade do Recife no período de 2001 – 2008: em busca de seus marcos teóricos**. 2009. 61 p. Monografia (Residência em Medicina de Família e Comunidade) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, Recife, 2009.

RONCALLI, A, G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde**

bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. 2000. 238 f. Tese (Doutorado em Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, 2000.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Recife 1998-2001**. Recife, PE, 2000.

_____. **Plano Municipal de Saúde do Recife 2002 - 2005**. Recife, PE, 2001a.

_____. **Proposta Política de Saúde Bucal da Cidade do Recife-Construindo um Recife Saudável**. Recife, PE, 2001b

_____. **Relatório da V Conferência Municipal de Saúde**. Recife, PE, 2001c.

_____. **Relatório de Gestão da Saúde do Recife 2001**. Recife, PE, 2002.

_____. **Relatório da VI Conferência Municipal de Saúde**. Recife, PE, 2003.

_____. **Sorriso Melhor-Protocolo de Atendimento Odontológico nos Serviços de Saúde da Rede Pública da Cidade do Recife**. Recife, PE, 2005.

_____. **Plano Municipal de Saúde do Recife 2006 - 2009**. Recife, PE, 2006a.

_____. **Relatório da VII Conferência Municipal de Saúde**. Recife, PE, 2006b.

_____. **Sorriso Melhor: construindo a saúde bucal coletiva no Recife/PE, 2001-2006**. Recife, PE, 2006c

_____. **Relatório de Gestão da Saúde do Recife 2007**. Recife, PE, 2008.

ZANETTI, C. H. G. **Saúde bucal no PSF: proposições e programação**. Brasília, 2000. Mimeografado.

APÊNDICE

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO – GESTOR DISTRITAL DE SAÚDE BUCAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO – GESTOR DISTRITAL DE SAÚDE BUCAL

- 1) Fale um pouco sobre suas atividades diárias enquanto gestor de saúde.
- 2) Descreva um pouco o modelo de atenção em saúde bucal do distrito.
- 3) Você tem alguma formação em Saúde Pública ou Saúde da Família? Em caso positivo: Que tipo de formação foi essa? Qual a carga horária? Qual a instituição formadora?
- 4) Dentre os princípios citados quais os que você considera pertinentes ao PSF?
 - I - Caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas Unidades básicas de saúde (UBS).
 - II - Trabalho centrado no cirurgião dentista.
 - III - Avaliação centrada exclusivamente em resultados
 - IV - Adscrição da população sob responsabilidade da UBS.
 - V - Paciente como núcleo central da abordagem.
 - VI - Articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do sistema de saúde.
 - VII - Priorização de ações curativas.
 - VIII - Estímulo às ações de promoção de saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social.
 - IX - Focalização do complexo estomatognático como área de atuação do CD?
 - X - Acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.
- 5) Dentre as atividades abaixo relacionadas quais, os CDs daqui do Distrito realizam?
 - I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
 - II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
 - III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da

saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do TSB, ASB e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do TSB e ASB; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

6) Há alguma outra atribuição que eles realizam a qual queira citar?

7) Você observa uma nova prática dos CD inseridos na atenção básica, condizente com a estratégia de saúde da família? Comente.

8) Quais as iniciativas para superação da prática curativista em saúde bucal das ESBs?

9) Como se organiza a política formativa de pós-graduação voltada aos CDs inseridos na ESF? Você considera que a mesma é adequada? Comente.

10) Qual o perfil da clientela que você avalia ser atendida pela ESB, em relação ao gênero, faixa etária, condição sócio-econômica, escolaridade e linha de cuidado?

11) Quem são os financiadores para a saúde bucal na ESF? E em que proporção?

12) A introdução da saúde bucal na estratégia de saúde da família aumentou a oferta de procedimentos na atenção básica? Em que proporção?

13) Como está estruturada sua referência em saúde bucal?

14) Você saberia dizer as atividades em comum realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal e o restante da Equipe de saúde da Família?

Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Cargo:

Distrito:

Bairro que trabalha:

Bairro que reside:

Tempo de serviço público:

Tempo de formado:

Tipo de vínculo empregatício na PCR:

Você exerce outra atividade além da gestão?

Você tem algum tipo de pós-graduação não sugerida anteriormente?

APÊNDICE B: ROTEIRO PARA ENTREVISTA AO CIRURGIÃO-DENTISTA INSERIDO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RECIFE

ROTEIRO PARA ENTREVISTA AO CIRURGIÃO-DENTISTA INSERIDO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RECIFE

- 1) Você teve alguma formação em saúde pública ou saúde da família?
- 2) Em caso positivo: que tipo de formação foi essa? Qual a carga horária? Qual a instituição formadora?
- 3) A formação supracitada é anterior ou posterior à sua inserção na ESF? Em caso de ser posterior quem financiou?
- 4) A formação em questão oferece suporte para sua prática assistencial?
- 5) Dentre os princípios citados quais os que você considera pertinentes ao PSF?
 - I)Caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas Unidades básicas de saúde (UBS).
 - II)Trabalho centrado no cirurgião dentista.
 - III)Avaliação centrada exclusivamente em resultados.
 - IV)Adscrição da população sob responsabilidade da UBS.
 - V)Paciente como núcleo central da abordagem.
 - VI)Articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do sistema de saúde.
 - VII)Priorização de ações curativas.
 - VIII) Estímulo às ações de promoção de saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social.
 - IX)Focalização do complexo estomatognático como área de atuação do CD?
 - X)Acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.
- 6) Dentre as atividades abaixo relacionadas quais você realiza?
 - I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
 - II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
 - III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de

agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do TSB, ASB e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do TSB e ASB; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

7) Há alguma outra atribuição além dessas que você realiza e queira citar?

8) Você percebe alguma mudança entre a prática odontológica realizada anteriormente a ESF e a realizada agora? Em caso positivo cite quais:

9) Caso haja necessidade de atendimento especializado você encaminha para quais serviços? Quais as especialidades? De que maneira?

10) Os pacientes referenciados retornam à unidade para conclusão do tratamento?

11) Quais as dificuldades para encaminhamento do paciente?

12) Qual o perfil da população assistida em relação ao gênero, faixa etária, condição socioeconômica, nível de escolaridade e linha de cuidado?

13) Quais as atividades que você desenvolve em conjunto com o restante da equipe?

14) Tem alguma atividade que você não desenvolve e desejaria desenvolver? Em caso positivo qual (is)? E porque não as desenvolve?

15) O que motivou a sua inserção no PSF?

Identificação

Nome:

Idade:

Unidade de Saúde:

Município que reside:

Bairro que trabalha:

Tempo de serviço público:

Tipo de vínculo empregatício (relativo a ESF):

Você exerce outra atividade profissional dentro de sua prática odontológica, além da ESF? Em caso positivo qual (is)?

Você tem algum tipo de pós-graduação não sugerida anteriormente? Em caso positivo, qual (is)?

Sexo:

Distrito:

Bairro que reside:

Tempo de formado:

APÊNDICE C: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL UNIVERSITÁRIO DA ESF

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL UNIVERSITÁRIO DA ESF

- 1) Você teve alguma formação em saúde pública ou saúde da família?:
- 2) Em caso positivo que tipo de formação foi essa? Qual a carga horária? Qual a instituição formadora?
- 3) A formação citada é anterior ou posterior à sua inserção na ESF? Em caso de ser posterior quem financiou?
- 4) Você realiza alguma atividade em conjunto com ESB? Em caso positivo, qual (is)?
- 5) Tem alguma atividade que você não desenvolve e desejaria desenvolver? Em caso positivo qual (is)? E porque não desenvolve?
- 6) Você observa alguma mudança das práticas odontológicas da unidade de saúde tradicional para a ESB? Em caso positivo, qual (is)?
- 7) Qual o perfil da população assistida pela ESB em relação ao gênero, faixa etária, condição socioeconômica, nível de escolaridade e linha de cuidado?
- 8) Quais as dificuldades que você observa em relação ao trabalho da ESB?
- 9) Internamente a ESF existe a prática de encaminhamento de pacientes de um profissional para outro? Em caso positivo em quais situações e de que maneira?
- 10) As atividades da USF são programadas de maneira conjunta entre a ESB e a ESF? Em caso positivo, cite como.
- 11) Na sua visão como está sendo a experiência da incorporação da ESB na ESF?

Identificação

Nome:

Idade:

Unidade de Saúde:

Município que reside:

Bairro que trabalha:

Tempo de serviço público:

Tipo de vínculo empregatício (relativo a ESF):

Sexo:

Distrito:

Bairro que reside:

Tempo de formado:

APÊNDICE D: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A COORDENADORA MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A COORDENADORA MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL

- 1) Descreva o modelo de atenção em saúde bucal do Recife no período 2000 a 2007?
- 2) Qual o referencial teórico para a construção deste modelo?
- 3) Dificuldades e limites encontrados para implementação do modelo de saúde bucal?
- 4) Avanços do modelo de saúde bucal?
- 5) Influência da PNSB sobre o modelo municipal de saúde bucal e autonomia da coordenação.
- 6) Analisar proposta Recife saudável e inserção da saúde bucal
- 7) Analisar intersetorialidade da saúde bucal e como a mesma se manifestou?
- 8) Analisar a promoção da saúde bucal no modelo municipal de saúde bucal?
- 9) Analisar a atenção básica em saúde bucal e porque não equiparação ESB com ESF?
- 10) Analisar a média complexidade/estabelecimento de referenciamento?
- 11) Analisar perfil do profissional em saúde bucal da PCR.
- 12) Vantagens e limitações da distritalização dentro do modelo municipal de saúde bucal.
- 13) Relação com controle social e demandas para o modelo municipal de saúde bucal.

APÊNDICE E: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O COORDENADOR NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O COORDENADOR NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

- 1) O que você avalia como implementado do proposto pelas diretrizes da PNSB e o que não foi atingido, tendo como limite temporal o final de 2007?
- 2) Como você avalia o papel indutor do MS sobre os municípios, programaticamente e financeiramente para definição de seus modelos de atenção em saúde bucal?
- 3) Você saberia citar municípios que guardadas suas peculiaridades locais, apresentam modelos de atenção em saúde bucal antenados as diretrizes da PNSB?
- 4) Você poderia avaliar o modelo de atenção em saúde bucal do Recife?

Em caso positivo, comentar sobre o acesso, organização da rede assistencial, educação continuada dos CDs, ou outras atividades que por acaso tenham tido destaque nacional?



APÊNDICE F: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,

_____ declaro estar de acordo com minha participação no estudo sobre o tema “**Modelo de Atenção em saúde bucal do Recife no período 2000 a 2007**”. E ciente de que tal participação poderá consistir em responder a perguntas em uma entrevista. Tais procedimentos têm por objetivo levantar informações necessárias ao estudo e colaborar com a análise da Política de Saúde adotada pelo Município do Recife. Estou informado de que poderei ter acesso prévio aos temas que serão abordados durante a entrevista, bem como da apresentação pública dos resultados desta pesquisa, sendo meu nome ou qualquer outra forma de identificação mantidos em total sigilo. Minha participação é voluntária e poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer prejuízo a minha pessoa.

Qualquer esclarecimento será realizado através do contato com **Prof. Petrônio José de Lima Martelli**, pelo endereço *Av. Moraes Rego, s/n, Campus da Universidade Federal de Pernambuco, caixa postal nº 7472, Recife, Pernambuco, cep: 50670-420, tel: (81) 21012600.*

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Participante

*O presente documento consta de duas vias, a primeira ficará em posse do pesquisador e a segunda em posse do participante.