

“A perspectiva do usuário no cuidado odontológico da Clínica da Família Victor Valla, Mangueiras, Rio de Janeiro”

por

Carla Matos e Silva Lordello

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Alda Maria Lacerda da Costa
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Valéria Ferreira Romano*

Rio de Janeiro, maio de 2015.



Esta dissertação, intitulada

“A perspectiva do usuário no cuidado odontológico da Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro”

apresentada por

Carla Matos e Silva Lordello

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Grasielle Nespoli

Prof. Dr. Rafael Arouca Höfke Costa

Prof.^a Dr.^a Alda Maria Lacerda da Costa – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 15 de maio de 2015.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

L867p Lordello, Carla Matos e Silva
A perspectiva do usuário no cuidado odontológico da
Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de
Janeiro. / Carla Matos e Silva Lordello. -- 2015.
96 f. : tab. ; mapas

Orientador: Alda Lacerda
Valéria F. Romano

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da
Família. 3. Assistência Odontológica. 4. Serviços de Saúde
Bucal. I. Título.

CDD – 22.ed. – 617.601

Dedico este trabalho a todos os profissionais que atuam com dedicação na Estratégia de Saúde da Família, vencendo os obstáculos diários. E o fazem, acima de tudo, com amor ao próximo.

AGRADECIMENTOS

O Deus, pelo dom da vida, saúde e tudo que me permitiu viver até aqui.

Aos meus pais, Eliana e José Carlos, pelos anos de dedicação e amor incondicional. Hoje sei o quanto é difícil educar e ser responsável por outro ser. Saibam que fizeram um bom trabalho.

À Fernanda e Marcela, irmãs amorosas, compreensivas e companheiras de sempre. Ao Pedro meu pedacinho de alegria.

À Manuela por simplesmente existir. Você é a melhor parte de tudo, meu amor por você não tem tamanho.

Ao Marcello, companheiro de tantos momentos maravilhosos e difíceis, sem seu apoio e amor muitas coisas seriam impossíveis.

À Alda e Valéria mestres na sabedoria da vida pelo incentivo constante e pela paciência infinita, nossos momentos de terapia fizeram com que conseguisse seguir até aqui.

À Elyne e todos os demais mestres que contribuíram para essa jornada intelectual.

À Amanda e Alessandra pelo carinho e amizade em nossos momentos de desespero.

A todos os funcionários da Escola que de alguma forma contribuíram nesse trajeto.

Aos colegas de turma, pela ótima convivência nesses meses, em especial, aos Resilientes Cyro, Mariana, Viviane e Cristiane por todos os momentos de amizade, carinho e terapia. Nossos almoços no shopping ficarão eternizados.

À minha amiga-irmã Cristiane por compartilhar tantos momentos importantes, tristes e alegres. Obrigada do fundo do coração por tudo.

Aos colegas da CFVV pela convivência diária, em especial à equipe de saúde bucal pela paciência e compreensão. Os momentos de desabafo e brincadeiras foram e são essenciais para tornar nosso dia a dia mais fácil. Fran e Soninha MUITAS saudades.

Aos colegas e usuários das unidades de saúde: CMS Eithel Pinheiro de Oliveira Lima, Policlínica Lincoln de Freitas Filho, CMS Dr Cattapreta e UPA João XXIII pela contribuição profissional e pessoal ao longo desses treze anos de trabalho.

Por último, mas não menos importante a todos os usuários da Clínica da Família Victor Valla. Espero poder contribuir para um cuidado melhor após esta pesquisa.

RESUMO

A Atenção Básica, enquanto reorganizadora da Rede de Atenção à Saúde, principalmente através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem se fundamentado na prática do cuidado onde o conceito ampliado de saúde é pressuposto de um trabalho que se pauta por sua vertente coletiva. Ao se colocar para a saúde bucal a proposta de sua inserção na ESF, tensionam-se valores consolidados por modelos que o antecederam, baseados em práticas individuais, voltadas para a doença; surgindo a questão do olhar do usuário como um valor. A presente pesquisa é um estudo de caso que objetiva analisar a percepção do usuário sobre o cuidado odontológico na Clínica da Família Victor Valla, Mangueiras, Rio de Janeiro; entendendo que enxergar aquele que demanda o serviço proporciona um valioso retorno das ações desenvolvidas, capaz de gerar reflexões e ressignificações da prática. Na coleta de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com usuários que já tinham utilizado os serviços de saúde bucal da Clínica no ano de 2013, segundo uma matriz norteadora; além de um diário de campo. A escolha dos usuários entrevistados foi feita através dos dados obtidos no sistema de informação da clínica, o ALERT, baseados em condições estabelecidas, captando usuários de diferentes equipes e utilizando o método de saturação teórica como delimitação. Os dados foram transcritos e analisados segundo a Análise de Conteúdo de Bardin, através da análise categorial e descritos conforme a distribuição de categorias, valorizando as falas dos entrevistados. Baseado nas temáticas determinadas pelos pesquisados: acesso, resolutividade, demanda, oferta e cuidado, este com as subcategorias acolhimento e vínculo, as percepções dos usuários mostraram as dificuldades encontradas para acessar os serviços de saúde bucal, bem como suas impressões acerca da organização dos serviços, prospectando a necessidade de possíveis mudanças no processo de trabalho.

Palavras- chaves: Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Cuidado Odontológico.

ABSTRACT

The primary care, while reorganization of the Health Care Network, primarily through the Family Health Strategy (FHS), has been based on the practice of care where the expanded health concept is the assumption of a work that is guided by their collective aspect. When put to the oral health the proposal for its inclusion in the ESF, tighten up consolidated figures for models that preceded it, based on individual practices, aimed at disease; emerging the issue of user look like a value. This research is a case study that aims to analyze the user's perception of dental care in the Family Clinic Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro; understanding that see that requiring the service provides valuable feedback of the actions developed, capable of generating ideas and new meanings of practice. To gather data, semi-structured interviews were conducted with users who had used oral health services of the Clinic in 2013, according to a guiding matrix; and a field diary. The choice of respondents was made by users of the data obtained in the clinical information system, ALERT, based on established conditions, capturing users of different teams and using the theoretical saturation method as delimitation. Data were transcribed and analyzed according to Bardin's content analysis by categorical analysis and described as the distribution of categories, valuing the interviewees' discourse. Based on themes determined by respondents: access, resolution, demand, supply and care, this the subcategories host and link, the perceptions of users showed the difficulties encountered in accessing dental services, as well as their views on the organization of services , prospecting the need for possible changes in the work process.

Words- keys: Primary Health Care; Family Health Strategy; Dental care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	05
OBJETIVOS	11
CAPÍTULO 1: A ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
1.1- REESTRUTURANDO O SUS	12
1.2- A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	16
1.3- A SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	22
CAPÍTULO 2: CUIDADO À SAÚDE	
2.1- A INTEGRALIDADE DO CUIDADO	26
2.2- O CUIDADO EM SAÚDE	29
2.3- DEMANDA E NECESSIDADES EM SAÚDE, E OFERTA DE SERVIÇOS	31
2.4- ACESSO E RESOLUTIVIDADE	35
2.5- A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO	39
CAPÍTULO 3: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	
3.1- NATUREZA DO ESTUDO	41
3.2- CENÁRIO DO ESTUDO	42
3.3- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: A ENTREVISTA	47
3.4- SELEÇÃO DOS ENTREVISTADOS	49
3.5- ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	51
CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO	
4.1- DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL OFERTADOS PELA CLÍNICA DA FAMÍLIA VICTOR VALLA	53
4.2 – DEMANDA E NECESSIDADE DOS USUÁRIOS VERSUS OFERTA DE SERVIÇOS	57
4.3 – PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O CUIDADO ODONTOLÓGICO	67

CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS-----75

REFERÊNCIAS-----79

ANEXOS

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO---91

ANEXO 2 – MATRIZ NORTEADORA PARA ENTREVISTA -----94

LISTA DE MAPAS

MAPA 1 – Território com área de abrangência da Clínica da Família Victor Valla----45

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- População por equipe-----46

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

SUS – Sistema nico de Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ESB – Equipes de Saúde Bucal
CFVV – Clínica da Família Victor Valla
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
USP – Universidade de São Paulo
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal
MS – Ministério da Saúde
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PC – Procedimentos Coletivos
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar
PAB – Piso de Atno Básica
APS – Atno Primária  Saúde
OMS – Organizao Mundial de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
UBS – Unidade Básica de Saúde
FNS – Fundao Nacional de Saúde
SAS – Secretaria de Assistência  Saúde
SIA-SUS – Sistema de Informaes Ambulatoriais do Sistema nico de Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
REFORSUS – Projeto de Reforço  Reorganizao do Sistema nico de Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência  Saúde
PROESF – Programa de Expansão e Consolidao da Estratégia de Saúde da Família
PAC-SAÚDE – Programa de Acelerao do Crescimento da Saúde
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CD – Cirurgião Dentista
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
TSB – Técnico de Saúde Bucal
PSE – Programa Saúde do Escolar
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento
CRJ – Centro de Referência da Juventude
eCR – Equipe de Consultório na Rua
SMS- Secretaria Municipal de Saúde
NHS - National Health Service
CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
OS – Organização Social
TEIAS – Território Integrado de Atenção à Saúde
UC – Unidade Contável
SISREG – Sistema de Regulação
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
UPA – Unidade de Pronto-Atendimento
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde, tendo como consequência imediata um acesso difícil e limitado do brasileiro aos serviços de saúde bucal. A demora na procura ao atendimento, aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos, fazia com que o principal tratamento na rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão de uma odontologia mutiladora. Gerando um grande número de edentados com necessidade de reabilitação, e tendo o cirurgião-dentista como figura de atuação apenas clínica (BRASIL, 2004a).

A Odontologia, de uma forma geral, historicamente seguia os padrões assistenciais da Medicina. Assim, mediante o crescimento da mão de obra industrial e dos movimentos sociais da época, cresceu a necessidade de intervenção nos problemas sociais, como saúde e educação. Juntamente com a Medicina social, a Odontologia iniciou um movimento neste sentido, contrapondo-se à prática hegemônica privada. Logo, na década de 1950 surge a primeira grande política pública de saúde bucal, a Odontologia Sanitária, movimento que tem no dentista sanitarista o responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde oral de uma comunidade (Narvai, 2002).

As primeiras atividades programáticas odontológicas produzidas no setor público se iniciaram na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), na Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e no Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), ainda na década de 50. (ZANETTI *et al*, 1996; FRAZÃO, 1998) A primeira iniciativa organizada de atenção pública foi o sistema incremental¹ (PINTO, 2000).

Entre os anos 1950 e final dos anos 1980, o modelo odontológico assistencial caracterizava-se basicamente pela assistência a escolares (na maioria das vezes através do Sistema Incremental), e o restante da população contava com a assistência de instituições, algumas conveniadas ao Sistema Previdenciário, com as Secretarias Estaduais de Saúde e com as entidades filantrópicas (NARVAI, 1992; ZANETTI *et al*,

¹ O Sistema Incremental foi idealizado nos Estados Unidos e implantado no Brasil em 1952, onde uma determinada população (escolares de 7 a 14 anos) recebia atendimento curativo das suas necessidades acumuladas e a prevenção ficava por conta da fluoretação de águas ou a aplicação tópica de flúor (CHAVES, 1986; PINTO, 2000).

1996). Ainda no final dos anos 1980 os modelos assistenciais de saúde no Brasil caracterizavam-se pela dicotomia curativo-preventivo nas ações de saúde. O Sistema Previdenciário se encarregava das ações curativas, enquanto a Saúde Pública, por meio do sanitarismo campanhista preocupava-se com as ações preventivas (SOUZA, 2005).

Para mudar esse cenário surge o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que objetivava diversas mudanças no campo da Saúde e apontava para a necessidade de se rever o modelo assistencial de saúde vigente (ESCOREL *et al*, 2005). O cenário social era favorável, e outros questionamentos acerca do modelo assistencial geravam crises no campo político, social e econômico. Essa atmosfera social culmina na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), que junto com a Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988) representam o alicerce para a reestruturação do Sistema de Saúde Brasileiro. Estava, então, constituído o Sistema Único de Saúde (SUS) no campo jurídico e legal, com propostas de mudanças que pudessem romper com o modelo assistencial excludente.

A 8ª Conferência criticava também o modelo da prática odontológica. Foram questionados o caráter iatrogênico e mutilador das ações da odontologia, a orientação monopolista que indicava que as atividades eram centradas no dentista com pouca participação de profissionais auxiliares, e a tradição liberal-privatista da profissão (NARVAI, 1994). A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) ocorre juntamente com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, onde se propõe a inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Porém, as relações entre governo e os que lutavam por mudanças continuavam conflitantes, uma vez que o governo insistia em estabelecer projetos verticalizados e executados de forma centralizada.

Na década de 1990 houve uma esperança de mudança significativa na saúde bucal através de uma portaria ministerial que inseriu os chamados “Procedimentos Coletivos” (PC) de saúde bucal criados na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS, por meio da Portaria 184, de 9/10/1991 (Brasil, 1991). Esta inclusão criou condições para o financiamento e, conseqüentemente, a valorização das atividades de caráter educativo e de proteção específica à saúde bucal, uma vez que o modelo assistencial de saúde bucal valorizava a quantidade de procedimentos executados, o que gerava superposição das ações e desperdícios de recursos (FRAZÃO, 1998).

Somente em 1998, depois dos alarmantes dados divulgados através da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD), se percebeu que grande parte da

população nunca havia tido acesso aos serviços odontológicos. Além disso, por pressões políticas, ocorreu um florescimento de propostas de reestruturação no modelo de assistência à saúde bucal, com base nas necessidades de saúde.

Em 2000, através da Portaria n. 1.444, o Ministério da Saúde (MS) anunciou a inclusão das equipes de saúde bucal no contexto do Saúde da Família, estabelecendo incentivos financeiros para a reorientação da atenção à saúde bucal prestada (BRASIL, 2000). No ano de 2004, com a Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente (BRASIL, 2004a), várias medidas normativas foram estabelecidas e, enfim, ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal foram incluídas como fundamentais para a qualidade de vida da população.

Segundo as *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal* (BRASIL, 2004a), um item importante é a reordenação da atenção odontológica, com uma forma de acesso que visa substituir práticas centradas no paradigma cirúrgico-restaurador-mutilador por práticas que considerem o indivíduo como um ser complexo, com necessidades e anseios, possibilitando um cuidado integral. Entretanto, para que a organização do serviço alcance os resultados desejados é preciso que haja o envolvimento da equipe com os usuários e a comunidade, a fim de que o indivíduo seja considerado em toda a sua complexidade.

As práticas de saúde bucal eram extremamente limitadas no setor público, e as realizadas em âmbito particular não eram capazes de produzir efeitos populacionais, uma vez que eram individualizadas e desconsideravam os diversos fatores envolvidos no processo saúde-doença. Este panorama tende a se modificar com a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual se apresenta como um eixo da reorganização dos serviços do SUS que deve entender o indivíduo como singular, integrante de um contexto amplo e complexo que é a família e a comunidade, e como um ser ativo e capaz de participar do seu cuidado.

A Estratégia Saúde da Família aparece, portanto, como peça fundamental à organização da atenção básica, apresentando sua base nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização e participação social (BRASIL, 1999). O território e a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais de sua concepção, os quais objetivam melhorar os serviços e fortalecer os vínculos dos profissionais de saúde com a população.

A compreensão desses eixos é fundamental para a discussão do processo de cuidado integral em saúde, ou seja, para a implementação de práticas baseadas na compreensão ampliada do indivíduo, como um ser complexo e singular. Ao se colocar para a saúde bucal a proposta de sua inserção na Estratégia Saúde da Família, além de introduzir o “novo”, questiona-se valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam.

A perspectiva de a Odontologia desenvolver uma forma de cuidado, baseada nos princípios da Estratégia de Saúde da Família representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Vislumbra-se uma possibilidade de aumento da cobertura, de respostas às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo através do trabalho em equipe e das relações estabelecidas com os usuários, implicando, assim, numa nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal. Desse modo, reorientar as práticas de saúde pelo cuidado significa romper com a lógica da hegemonia biomédica, das relações endurecidas e autoritárias, do “poder do saber” (PALÚ, 2004).

Contudo, apesar da expressiva expansão das equipes de saúde bucal (ESB) na ESF, bem como dos altos investimentos e da inserção de novas políticas, é necessário questionar sobre a existência real de mudanças no modelo assistencial e, conseqüentemente, sobre a ruptura dos modelos biologicista, curativista e tecnicista tão enraizados na Odontologia e tão excludentes da participação do usuário e de outros atores. O que se observa, algumas vezes, é um cenário de oferta de serviços sem planejamento e programação de atividades, reproduzidos mecanicamente por profissionais muitas vezes despreparados para a especificidade da Estratégia.

Por outro lado, a perspectiva de se trabalhar na ótica da integralidade do cuidado em saúde bucal traz a reflexão de quanto os profissionais de saúde precisam estar conscientes da mudança de suas atitudes, devendo considerar os usuários como sujeitos, e não como bocas isoladas do contexto social, econômico e cultural.

Nesse sentido, o profissional de saúde bucal que baseia as suas práticas no cuidado integral não deve exercer apenas ações de Atenção Odontológica, pois essa perpetua a dicotomia boca-corpo e fragiliza a prática da integralidade em saúde. O profissional deve, portanto, atuar na lógica do Cuidado Odontológico, o qual promove um deslocamento do olhar ao considerar, além dos procedimentos bucais, a singularidade e subjetividade dos sujeitos, assim como a dimensão coletiva do processo

de saúde-doença. É nessa perspectiva que utilizamos o termo Cuidado Odontológico, ao invés de Atenção Odontológica, no presente trabalho.

Além disso, saúde bucal envolve muito mais do que boca e dentes. Ela envolve funções fisiológicas importantes como a mastigação e fonação e, mais do que isso, influencia nas relações interpessoais, nas interações sociais e até em fatores econômicos. A saúde bucal está, portanto, inserida em um complexo contexto de engrenagem corporal, emocional e social, e, conseqüentemente, suas práticas devem ser pautadas no Cuidado Odontológico.

A saúde bucal é uma condição indispensável para a saúde humana, não somente pelo fator biológico, mas pela condição subjetiva (psicológica), repercutindo na vida social (BOTAZZO, 2000). O impacto psicológico das enfermidades bucais reduz significativamente a qualidade de vida dos indivíduos (WHO, 2003). A saúde bucal é território de expressão da subjetividade humana, sendo espaço da linguagem e da fruição do prazer e da satisfação, das formas particulares de subsistência no plano natural (apreensão, trituração, salivação e deglutição), da produção simbólica no plano da cultura e da erotização no plano emocional e do psiquismo humano (BOTAZZO, 2000).

Para Zanetti (2000), o ímpeto de implantar a ESF com rapidez e a falta de normatização programática tem levado os gestores a incorporar as equipes de saúde bucal pautados no ensaísmo programático ou na ausência de programação. Politicamente, sob a perspectiva da programação, as escolhas que definem normas e ordenam o serviço parecem ser pautadas no mercado das metas impostas pela gestão, e não no enfrentamento do que é demandado. Em contrapartida, a construção social do cuidado, pautada na ordenação dos serviços de acordo com a demanda local, os condicionantes dos problemas e suas influências não só subsidiam a decisão compartilhada, fortalecendo o controle social e o empoderamento dos usuários, mas se torna um processo de reorganização do trabalho.

A programação e o planejamento de ações devem estar baseados no diagnóstico das condições de saúde e necessidades de tratamento da população adscrita, permitindo priorizar grupos mais necessitados (SOUZA & RONCALLI, 2007). Uma das formas de se conseguir observar mudanças nas ações é através da percepção do usuário sobre os serviços prestados. Enxergar aquele que demanda o serviço não só humaniza, mas

qualifica o atendimento, a partir do momento que permite orientar ações pautadas em suas necessidades de saúde.

A percepção dos usuários é relevante e pode levantar questões tanto em relação à estrutura quanto ao processo do cuidado da saúde (FRANCO e CAMPOS, 1998). Com a tendência crescente de inclusão do usuário como cidadão participante nas decisões políticas e de saúde, e entendendo que a escuta dos mesmos constitui-se em um valioso retorno das ações desenvolvidas, busca-se agregar as vozes desses sujeitos sociais para quem se direciona a atenção. Compreendendo que esta escuta é capaz de gerar reflexões e repensar a prática, objetivando seu aperfeiçoamento.

Existem diferentes realidades sociais e econômicas nas quais a ESF encontra-se inserida, além de diferenças no que diz respeito aos processos de trabalho, instalações e profissionais, o que confere à percepção do usuário um papel relevante na adequação dos serviços públicos de saúde às realidades locais. A percepção do usuário traz informações sobre a relação entre demanda-oferta do serviço, e, nesse sentido, faz-se necessário valorizar a subjetividade do usuário, considerando-o como um interlocutor válido e agente social das próprias mudanças. A participação dos usuários só se torna possível mediante diálogo de saberes, onde cada um contribui com seu conhecimento e suas experiências de vida.

Em minha prática como dentista de família na Clínica da Família Victor Valla (CFVV) vivencio a dificuldade - em um território de grande vulnerabilidade e com uma procura crescente por atendimentos clínicos - da equipe de saúde bucal gerenciar os cuidados prestados aos usuários. É difícil organizar a demanda e o planejamento das atividades nem sempre é executado, uma vez que as equipes são sobrecarregadas pela demanda de atendimentos e por atividades burocráticas impostas pela gestão. Nesse sentido, surge o meu interesse em compreender a perspectiva dos usuários atendidos na CFVV sobre o que lhes é ofertado, de modo a refletir sobre a relação entre demanda e oferta das práticas de cuidado odontológico.

A presente pesquisa se caracteriza como um estudo de caso, uma vez que discute uma situação particular: a produção do cuidado da equipe de saúde bucal da Clínica da Família Victor Valla, situada no território de Manguinhos, Rio de Janeiro. Buscou-se analisar a percepção do usuário sobre o Cuidado Odontológico na perspectiva de que, a incorporação de novas formas de pensar e agir, valorizando a união entre contexto, trabalho e a vida das pessoas, possa ser um elo para a construção de novas práticas de

cuidado nos serviços prestados.

Ao contrário de negligenciar o usuário, como muitas vezes se faz, entende-se que ouvir esses sujeitos pode fornecer instrumentos para repensar a oferta. Favorecendo assim a reorganização do trabalho cotidiano e a reorientação de novos modos de cuidar na CFVV. Pois, ao valorizar a escuta e a percepção dos usuários é possível consolidar práticas mais participativas, e redirecionar o modelo assistencial à população. (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

A presente dissertação é composta por quatro capítulos.

O primeiro capítulo apresenta uma ambientação do cenário do estudo com a descrição da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A reestruturação do SUS, a saúde bucal na ESF e a ESF no município do Rio de Janeiro. No capítulo dois estão presentes conceitos discutidos, como a integralidade do cuidado, o cuidado em saúde, necessidades, demandas e ofertas em saúde, acesso e resolutividade e a percepção dos usuários. O capítulo três apresenta os procedimentos metodológicos, incluindo natureza do estudo, cenário, instrumento de coleta de dados, seleção dos entrevistados e análise e interpretação dos dados. No capítulo quatro estão presentes os resultados encontrados e a discussão. E, por fim as considerações finais.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção do usuário sobre o Cuidado Odontológico na Estratégia de Saúde da Família da Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrição dos serviços de saúde bucal ofertados pela Clínica da Família Victor Valla.
2. Identificar, a partir da percepção dos usuários, a oferta de Cuidado Odontológico na Estratégia de Saúde da Família da Clínica da Família Victor Valla.
3. Discutir a relação entre necessidade-demanda-oferta de Cuidado Odontológico.

CAPÍTULO 1

A ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1.1- Reestruturando o SUS

A declaração “Saúde para todos no ano 2000”, estabelecida na Conferência Internacional de Alma Ata em 1978, estabelece como prioridade a saúde dos indivíduos para melhorar a qualidade de vida social e econômica da população, tornando isso o pilar das ações de saúde dos governos de todo o mundo (OMS, 1978). Para atender uma maior parcela da população era necessário melhor organizar os serviços, sendo este um princípio da Atenção Primária à Saúde (APS), a qual foi definida como:

A atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, acessíveis a indivíduos e famílias a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar. Ela deve ser parte integral do sistema de saúde do país, e representar o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978).

A Atenção Primária deve ser considerada de alta complexidade por se constituir a partir de uma perspectiva diferenciada de cuidado que vai além da doença, medicamentos e procedimentos, buscando a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento das doenças. No Brasil, o termo Atenção Básica costuma ser utilizado, para se referir à Atenção Primária à Saúde, cuja mudança de terminologia tem o objetivo de se contrapor à lógica reducionista associada à Atenção Primária em diversos países do mundo. Lógica esta defendida pelas agências internacionais que visam a racionalização do financiamento em saúde (LACERDA, 2010).

Considerando as diferenças entre os modelos tradicionais de atenção e a Estratégia de Saúde da Família, MOISÉS *et al.* (1999, p. 1-7) declara:

[...] Evidentemente que o setor saúde, ao resolver enfrentar o problema depara-se com uma herança epidemiológica acumulada. Esta herança é proveniente da exclusão econômica e social, da miséria e da fome, do pouco acesso à educação, à terra, à moradia e ao emprego, todos os determinantes sociais que incham as periferias dos grandes centros urbanos de pessoas empobrecidas e doentes. Este estoque de doentes, aos milhares, vivendo nos “territórios” sob responsabilidade de equipes de Saúde da Família, obviamente, coloca o setor saúde diante da perplexidade de reconhecer sua própria impotência.

Nesse sentido, pode-se concluir que por isso a Atenção Básica, com a Saúde da Família como modelo prioritário, pode ser considerada de alta complexidade, por envolver diferentes aspectos relacionados ao cuidado, mesmo envolvendo baixa densidade tecnológica.

A Atenção Básica é a porta de entrada do sistema público de saúde, o que não significa que seja um local de “passagem” para outros níveis de atenção. É onde o trabalho é bastante complexo, sendo necessário associar conhecimentos biológicos a várias áreas diferentes, como as ciências sociais, e desenvolver ações que sejam resolutivas para os problemas de saúde da população, mas que também sejam capazes de evitar o adoecimento (NARVAI, 1992).

No contexto do SUS, a Atenção Básica tem sido proposta como um pilar estruturante do modelo de saúde atual, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) a sua principal forma de organização (BRASIL, 2007b). A ESF é implementada com o intuito de reorganizar, operacionalizar e financiar ações que assegurem uma rede de atenção resolutiva, integral em suas ações, tanto em âmbito individual quanto coletivo, englobando promoção, prevenção e reabilitação, e articulando os diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2007b).

A Saúde da Família tem como inspiração o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Este modelo, consolidado em 1994, mas formulado desde 1991 pelo Ministério da Saúde, enfocava a família como unidade da atenção, e não mais o indivíduo, introduzindo a noção de área de cobertura e a visão de intervenção em saúde de maneira preventiva. Além do PACS, o Brasil já havia experimentado outros modelos assistenciais com base na família, como é o caso de Porto Alegre, com a proposta do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, este baseado no modelo inglês dos GPs (General Practitioners). Havia também a experiência de Niterói, no Rio de Janeiro, cujo Programa de Médico de Família baseava-se no modelo cubano, e a experiência de Curitiba baseada no modelo canadense de atenção (AGUIAR, 1998; RONCALLI, 2003).

Com os resultados positivos do PACS, se expande o programa incluindo outras categorias profissionais, como médicos, e ainda em 1994 o Ministério da Saúde apresenta o Programa de Saúde da Família (PSF), objetivando reorganizar e fortalecer a Atenção Primária. Tratava-se de uma reorientação da prática assistencial, voltada para a família e seu ambiente físico e social, englobando um conceito amplo de saúde, privilegiando ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde dos indivíduos.

O PSF tinha sua base na unidade de Saúde da Família, sediada numa Unidade Básica de Saúde (UBS). Os princípios eram a substituição das práticas convencionais de assistência por processos de trabalho centrados na vigilância à saúde; na integralidade na atenção à saúde e hierarquização de serviços. Incluíam a territorialização e adscrição da clientela e o trabalho com equipe multiprofissional, composta minimamente de um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 1999).

Inicialmente o Saúde da Família era financiado por um convênio estabelecido com a Fundação Nacional de Saúde (FNS), por isso não apresentava garantia de continuidade, e era visto como um programa verticalizado desta fundação. Em 1995, seu financiamento foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e no ano seguinte surgia o financiamento baseado na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). Isto demonstrava a valorização do PSF pelo Ministério e o rompimento da visão vertical (VIANA & DAL POZ, 2005).

A criação do sistema de transferência de recursos chamado Piso de Atenção Básica (PAB) incentivou a expansão da Atenção Básica no SUS, uma vez que incentivava a implementação e implantação do PSF e PACS. Este piso, com uma parte fixa, relacionada ao porte populacional, e outra variável, possibilita a autonomia dos municípios, pois passa fundo a fundo do governo federal para os municípios. Além disso, demonstrou que certas atividades, como as de promoção da saúde, eram mais bem desenvolvidas através do pagamento per capita ao invés do financiamento por produção de serviços (VIANA & DAL POZ, 2005).

A incorporação do PSF ao Projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS) também pode ser considerado um fator de incentivo à expansão do programa. Este projeto objetivava reforçar a rede de saúde, ampliando os serviços prestados, estimulando a expansão do PSF e criando polos de capacitação (VIANA & DAL POZ, 2005).

Com o desenvolvimento e expansão do programa percebeu-se que o PSF deveria ser definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), visto que o termo “programa” aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e fim. E o termo “estratégia” significa um conjunto de medidas de reorganização da atenção, sem prazo para finalização.

A diretriz estabelecida pelo MS em 2000 de expansão da ESF nas regiões de aglomerados urbanos foi lançada, somente em 2003, o Programa de Expansão e

Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF). Este projeto era voltado para os municípios com mais de 100 mil habitantes, com o objetivo de contribuir para a implantação da Estratégia de Saúde da Família através do aumento da qualificação do processo de trabalho e do desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros (BRASIL, 2003). Ao comparar os resultados obtidos com a implementação do PROESF, observa-se que em 2003 a cobertura do Saúde da Família em municípios com mais de 100 mil habitantes era de 22%, e em dezembro de 2008 a cobertura era de 34,9%, o que evidencia a dificuldade de implementação da estratégia em grandes municípios apesar dos investimentos.

Em 2008, o NASF (Núcleo de Apoio ao Saúde da Família) é criado (BRASIL, 2008), com o intuito de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, assim como sua resolutividade, sem falar nos processos de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica. Este núcleo constitui-se de uma equipe com profissionais de diferentes áreas, cadastrada a uma Unidade de Saúde da Família (USF), que deve atuar em conjunto com as equipes de Saúde da Família onde está vinculado (BRASIL, 2008).

Baseado nas mudanças contínuas nos serviços de saúde, que incluem a formação dos recursos humanos, o Ministério da Educação e Cultura, e o Ministério da Saúde criaram o Pró-saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), com a cooperação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O programa tem como eixo estruturante a integração ensino-serviço, com a consequente inserção de estudantes de graduação dos cursos na área da saúde no cenário real da prática na rede SUS, dando ênfase à atenção básica, desde o início da formação desses profissionais. Seria mais uma aproximação da academia aos serviços públicos de saúde, objetivando transformar o aprendizado baseado na realidade socioeconômica e sanitária da população (BRASIL, 2007a).

A inserção da saúde bucal na ESF tem um papel relevante no cuidado à população, uma vez que essa sofre com o acesso restrito à assistência odontológica. Uma das principais metas estabelecidas foi a ampliação do acesso da população às ações de saúde bucal, garantindo assim a atenção integral às famílias. Nessa lógica, os serviços de saúde bucal devem ser baseados no cuidado odontológico e não na atenção odontológica. Um cuidado onde o indivíduo é visto de forma integral, parte de uma engrenagem social complexa, e não como “uma boca” a ser assistida.

1.2- A Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro conta com uma grande rede de serviços de saúde públicos e privados, mas com uma história de baixo investimento em Atenção Básica. No ano de 2009 um pouco mais de 50% da população carioca era coberta por planos de saúde privados (HARZHEIM, 2013), quando contava com 2,7 médicos por 1.000 habitantes. Razão 50% maior que o Brasil, que, no mesmo ano, apresentava 1,8 médicos/1.000 habitantes (HARZHEIM, 2013). Em 2010, o Município do Rio apresentava 3,7 leitos hospitalares/1.000 habitantes, enquanto no Brasil havia disponibilidade de 2,4 leitos/1.000 habitantes. Em relação a leitos hospitalares SUS, o Rio apresentava 2,1 leitos hospitalares SUS/1.000 habitantes; e o Brasil apresentava 1,8 leitos hospitalares SUS/1.000 habitantes (HARZHEIM, 2013). Mas a Atenção Básica recebia poucos investimentos e a taxa de cobertura da população pelos serviços públicos de saúde era baixa. Essa “cobertura” do nível de atenção terciária, muito mais caro e complexo, contrastava com a baixa cobertura da Atenção Básica, menos dispendiosa e mais acessível à população.

O município do Rio de Janeiro teve o seu projeto inicial de Saúde da Família na ilha de Paquetá, implementado em 1995. A partir de 1999, o expandiu em mais cinco locais da cidade com comunidades de baixa renda, localizadas em diversos bairros, tais como o Morro do Borel na Tijuca, o Canal do Anil em Jacarepaguá; a comunidade do Royal na Ilha do Governador, a Vila Canoas em São Conrado e o Vilar Carioca situado em Campo Grande (CAZELLI, 2003). No ano seguinte, em 2000, houve uma ampliação discreta do (ainda denominado) PSF para as comunidades de Antares em Santa Cruz, do Parque João Goulart e Mandela de Pedra em Manguinhos; e de Curicica em Jacarepaguá.

Além disso, ainda em 2000, houve a introdução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ampliando as áreas de atuação para as seguintes comunidades: Complexo da Mangueira na Mangueira; Complexo de São Carlos no Estácio/Catumbi/Rio Comprido; Complexo do Turano na Tijuca; Tijuquinha no Alto da Boa Vista; Vila Vintém em Padre Miguel; D. Jaime Câmara em Realengo, e Parque João Wesley, Parque Esperança e Woodrow Pimentel situadas em Campo Grande (CAZELLI, 2003).

No ano de 2001 o município continuou a introduzir poucas, equipes de Saúde da Família e ampliou módulos já existentes, como o caso de Vilar Carioca que adicionou

mais duas equipes e o caso do PSF Lapa, numa parceria com a Universidade Estácio de Sá. Absorveu também a equipe do PSF Portus em Costa Barros, que já existia e era subsidiada pela Instituição Médicos Sem Fronteiras. Nesse mesmo ano, o PSF teve uma perda, que foi a transformação do PSF Paquetá (Ilha de Paquetá) em PACS. Já os PACS tiveram um aumento de unidades, pois em 2001 além de Paquetá, foram iniciadas as unidades: Caricó (Penha), Colégio (Vila São Jorge), Costa Barros (Fazenda Botafogo) e Manguariba (Santa Cruz) (CAZELLI, 2003).

Até 2009, o município apresentava uma organização de seu sistema de saúde embasada na atenção básica de forma pobre e insuficiente, com cobertura da Estratégia Saúde da Família em torno de 7%. A partir desse ano, uma mudança radical na gestão passou a dar ênfase neste nível de atenção e, em especial, à Estratégia Saúde da Família, chegando ao final do ano de 2012 com uma cobertura de ESF de cerca de 40%. (BRASIL, 2012b)

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) implementou a mudança na Atenção Básica criando as Clínicas da Família, unidades de saúde estruturalmente bonitas, com condições para atraírem profissionais de saúde e tornarem os serviços públicos de saúde sofisticados aos olhos da população. Estas clínicas são a aposta da gestão para a consolidação de grandes unidades de saúde, as quais concentram cinco ou mais equipes de Saúde da Família. Nesse processo, as unidades de saúde do Rio de Janeiro podem ser classificadas em três tipos, a saber: unidades de saúde tipo A, onde todo o território é coberto por equipes da Estratégia Saúde da Família; unidades de saúde tipo B, que são unidades mistas, pois tem a unidade básica tradicional e a incorporação de uma ou mais equipes da ESF que cobrem parcialmente o território; e as unidades de saúde tipo C, com as unidades básicas de saúde tradicionais, sem a presença de equipes de Saúde da Família mas com território de referência bem definido (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL, 2011).

O município do Rio de Janeiro apostou na Atenção Básica para garantir melhora no acesso aos cuidados de saúde de seus usuários, e foi nesse sentido que em novembro 2010, teve início, em parceria com as equipes da ESF, um serviço direcionado ao atendimento à saúde da população de rua na cidade do Rio de Janeiro. As primeiras equipes atuavam na região do Centro, e em 2011 é implantada em Mangueiras.

O Consultório na Rua é uma experiência que surgiu em 1999, em Salvador, na Bahia, realizado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) em parceria com a Faculdade de medicina da Universidade Federal da Bahia (BRASIL,

2010). Com o desenvolvimento das atividades, este projeto foi adquirindo características para melhor funcionamento e atendimento às demandas e necessidades desta população cheia de especificidades. Deste modo, em 2009 o MS propôs o Consultório na Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – PEAD. O Decreto nº 7.053 instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, sendo incluída também, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento do Crack. Estas medidas objetivavam “ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas através de ações de rua” (BRASIL, 2010, p. 09).

Em 2011 foi instituída a Portaria Nº 122 que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (eCR) (BRASIL, 2011). Estão entre elas: o cuidado e busca ativa de usuários de álcool, crack e outras drogas; o desenvolvimento das atividades de forma itinerante, in loco e em integração com Unidades Básicas de Saúde, além de serviços de Urgência e Emergência e Centros de Atenção Psicossocial quando necessários; a adequação do horário de funcionamento das equipes às demandas das pessoas em situação de rua; a disponibilização de veículo, devidamente identificado visualmente, para o deslocamento das equipes pelo território; entre outras diretrizes. Em 2012, na Portaria Nº 123 foram definidos os critérios de cálculo do número máximo de eCR por Município (BRASIL, 2012c).

A composição das equipes de Consultório na Rua havia sido estabelecida na Portaria 122, porém em maio de 2014 uma nova portaria, a de Nº 1.029 modificou esta formatação acrescentando três categorias profissionais: cirurgião dentista, profissional de educação física e profissional com formação em arte e educação (BRASIL, 2014a).

Assim, ficam definidas as seguintes formas de composição das eCR: modalidade I com mínimo de quatro profissionais, dentre os quais dois deverão ser das categorias profissionais: enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional e os demais poderão ser: agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico de saúde bucal, cirurgião dentista, professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. Modalidade II com equipe mínima de seis profissionais, dentre os quais três deverão ser das categorias profissionais: enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional e os demais poderão ser das categorias descritas acima. E a

modalidade III que segue a formatação da modalidade II acrescida da presença do médico (BRASIL, 2014a).

No que se refere ao cuidado, as eCR podem ser caracterizadas como ferramentas que prestam cuidados em saúde à população abrigada e em situação de rua. Considerando-as em seus contextos de vida, uma vez que, em sua grande maioria, encontram-se distantes da rede de serviços de saúde pela discriminação social em que vivem. A proposta é de clínica para o atendimento de problemas relacionados às condições apresentadas por eles, atuando como uma ponte de ligação deles à rede de saúde. Também articulam em rede intersetorial, com aliança a outros setores para os encaminhamentos, uma vez que possui um público com características e problemas bastante complexos.

O Consultório na Rua de Manguinhos foi criado em 2011, com base na Clínica da Família Victor Valla para garantir o acesso aos serviços de saúde às pessoas moradoras ou não do território, em situação de rua ou abrigos. Esta equipe surgiu como reivindicação dos moradores locais na Conferência Local de Saúde realizada em 2011, uma vez que grande parte da população do território em situação de rua está envolvida com o uso abusivo de álcool, crack e outras drogas (TERRITÓRIO ESCOLA MANGUINHOS). Eles são responsáveis pela população de moradores de rua e abrigados da região do Complexo da Maré, CCPL, Linha Amarela, Galinha (no Engenho da Rainha), Manguinhos e Bonsucesso, e dos abrigos Fundação Leão XIII, Stella Maris e Plínio Marcos.

O atendimento é realizado tanto nas ruas, abrigos, quanto na unidade e vão desde procedimentos usuais como testes de gravidez, quanto articulação para internação de usuários de drogas, incluindo crack. A eCR acolhe e presta cuidados de saúde aos usuários forma integrada com Centro de Atenção Psicossocial focado em álcool e outras drogas (CAPS AD), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e outros serviços de urgência e emergência e de assistência social.

Além da implementação das equipes de Consultório na Rua e das Clínicas da Família, outra mudança na Atenção Básica do município do Rio foi adotada, o sistema de pagamento por desempenho para os profissionais da atenção básica. Ele foi criado através de experiências das Reformas dos Cuidados de Saúde Primários de Portugal (2005-2010) e da Reforma do NHS, da Inglaterra (1991-2001) (HARZHEIM, 2013).

Esse sistema, baseado em informações originadas dos prontuários eletrônicos de usuários do sistema de saúde, emite relatórios mensais de acompanhamento com metas divididas em três níveis: incentivo à gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS), incentivo à qualificação das Unidades de Saúde e incentivo à gestão das clínicas (equipe de saúde da família e saúde bucal). Esses três níveis são nomeados de variáveis 1, 2 e 3 respectivamente e cada uma possui ações e metas a serem alcançadas, as quais são avaliadas trimestralmente pela Secretaria Municipal de Saúde do município (HARZHEIM, 2013).

O primeiro conjunto de metas e incentivos é chamado de variável um, e está relacionado à Organização Social (OS) responsável pela gestão das unidades de saúde. Objetiva alinhar as práticas às prioridades definidas pela Secretaria Municipal de Saúde e incentivar boas práticas de gestão. São dezoito ações descritas, relacionadas a custo de medicação, descentralização do fornecimento de medicamentos, programação e acompanhamento de atividades, entre outras.

Referentes à saúde bucal são elas: acompanhamento do plano de trabalho odontológico que inclui a proporção de altas de tratamento odontológico aos usuários cadastrados; acesso à utilização de insumos para saúde bucal que diz respeito ao percentual de kit de saúde bucal distribuído; e percentual de escolas do território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pelas ESF, relacionado às atividades do Programa Saúde do Escolar (PSE). As metas apresentam um percentual das ações que devem ser realizadas para fazer jus aos incentivos financeiros que são repassados a OS através dos recursos orçamentários (HARZHEIM, 2013).

O segundo conjunto de metas e incentivos, relacionado à unidade de saúde, apresenta dezoito indicadores agrupados nos itens: acesso, desempenho assistencial, satisfação dos usuários e custo-efetividade. Apresenta um valor de R\$3.000,00 que é repassado trimestralmente por ESF e deve ser aplicado na unidade (HARZHEIM, 2013). As ações relacionadas são visitas domiciliares, consultas médicas, acompanhamento vacinal, custo de medicamentos e serviços, entre outros. Relacionados à saúde bucal são: proporção de altas no tratamento odontológico dos usuários com tratamentos iniciados e proporção de kits de saúde bucal distribuídos para famílias em vulnerabilidade social (HARZHEIM, 2013).

O terceiro conjunto de metas e incentivos está relacionado às ações realizadas nas unidades de saúde pelas equipes de ESF. Os incentivos financeiros gerados pelo

alcance das metas do segundo grupo são investidos na própria Unidade de Saúde, enquanto os incentivos do terceiro grupo refletem em benefícios financeiros diretamente a cada um dos integrantes das equipes que alcancem suas metas, correspondendo a um acréscimo de cerca de 10% do salário mensal de cada profissional.

Os indicadores do terceiro grupo compreendem ações relacionadas à gestão da clínica com potencial importante para gerar mudanças no processo de trabalho, considerando as especificidades locais e os perfis epidemiológicos, e objetivam o aumento da qualidade do cuidado. Cada ação tem uma descrição detalhada do seu significado assistencial, apontando para uma série de ações que devem ser executadas.

A saúde bucal não apresenta nenhuma atividade específica, e o usuário necessita ter algum contato com algum profissional de saúde bucal que pode ser o dentista, ASB ou TSB. Cada ação descrita executada recebe uma quantidade de Unidades Contábeis (UCs) que somadas, representam o quantitativo financeiro a ser recebido. A saúde bucal, que geralmente está vinculada a duas ou três equipes, tem o cálculo do percentual financeiro a ser recebido proporcional ao valor atingido por cada uma das equipes que estiver vinculada. (HARZHEIM, 2013).

Cabe lembrar que a Secretaria Municipal de Saúde segue as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite. As metas municipais, estaduais e do Distrito Federal são definidas no processo de elaboração do planejamento no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite e do Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal, considerando a análise da situação de saúde do território. Dentre os indicadores estabelecidos estão a cobertura populacional pelas equipes de Atenção Básica e a cobertura pelas equipes básicas de saúde bucal. Especificamente para a saúde bucal, são indicadores: a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal; a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada; e a de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos (BRASIL, 2014b).

Em outubro de 2014, os dados da SMS-RJ divulgados na página do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b) sobre a rede de atenção básica do município mostravam a existência de uma população de 6.390.290 pessoas; com 5.046 agentes comunitários de saúde implantados; 833 equipes de Saúde da Família implantadas e estimativa de 2.873.850 pessoas cobertas pela Estratégia, representando 44,97% da população. Seriam 528 equipes de saúde bucal modalidade I implantadas e 47 equipes de NASF tipo 1.

1.3- A Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família

Em 2000, com a portaria 1.444 do Ministério da Saúde, se abriu uma nova perspectiva para a saúde bucal ao se estabelecer um incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Saúde da Família (BRASIL, 2000). Um longo processo de discussões de entidades odontológicas, conselhos e profissionais de saúde, fez parte desse processo, sendo considerado o estopim os dados da PNAD-1998 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), publicados pelo IBGE em agosto de 2000.

A PNAD (Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar) indicava que 29,6 milhões de brasileiros (18,7% da população) nunca tinham ido ao dentista. A porcentagem aumentava para 32% na área rural, onde 10,3 milhões de pessoas nunca tinham consultado um dentista. A disparidade no acesso considerando a renda era ainda maior. Dos brasileiros cuja renda era superior a 20 salários mínimos mensais, apenas 4,1% nunca tinham ido ao dentista, enquanto para quem tinha a renda de um salário mínimo mensal essa porcentagem subia para 36,5%. Na região Nordeste, o percentual era de 43,4% entre os sem rendimentos (BRASIL, 2012b).

As diretrizes e normas que tratam a inclusão da saúde bucal no Saúde da Família encontram-se no Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (BRASIL, 2001). Este Plano apresenta os seguintes objetivos: melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira; orientar as práticas de atenção à saúde bucal conforme o preconizado no Programa Saúde da Família; assegurar o acesso de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção, prevenção e curativo-restauradoras de saúde bucal; capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal 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 Saúde da Família (BRASIL, 2001).

Em 2003, um estudo epidemiológico chamado de Projeto SBBrasil demonstrou expressiva queda nos níveis de cárie na população infantil nas últimas duas décadas. Porém, mesmo com este avanço persistiam os altos índices de edentulismo em adultos e idosos, reflexo das políticas bucais anteriores altamente seletivas para determinados grupos populacionais. Embora houvesse declínio nos índices de cárie, perpetuavam as

disparidades nas diferentes regiões brasileiras (BRASIL, 2004c).

Para transformar esse quadro epidemiológico é que neste mesmo ano, aproveitando-se de uma política favorável a mudanças, inicia-se a construção de uma nova Política de Saúde Bucal. Devido a mudanças políticas e contínuos movimentos, principalmente das classes profissionais, pretendia-se melhorar o processo de construção do SUS e redefinir a PNSB. Esta acabaria por se consolidar como a nova Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada como “Brasil Sorridente” (BRASIL, 2004a).

O Programa Brasil Sorridente foi apresentado como uma política subsetorial contida no documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, este integrado ao “Plano Nacional de Saúde: um pacto pela Saúde no Brasil” (BRASIL 2005a). As “Diretrizes” resultaram de um processo de discussões e submetido à aprovação na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, que estabeleceu os eixos temáticos: educação e construção da cidadania; controle social, gestão participativa e saúde bucal; formação e trabalho em saúde bucal; e financiamento e organização da atenção em saúde bucal. Estes eixos constituíram uma referência para o planejamento e organização das intervenções em saúde bucal (BRASIL, 2005b).

Esta nova política seria desenvolvida mediante práticas democráticas e participativas, sob a dinâmica de trabalho em equipe, direcionadas à população sob a responsabilidade da equipe. Ela consideraria sempre a dinamicidade dos diversos aspectos que envolvem o cuidado, atuando num conjunto de ações que abrangem a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, tanto de forma individual como coletiva. Nesta política foram estabelecidas como prioridades para o país: ampliar a participação da saúde bucal no Saúde da Família; qualificação e expansão da atenção secundária e terciária através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os laboratórios regionais de próteses dentárias; e aumento da fluoretação da água de abastecimento público (BOTAZZO, 2000).

Avaliando a inserção da saúde bucal na ESF observa-se que de 2002 a 2008 o número de equipes de saúde bucal havia aumentado de 4.261 para 17.349, com potencial de cobertura de mais de 91 milhões de habitantes, porém isso representava apenas um pouco mais da metade das Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2012a). Este “potencial de cobertura” se refere à demanda potencial e não à demanda efetiva, pois não fornece dados sobre o número de brasileiros com acesso à saúde bucal e nem de beneficiários da PNSB. Porém, não se pode negar que alguns dados são realmente

significantes, como o potencial de cobertura ter aumentado de 15% para 44% nos 4.857 dos 5.564 municípios brasileiros (BRASIL, 2012a).

Além deste “potencial acesso”, outras distorções foram encontradas na prática do cuidado (NARVAI & FRAZÃO, 2008). BALDANI et al (2005) em estudo que ao investigou 136 municípios do estado do Paraná com ESB no PSF até 2002 observou problemas ligados não só ao acesso aos cuidados odontológicos da Atenção Básica, mas dificuldades na atenção secundária e terciária, em casos de maior complexidade odontológica. Além de outros problemas que influenciam no acesso aos cuidados, como profissionais com perfis inadequados, necessitando de formação de generalistas com perfil para o trabalho.

Para alcançar a evolução no número de equipes de saúde bucal, os valores dos incentivos financeiros foram reajustados. As Equipes de Saúde Bucal (ESB) modalidade 1, compostas por 1 auxiliar de saúde bucal (ASB) e 1 cirurgião dentista (CD), passaram a receber R\$ 20,4 mil ao ano, o que significava um aumento de 59,6%, e as de modalidade 2, compostas por 1 ASB, 1 CD e 1 TSB (técnico de saúde bucal), receberam R\$ 26,4 mil ao ano, ou seja, um aumento de 65%. Além disso, passaram a receber incentivo de R\$ 5 mil ao ano para compra de equipamentos odontológicos e R\$ 1 mil para materiais clínicos de prótese dentária, sendo que as equipes de modalidade da modalidade 2 recebem também cadeira e acessórios odontológicos para o uso do TSB (BRASIL, 2007b).

Em 2004, tendo como base a portaria 1.570/GM, e visando fortalecer o cuidado em saúde bucal, foram implantados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), a fim de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. São centros de referência para as unidades básicas de saúde para o atendimento de especialidades odontológicas, estando integrado ao planejamento loco regional. Esta implantação configura um marco, uma vez que representa um aumento na oferta de serviços de maior complexidade no SUS. No âmbito das ações preventivas, 205 novos sistemas de fluoretação da água de abastecimento público foram implantadas, abrangendo 106 municípios em 6 estados (NARVAI, 2006).

Roncalli & Araújo (2004) ao discutirem a contribuição da ESF para a construção de um modelo de atenção com base nos princípios e diretrizes do SUS, apontaram que as mudanças no cuidado à saúde só serão respondidas mediante debates entre os diversos atores envolvidos no processo, incluindo a população usuária dos serviços. Sendo assim, priorizar o usuário como foco de atenção abre espaço para discutir a

função gestora deste na ESF e, conseqüentemente, abre a possibilidade para a reorganização do processo de trabalho na saúde.

Contudo, para discutir a reorganização do cuidado em saúde é necessário compreender alguns conceitos usualmente utilizados nos processos de trabalho. Tais conceitos serão um pouco descritos no capítulo a seguir.

CAPÍTULO 2

CUIDADO À SAÚDE

2.1– A Integralidade do cuidado

A reorganização da Atenção Básica, orientada pela Estratégia de Saúde da Família, apresenta sua base nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização e participação social (BRASIL, 1999). Segundo Silva Júnior & Mascarenhas (2004), a implementação da ESF vem produzindo experiências qualitativamente diferentes, muito pela forma com que são realizadas as ações de saúde e o processo de trabalho das equipes, embora em muitos casos reproduza o modelo tradicional de assistência. Isso nos remete a necessidade de acompanhar as mudanças na qualidade da atenção à saúde, principalmente no que se refere à integralidade da atenção, ao processo de trabalho das equipes e à relação com a população adscrita.

A integralidade do cuidado em saúde consiste em identificar as necessidades de saúde dos usuários e garantir recursos disponíveis para o atendimento, unindo ações preventivas e assistenciais. Isso quer dizer que a unidade de saúde e seus profissionais devem reconhecer os problemas mais frequentes da população e dispor de mecanismos para saná-los, seja com sua própria capacidade ou encaminhando aos demais serviços e níveis de atenção. Essa é a característica organizativa da atenção básica, que evoca a integralidade na produção do cuidado (STARFIELD, 2002).

A Integralidade da atenção à saúde possui um conceito abrangente: “*atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*” (BRASIL, 1988, art. 198). Mattos (2001) sugere dividir o atributo da integralidade em três conjuntos de sentidos. O primeiro refere-se a prática dos profissionais de saúde, na qual a integralidade é exercida através da busca pelo motivo que fez o usuário procurar pelo cuidado profissional. O segundo refere-se às práticas assistenciais, baseadas na busca por uma compreensão ampliada das necessidades da população, não só baseadas nas doenças, mas compreendendo as complexidades e especificidades de cada indivíduo, bem como as distintas dimensões biológica, cultural

e social envolvidas no processo saúde-doença. O terceiro atributo aplica-se à gestão, no nível governamental, representada pela formulação de políticas públicas que considerem as necessidades específicas da população, além da incorporação de ações de promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação.

Dada a possibilidade de se fundamentar na integralidade como organizadora de serviços e práticas, alguns conceitos devem ser esclarecidos. O primeiro é o acolhimento, atributo disparador de muitas reflexões, principalmente envolvendo a humanização das relações e organização do processo de trabalho. Diversos autores buscam conceituar este termo, sendo que, para Mehry (1997a, p. 139) o acolhimento “*É uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando a relação fria, impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde*”.

Segundo Malta *et al* (1998, p.139), o acolhimento também “*É uma postura de escuta, compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário e um novo modo de organizar o processo de trabalho em saúde a partir de um efetivo trabalho em equipe*”. Desse modo, o acolhimento, como postura de escuta dos profissionais de saúde, abre perspectiva para a humanização das relações, para solidarizar-se com o problema do outro, reforçando as relações de confiança e vínculo. Isso abrange não somente a relação profissional-usuário, mas a relação entre os profissionais da equipe e entre a gestão, produzindo relações democráticas que refletem a participação e decisão coletiva, tornando as práticas mais adequadas à realidade local e mais efetivas. Já pensando no acolhimento como técnica, o mesmo instrumentaliza a organização das ações, facilitando a discriminação do risco e a oferta das soluções aos problemas demandados (SILVA JÚNIOR & MASCARENHAS (2004).

Ao se discutir acolhimento, o conceito de vínculo é relevante, definido no dicionário como “tudo o que ata, liga ou aperta; ligação moral; relação” (FERREIRA, 1986, p.1777). Para Mehry (1997a), criar vínculos significa ter relações tão próximas que a equipe seja capaz de se sensibilizar com o sofrimento ou demanda dos usuários. Conforme o autor sinaliza:

“É o profissional de saúde ter relações claras e próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário (MEHRY, 1997, p. 138)”.

Vários autores relacionam o vínculo ao fortalecimento da relação profissional-paciente, impactando em maior adesão terapêutica e às ações preventivas e

promocionais. Starfield (2002) aponta como consequência do vínculo a continuidade do cuidado e a mútua confiança entre profissional e usuário. O vínculo também implica em responsabilização, que significa o profissional assumir a responsabilidade pela resolução dos problemas do usuário, independente de burocracias ou níveis de complexidade, tendo como foco o sujeito.

O trabalho em equipe configura outro fator de grande influência no processo de cuidado. A presença de vários sujeitos, cada um com suas características pessoais, articulados aos diferentes processos de trabalho, conferem grande complexidade a equipe multiprofissional. O grande desafio é superar a fragmentação dos saberes e das práticas, buscando uma forma interdisciplinar de atuação, considerando os diversos atores e saberes. Para Peduzzi & Palma (1996, p.241):

“Os serviços necessitam dispor de meios que propiciem a integração dos novos agentes ao projeto institucional e do conjunto dos agentes a novos projetos. Espaços dialógicos, interculturais, que permitam a distinção e a recomposição dos trabalhos parcelares em totalidades nas quais cada trabalhador possa reconhecer-se, simultaneamente, como agente do trabalho e sujeito histórico-social”.

A equipe deve considerar que possui objetivos comuns, de ampliar o acesso aos seus usuários, reorganizando o processo de trabalho, humanizando o atendimento e mantendo o vínculo com a população. Deve estar aberta a diálogos troca de saberes entre si e com os usuários, incorporando, assim, outros fatores relacionados ao adoecimento, além dos biológicos.

Tendo em vista a importância de ampliar o acesso dos usuários, este passa a ser também um conceito importante, para se pensar em práticas de integralidade do cuidado. O acesso pode ser entendido como um conjunto de circunstâncias que tornam possível a entrada do usuário na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade (SILVA JÚNIOR & MASCARENHAS 2004). Representa a entrada real ou potencial de um indivíduo no sistema de prestação de cuidados para obter o atendimento desejado.

Diante da importância da humanização, do vínculo e do acesso para garantir a integralidade do cuidado em saúde, cabe refletir sobre as práticas e saberes da saúde bucal e como estas representam um campo ainda cheio de dicotomias e preconceitos. Historicamente afastado dos demais processos de trabalho, hoje o dentista luta para consolidar seu espaço como participante ativo e efetivamente inserido nos serviços de saúde. No entanto, esse profissional ainda sofre com o reflexo de uma produção do

cuidado baseado em doença, tendo a boca como órgão fragmentado, com uma visão mecanicista. A sua formação, em geral, é muito voltada para o mercado privado, e o profissional fora do “padrão mercantilista”, que escolhe a saúde pública, é visto como o profissional que não tem espaço no setor privado. Ou pior, muitos consideram que o mercado privado estaria em decadência e o trabalho no setor público, para a saúde bucal, seria a forma do profissional se manter economicamente e prover seu sustento.

Contudo, a possibilidade de integrar conceitos tão complexos como acesso, vínculo, acolhimento e trabalho em equipe permite refletir sobre o tipo de cuidado prestado, se existe realmente a integralidade na atenção prestada ao se incorporar uma visão crítica aos múltiplos fatores envolvidos na prática diária do cuidado.

2.2 O cuidado em saúde

A palavra *cuidado* tem origem no latim (*coera*) de cura, e significa uma atitude de preocupação, de desvelo por alguém ou algo estimado. É a partir dessa preocupação, dedicação, disponibilidade e responsabilidade que o cuidado é realizado (LUZ e MIRANDA, 2007). Segundo Heidegger (HEIDEGGER, 1999), o cuidado é uma marca humana.

Ainda seguindo a teoria de Heidegger, Ayres (2004) não atribui ao termo cuidado em saúde procedimentos técnicos para êxito de um tratamento, mas relaciona-o com um constructo filosófico. Para este autor, o cuidado é:

Uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (AYRES, 2004, p.74).

Cuidar é uma atitude perante situações que necessitam de uma ação terapêutica, o que significa alívio de um sofrimento ou bem-estar de alguém. O cuidado integral em saúde é, portanto, relevante para aliviar o adoecimento e o sofrimento difuso (LACERDA, 2002), sofrimento este que, como afirma a autora, gera uma grande demanda dos usuários nos serviços de saúde. O sofrimento e o processo saúde-doença é algo tão complexo que o cuidado deve ser assumido como uma atitude que implica acolhimento, envolvimento e compaixão, onde devem estar presentes o respeito, a troca e interação entre os envolvidos, o cuidador e a pessoa cuidada.

O sofrimento dos indivíduos pode ser diminuído uma vez que as equipes de saúde podem ajudar a solucionar os problemas que os originam. Entretanto, muitas vezes não são capazes de curá-los, pois alguns problemas de saúde das famílias são muito complexos para serem curados, o que não os impede de serem cuidados (VASCONCELOS, 1998). Para esse autor o cuidar significa:

“Ocupar-se, aqui e agora, dos problemas passíveis de serem enfrentados, colocando-se à disposição de acordo com as condições exigidas pelos mesmos e não com aquelas condições oferecidas tradicionalmente pelo serviço” (VASCONCELOS 1998, p.53).

Luz também relata que o cuidado vai além de procedimentos técnicos normalmente ofertados pelos serviços. Cuidado se relaciona ao direito de ser, a uma ação integral, cheia de sentidos e significados. É tratar o ser humano como uma totalidade viva, no seu sofrimento, que em grande parte é fruto de sua fragilidade social. Por isso, mais do que diagnósticos e procedimentos, as pessoas querem se sentir acolhidas e cuidadas em suas necessidades e demandas (LUZ, 2001).

Por isso, o cuidado necessita que ser considerado mais do que a assistência, mas a construção de projetos humanos, pois é importante “*quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência.*” (AYRES, 2004, p. 85). Isso quer dizer que a terapêutica deve se apoiar na tecnologia, mas não se limitar a ela. É preciso ter o que o autor chama de *sabedoria prática*, ou seja, espaços de encontro e diálogos verdadeiros entre profissional e usuário, firmando uma ação com o compromisso de cuidar.

Cuidado é ato assistencial humanizado, com terapêutica ampliada e flexibilizada, onde predomina o diálogo entre as dimensões assistenciais (AYRES, 2004). Para o autor, o termo remete a uma atenção à saúde interessada na experiência do adoecimento, e não na doença, seja ela física ou emocional, que conseqüentemente, reflete em práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Sendo assim, os serviços de saúde bucal devem ser baseados no cuidado odontológico, não na atenção odontológica. Um cuidado onde o sujeito é visto de forma integral, parte de uma engrenagem social complexa.

Nesse sentido, o profissional de saúde bucal, assim como os demais profissionais da equipe de saúde, deve basear suas práticas em atitudes que compreendam os sujeitos

como únicos, que fazem parte de complexos contextos e situações. Não deve haver o predomínio de técnicas direcionadas à boca, como se essa não fosse parte de um ser humano. Essa “separação” cria uma atenção odontológica, a atenção somente a essa parte do corpo, desconsiderando o sujeito como um todo. O cuidado odontológico, no entanto, envolve muito mais, ele propicia as interações dialógicas entre os sujeitos e seus contextos e as ações assistenciais.

É importante considerar que o adoecimento e o sofrimento vão além da dimensão física e biológica, podem destruir relações familiares e sociais, por isso uma compreensão ampliada de quem se cuida e um trabalho integrado com profissionais de saúde podem possibilitar encontros que amenizem sofrimentos e adoecimentos. A lógica do cuidado e da integralidade da saúde configura processos de trabalho onde profissionais e equipe se comunicam e interagem, entre si e com usuários, constituindo um contexto de trabalho favorável à articulação de ações comuns (PEDUZZI, 2001).

Nesse sentido, a Estratégia de saúde da Família fornece subsídios para a articulação desses encontros ao incorporar cenários, sujeitos e linguagens na assistência, aliando a interação entre diferentes áreas de conhecimento, profissionais e tecnologias. Contudo, há de se refletir que o cuidado deve se sobrepor a realização de procedimentos ou a organização de sistemas de saúde, deve ser uma ação integral que objetiva a saúde dos sujeitos como resposta às suas demandas e necessidades em saúde.

2.3- Demanda e necessidades em saúde, e oferta de serviços.

A saúde dispõe de estruturas complexas que influenciam os fatores de oferta e demanda de serviços. Os fatores que agem na demanda podem ser de origens variadas, como a necessidade sentida dos usuários, os fatores psicossociais, a seguridade social, a demografia, a epidemiologia, a utilização dos serviços, a regulamentação e os fatores culturais (ZUCCHI, NERO e MALIK, 2000). Para os autores, os fatores que agem na oferta são: progresso técnico-médico, multiplicação de locais de assistência à saúde e difusão da inovação em serviços de saúde.

A Demanda em saúde pode ser definida caracterizada como:

Algo que se constrói cotidianamente fruto de um inter-relacionamento entre normas e práticas que orientam os diferentes atores envolvidos (indivíduo, profissional e instituição), que formulam e implementam políticas de saúde, seja de uma localidade, de um estado ou país (PINHEIRO e MATTOS, 2003, p.12).

Os elementos que constituem a demanda em saúde estão relacionados a interações entre diversos fatores, sejam eles relacionados a sujeitos (profissionais, usuários e gestores), ou relacionados ao que se constitui como serviço de saúde (aspectos organizacionais, normativos, político-institucionais). Porém, quase sempre estão atrelados a “problemas de saúde”, doença, buscando uma concretude de algo muitas vezes complexo e subjetivo, de forma que se materialize em uma necessidade de saúde, dentro da racionalidade biomédica. Desconsidera-se, portanto, os contextos nos quais os sujeitos se inserem, seu modo de vida, sua cultura e seus costumes (FRANCO e MERHY, 2005).

Os modos de se fazer saúde devem estar baseados no respeito, combinando aspectos técnicos à realidade local e às necessidades expressas pelos usuários. Isso significa adotar posturas organizacionais críticas, que fujam dos modelos pré concebidos, considerados ideais, que buscam diagnosticar as demandas. Estes modelos transformam os desejos dos usuários em necessidades consideradas reais ou não para os profissionais, perpetuando assim, a dominação dos saberes técnicos. Desconsideram a subjetividade do usuário, onde a necessidade é, para ele, sempre real, uma vez que representa para o usuário algo concreto, embora nem sempre percebido pela escuta enrijecida dos modos tradicionais de serviços de saúde.

A busca cotidiana dos usuários por assistência se dá através da percepção que o usuário possui das práticas assistenciais ofertadas e a sua implicação com a produção da saúde (FRANCO e MERHY, 2005). A percepção nem sempre é objetiva, pois ela se forma em um campo simbólico construído pelo usuário, formando a ideia do que o serviço tem a lhe oferecer. Se essa ideia não for capaz de fazer com que o usuário se sinta protegido, ou seja, se a assistência prestada não coincidir com a ideia de cuidado construída por ele, formam-se ruídos nas relações usuário-serviço (FRANCO e MERHY, 2005). Para os autores, o mais importante é compreender que essa construção simbólica é socialmente construída e está relacionada a diversos fatores, como o perfil do serviço de saúde, as relações construídas entre profissionais de saúde e os usuários, e as características sociais e econômicas da população assistida.

Ainda para esses autores, outro aspecto a ser considerado é o fato da construção, ao longo dos anos, da produção de saúde baseada na realização de procedimentos. Isso fez com que as pessoas associassem o cuidado aos procedimentos, o que leva à construção da ideia de demandar por procedimentos e não por cuidado, por remédio e não pela escuta. Isso impacta na construção das relações, da organização e da operacionalização dos serviços.

Dá a necessidade da desconstrução desta ideia da busca por procedimentos, já enraizada, e uma mudança para um agir centrado nas relações usuário-centrado, com novas formas de se enxergar e fazer saúde. Isto ocorreria através da institucionalização de práticas acolhedoras, com espaços de escuta e fala nas relações assistenciais, fortalecendo o vínculo e a responsabilização dos usuários acerca de seu cuidado, aumentando a autonomia perante os serviços (FRANCO e MERHY, 2005).

As formas vigentes de organização das práticas de cuidado em saúde são muitas vezes centradas nas doenças, seus sinais e sintomas, com modos específicos de responder à elas, a partir de seus saberes e práticas técnicas, desconsiderando a subjetividade daqueles que os procuram. Isso aliado a processos de trabalho fragmentados configuram barreiras de acesso ao cuidado e uma grande tensão, vivida cotidianamente por usuários e profissionais. Parece existir uma constante “luta” entre o poder do saber em saúde.

CECÍLIO (2001) declara que as necessidades de saúde apresentariam: *“uma potencialidade que ajudaria trabalhadores, equipe, serviços e redes de serviços a fazer melhor escuta das pessoas que buscam cuidado em saúde, tomando as necessidades centro de suas intervenções e práticas”* (pág. 113). Porém, o autor também enfatiza o desafio de se conceituar as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários de forma a possibilitarem sua apropriação pelos trabalhadores em seu cotidiano, objetivando um cuidado mais humanizado e que conseguisse mediar toda a complexidade inserida nas necessidades de saúde apresentadas e o cotidiano dos processos de cuidado ofertados pelos trabalhadores.

Campos (1993) aponta para a importância de se evidenciar o que chama de necessidades invisíveis, ou seja, aquelas que não são explicitadas pelos usuários no momento que procuram o serviço de saúde. Essas necessidades invisíveis, segundo o autor, possibilitariam o planejamento, a programação, a orçamentação e a avaliação dos

sistemas e serviços de saúde, de forma a facilitar a adequação da oferta dos serviços à prevalência dos problemas de saúde autorreferenciados.

É necessário compreender demanda como uma necessidade, na medida em que ela representa uma expressão objetiva ou não de um sofrimento. Além disso, as necessidades de saúde podem ser entendidas como parte do processo de constituição do direito à saúde. Deve haver uma compreensão social da demanda na organização dos processos de cuidados ofertados e na formulação de políticas públicas de saúde. Requer uma reflexão acerca de todos os elementos envolvidos no ato de cuidar, a fim de que se possa melhor responder às necessidades apresentadas pelos usuários.

As necessidades de saúde, quando percebidas pelo indivíduo ou pelo profissional de saúde, podem dar origem à demanda por serviços de saúde e a satisfação dessa demanda depende da existência dos recursos necessários para produzir os serviços desejados (DONABEDIAN 1973).

Ao que parece, o planejamento está pautado nesta relação cotidiana de planos de atenção e necessidades subjetivas apresentadas, onde cada um parece ter um objetivo, embora busquem a mesma coisa que é o cuidado de forma integral e resolutivo. Essas necessidades representam grande parte do funcionamento do sistema de saúde, determinando o processo de utilização dos serviços. Contudo, o que se observa no cotidiano dos serviços é que o primeiro contato do usuário com este se dá pela queixa relatada. Nesse sentido, a dificuldade em se prestar um cuidado, e não uma atenção, onde somente a queixa é observada, é um grande desafio cotidiano. Muitas vezes não se alcança o que o usuário realmente demanda, algo que pode estar implícito em sua queixa. E pior ainda, existem as necessidades que originam ou não a demanda. Logo, o que existe é uma complexa trama de fatores subjetivos incutidos no contato do usuário com os serviços de saúde.

Esta complexidade de fatores tem sido descrita por diversos autores. Segundo o modelo de necessidades proposto por Hulka & Wheat (1985), o fator explicativo mais importante do uso de serviços de saúde é a necessidade de saúde dos indivíduos. Por sua vez, Wennberg (1985) argumenta que aspectos da oferta de serviços de saúde, tais como a disponibilidade de profissionais e o padrão da prática profissional, têm papel importante na explicação da variação da utilização entre diferentes áreas, por meio da chamada demanda induzida pela oferta. Baseado nisto, pode-se dizer que a influência

das necessidades de saúde sobre o uso de serviços depende, então, dentre outros aspectos, de como a oferta de serviços de saúde se organiza.

No Brasil, a oferta de serviços de saúde segue a “*Inverse Care Law*” (HART, 2000), não sendo distribuída segundo necessidades de saúde. Este modelo, traduzido como “Lei da Inversão de Cuidados de Saúde” caracteriza-se pelo princípio de que a oferta de serviços de saúde de qualidade tende a variar inversamente às necessidades da população assistida. Uma das razões para este modelo é o fato de que o gasto público federal per capita em saúde é bastante desigual entre os Estados brasileiros (PORTO et al., 2002).

A relação oferta/demanda pode ser entendida como a relação existente entre a capacidade de oferecer serviços e a necessidade de assistência de uma população (JESUS e ASSIS, 2010). Nesse sentido, o uso dos serviços de saúde depende de uma complexa relação entre as características do sistema de saúde e dos profissionais que prestam o cuidado, e das necessidades de saúde apresentadas pela população (DUTTON, 1986).

Contudo, a saúde deve ser entendida como algo mais amplo que a doença, e não depende somente dos serviços de saúde, por isso, é fundamental que os modelos de atenção incorporem as particularidades dos sujeitos e de seu contexto. Na saúde bucal isso não é diferente. É preciso vencer a dicotomia das práticas que separam a boca do corpo, objetivando atender melhor às necessidades dos usuários. Pois, por mais equânime que seja o acesso dos usuários aos serviços de saúde, persistirão ainda as iniquidades oriundas de outros determinantes, tais como desigualdades de renda e condições estruturais de vida, que influenciam na demanda por serviços de saúde.

2.4- Acesso e resolutividade

Acesso é um termo bastante complexo, que difere de acordo com os autores e que muda conforme o contexto em que é discutido, por isso, é pouco claro na sua relação com o serviço de saúde. A terminologia utilizada também é bastante variável. Alguns autores empregam o termo acessibilidade, com o sentido de algo que é acessível, outros preferem o termo acesso, como ato de ingressar, entrar.

No contexto desta pesquisa o sentido utilizado do termo acesso vai de encontro ao que o Ministério da Saúde emprega no sentido de acesso como “acessibilidade”. Representa a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, baseado em STARFIELD (2002, p.225) que diz: “a ‘acessibilidade’ possibilita que as pessoas cheguem aos serviços. Ou seja, este é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde e este aspecto é necessário para se atingir a atenção no primeiro contato”. Nesse sentido, parece mais adequado esta conceituação, embora possam ser encontradas inúmeras outras definições para o termo acesso.

A acessibilidade foi definida como um dos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde da população (DONABEDIAN, 2003). Nesse sentido, a acessibilidade seria uma característica da oferta de serviços que explicaria o uso, sendo bastante relevante quando se considera a equidade em saúde.

Starfield (STARFIELD, 2002) distingue acesso de acessibilidade. Ela refere a acessibilidade como características da oferta e o acesso como a forma com que as pessoas percebem a acessibilidade. Essa percepção pode ser influenciada por experiências anteriores com o serviço, por isso, essas experiências e as informações que dele recebem influenciam a forma com que as dificuldades e facilidades para se obter os serviços são percebidas, e, portanto, o acesso aos mesmos (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

Para Andersen (1995) o termo utilizado é acesso e representa a entrada nos serviços de saúde e a continuação do cuidado. Nesse caso, o acesso aos serviços de saúde seria influenciado por fatores individuais como: fatores predisponentes (algo que existe previamente ao surgimento do problema que o levou a procurar o serviço); fatores capacitantes (meios disponíveis para obterem os serviços); e as necessidades de saúde (condições percebidas pelos usuários ou identificadas por um profissional de saúde).

Posteriormente, Andersen citar amplia o conceito de acesso e incorpora dois elementos de utilização dos serviços: o “acesso potencial” (fatores individuais capacitantes ao uso dos serviços) e o “acesso realizado” (representa a utilização real dos serviços). Em revisões mais recentes, o autor introduz os conceitos de “acesso efetivo”, que resulta da satisfação do usuário com o serviço e melhora nas condições de saúde em

decorrência do uso dos serviços; e “acesso eficiente”, que está relacionado a mudanças na saúde ou na satisfação quanto ao volume de serviços consumidos. Além disso, Andersen também amplia o conceito de acesso realizado, incluindo o efeito da utilização dos serviços na saúde e na satisfação dos usuários (ANDERSEN, 1995).

O termo acesso também é utilizado por Penchansky e Thomas (1981) e concordam com Donabedian quando interpretam o conceito na relação entre os serviços e os usuários, mas diferem na ampliação do conceito para considerar a relação entre a oferta de serviços e os usuários, identificando várias dimensões como: disponibilidade de serviços em relação às necessidades; acessibilidade caracterizada pela adequação da distribuição geográfica com os usuários; acolhimento como a relação entre como os serviços se organizam para atender os usuários e como eles se adaptam a essa organização; capacidade de compra que é a relação entre o financiamento dos serviços e a possibilidade dos usuários pagarem por ele; aceitabilidade, que representa as atitudes dos profissionais e usuários quanto às práticas e características individuais.

No início da década de 90 o Comitê para o Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos propôs uma definição de acesso como uso de serviços de saúde em tempo adequado para a obtenção do melhor resultado possível, relacionando ao uso dos serviços à eficácia dos mesmos (TRAVASSOS E MARTINS, 2004). Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) relaciona acesso à efetividade e estabelece um conceito chamado de “cobertura efetiva”, onde relaciona a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o recebeu de forma efetiva (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

Para GIOVANELLA e FLEURY (1996) o acesso é essencial para a análise da relação usuário/serviços de saúde, sendo o desafio estabelecer acesso à saúde com acessibilidade e disponibilidade para a população, adequação funcional aos sistemas de saúde, capacidade financeira e aceitabilidade da população assistida.

O conceito da resolutividade dos serviços de saúde pode ser entendido como uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário. Ela pode ser avaliada por dois aspectos. O primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento especializado e, o segundo, dentro do sistema de

saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde.

Siméant, em 1983 realizou um estudo em que utilizou a capacidade resolutive para avaliar os serviços na zona rural do Chile levando em consideração dois aspectos: um quantitativo, considerando que a demanda varia no tempo e no espaço, e outro qualitativo, que se altera em função da etiologia das necessidades que motivam a demanda e da complexidade destas necessidades. Esse autor refere, ainda, que há dois tipos de demanda expressa pela comunidade: uma, espontânea, que surge das necessidades percebidas, e outra, induzida, decorrente das necessidades de prevenção nem sempre sentidas pela população, mas sim impostas pelo Estado, por meio dos programas de saúde pública.

De acordo com o estudo, a capacidade resolutive quantitativa depende do número e da distribuição de horas dos profissionais que se podem mobilizar para absorver a demanda onde e quando ela ocorre. É avaliada pelo número de clientes atendidos sobre o número de clientes que solicitaram o serviço, e o critério de mensuração será a taxa de demanda reprimida. O aspecto qualitativo da demanda depende da natureza e da complexidade dos recursos físicos, humanos, materiais, diagnósticos e terapêuticos envolvidos na prestação dos serviços. Este é avaliado pelo resultado do número de casos resolvidos sobre o número de casos atendidos, e o critério de medição será o número de clientes encaminhados. Do grau de capacidade dos recursos humanos e da tecnologia empregada nos serviços de apoio dependerá o grau de complexidade da prestação outorgada.

A resolutividade tem sido discutida com diferentes abordagens, e é possível dizer que ela envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, dentre outros. Como a percepção do cliente sobre determinado serviço é particular, é difícil identificar o que significa para ele um serviço ser capaz de resolver seu problema de saúde. Supõe-se que quanto maior a resolutividade de um serviço, mais voltado e preparado está para atender as

necessidades de saúde da população, mesmo que isto signifique encaminhá-lo para outro serviço para continuidade do atendimento.

2.5– A percepção do usuário

Com a implantação do SUS e, principalmente com a municipalização, os gestores locais buscam formas de avaliar o sistema de saúde de forma organizada e efetiva. Esta busca é reforçada pela ideia do respeito à condição dos cidadãos e pela luta constante pelo exercício da cidadania.

A partir dos anos 90, a ideia de humanização passa a ser parte do vocabulário da saúde, inicialmente como um conjunto de princípios que criticam o caráter impessoal e desumanizado da assistência, e que mais tarde são traduzidas em diferentes propostas visando modificar as práticas assistenciais (VAISTSMAN; ANDRADE, 2005). Atualmente, a necessidade de humanização das relações, principalmente profissional-usuário, com base no desenvolvimento de uma relação empática e verdadeiramente participativa, é uma das prioridades nos serviços de saúde.

De acordo com Mendes (1999) & Merhy (1997b), não basta a preocupação com os procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde, se não houver mudanças no modo como os trabalhadores da saúde se relacionam com o seu principal “objeto” de trabalho: a vida e o sofrimento dos usuários do serviço. Para satisfazer os usuários dos serviços é necessário ter primeiro uma compreensão mais aprofundada de suas opiniões e necessidades para, em seguida, construir processos de produção de cuidado que possam alcançar estas pessoas de forma efetiva e consistente.

Alves (2003) afirma que a percepção sobre algo permite tomar consciência do mundo e todo pensamento humano decorre de percepções, ou seja, as pessoas agem ou reagem de acordo com o que percebem e interagem com o meio ambiente a sua volta.

Merleau-Ponty (1971) reforça a ideia da percepção como uma experiência do sujeito que olha, que sente, que respira e reconhece o espaço como expressivo e simbólico. Para ele a percepção é a relação das pessoas com os objetos, com o espaço em que vive. Este filósofo ressalta a percepção como fenômeno essencial para o conhecimento da verdade, por isso, a temática da percepção como base para o

conhecimento do universo de pensamentos e valores dos usuários é de grande relevância nesta pesquisa.

Segundo Angelim (2002), a percepção é a forma como se vê o mundo, o modo segundo o qual o indivíduo constrói em si a representação e o conhecimento que possui das coisas, pessoas e situações. Percepcionar algo ou alguém é captá-lo por meio dos sentidos e também fixar essa imagem. Por isso, quando se considera a visão do usuário através da pergunta relacionada somente à satisfação ou insatisfação, deixam de ser contempladas considerações importantes como modos de vida, crenças, valores, aspectos que claramente influenciam os modos de utilização dos serviços de saúde (RUSSO, 2003).

O conhecimento direto da percepção dos usuários permite maior compromisso com a qualidade da atenção, possibilitando conhecer o que o usuário considera como “serviço ideal” (ATRIA *et al.*, 2000). É preciso enfatizar que o controle social, como princípio do SUS, instituído legalmente, implica na possibilidade dos usuários intervirem nos serviços de saúde, considerando tanto a proposição de políticas e ações quanto na cobrança de sua efetivação. Sendo assim, o fortalecimento deste conceito e o do incentivo a participação dos usuários, principalmente na Atenção Básica, pressupõem a concepção do usuário como corresponsável não somente pelo seu cuidado, mas pela gestão do Sistema, com competência para avaliá-lo, intervir e modificá-lo (JORGE *et al.*, 2007).

O papel do usuário como protagonista do sistema de saúde tem impacto na melhoria do serviço. Assim, é fundamental conhecer como os usuários percebem o atendimento prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento (DONABEDIAN, 2003).

CAPÍTULO 3

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1- Natureza do estudo

A presente pesquisa é um estudo de caso com abordagem qualitativa, do tipo exploratório, cujo conhecimento do contexto e da realidade dos participantes servirá como base para a compreensão e possíveis mudanças acerca dos serviços de saúde bucal ofertados. Trata-se de um estudo de caso que, segundo Andre (2005), tendo como suporte teórico Stake (1994) é uma forma de estudo que focaliza uma situação ou fenômeno particular, gerando conhecimento mais concreto e contextualizado, em consonância com os objetivos da pesquisa proposta.

Segundo Minayo (2006), um estudo de caso evidencia características de um determinado evento, situação ou fenômeno, descrevendo, analisando contexto, relações e percepções a respeito do que se está em questão. Fornece a possibilidade de uma visão profunda de algo complexo, respeitando a dinamicidade, o que pode gerar o descobrimento de novos sentidos, a expansão de experiências ou a confirmação do que já se sabia. Ainda para Andre (2005), um estudo de caso qualitativo atende a quatro características essenciais: particularidade, descrição, heurística e indução.

A primeira característica diz respeito ao foco numa situação, um fenômeno particular. A descrição significa o detalhamento completo da situação investigada. A heurística refere-se à compreensão do leitor sobre o fenômeno estudado, podendo revelar significados e experiências. A indução significa que os estudos de caso se baseiam, em sua maioria, na lógica indutiva.

Ao se abordar a prática do estudo de caso podemos destacar as técnicas e instrumentos que contribuem para a coleta de dados, dentre eles podemos destacar a observação participante, a pesquisa etnográfica, a entrevista e a pesquisa documental.

Como esta pesquisa é um estudo de caso, possui limitação temporal e geográfica, e seus dados são restritos à unidade de saúde estudada, ou seja, a Clínica da Família Victor Valla e a população por ela assistida.

No que se refere à pesquisa qualitativa, Minayo (2006) afirma que esta se caracteriza por um aprofundamento no mundo dos significados, cheios de motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, entendidos como parte da realidade social.

A pesquisa qualitativa tem sua origem, inicialmente, na Antropologia e na Sociologia, ganhando espaço, nos últimos 30 anos, nas áreas da Psicologia e da Educação. Objetiva a compreensão dos fenômenos sociais a partir das atitudes mentais e do sentido que os agentes conferem às suas ações, com vista à obtenção de um conhecimento intersubjetivo, descritivo e compreensivo (SANTOS, 2004).

Os métodos qualitativos e quantitativos não se excluem. São diferentes no que diz respeito à forma e à ênfase, mas não se pode afirmar que se oponham ou se excluam como instrumentos de análise. Enquanto o quantitativo baseia-se em mensurações e usa linguagem matemática para descrever, representar ou interpretar a multidiversidade de formas e possíveis inter-relações, o método qualitativo descreve, compreende e explica, aprofundando o tema levantado pelo quantitativo, voltando-se para os fenômenos e processos particulares de indivíduos e grupos sociais (MINAYO, 2006).

Compreender e interpretar fenômenos, a partir de seus significantes e contexto são essenciais na geração de conhecimento. O caráter descritivo da pesquisa e a intenção de compreender um fenômeno complexo na sua totalidade são os elementos que tornam propício o emprego dos métodos qualitativos nesta pesquisa.

Desse modo, considerar a visão dos participantes no processo da saúde, sejam eles profissionais de saúde ou usuários, permite incorporar novos olhares oriundos de contextos diversificados que são, muitas vezes, expressão de fenômenos sociais complexos, e sua compreensão precisa ser baseada no entendimento de que os aspectos subjetivos do contexto social podem ser mais importantes do que os dados estatísticos (HAGUETTE, 2007).

3.2– Cenário do estudo

A favela existe no cenário carioca desde o século XIX e sempre foi representada como uma cidade à parte, que muitos pretenderam eliminar, controlar ou esquecer (ALVITO, 2001). O “tipo ideal” se construiu a partir do Morro da Providência e do Morro de Santo Antônio, onde se foram associando esses espaços às ocupações ilegais, moradias precárias, sem infraestrutura e serviços urbanos. O “favelado” passou a

simbolizar o migrante pobre, semianalfabeto, biscateiro, incapaz de se integrar e se adaptar ao mercado de trabalho (PRETECEILLE & VALLADARES, 2000).

A favela tem em si enraizada a imagem das “classes perigosas”, população promíscua e sem moral, de costumes e hábitos repudiados, delinquentes, covil de bandidos, zona de crime e tráfico. (ALVITO, 2001). Mas o que se percebe é que esta visão muitas vezes preconceituosa não confere à realidade de milhões de pessoas que hoje vivem nessas comunidades, por opção ou não, estudantes, trabalhadores, mães e pais de família.

O proposto estudo está inserido em mais uma das inúmeras comunidades chamadas de favela no Rio de Janeiro. Localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, o Bairro de Manguinhos é composto por 13 comunidades. Segundo o Censo 2010, a área ocupada de Manguinhos possui mais de 36.610 habitantes em uma área de 261,84 hectares (2003), com 10.816 domicílios. Em relação ao ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o de Manguinhos era de 0.726 em 2004, ocupando o 122º lugar entre os 126 bairros pesquisados (MAGALHÃES et al, 2011).

A área está localizada às margens da Baía de Guanabara, como a própria denominação aponta para uma de suas descrições como área de manguezal e ocupada ao longo do século XX por moradias populares, coincidindo com a construção da Estrada de Ferro do Norte para ligar o Rio de Janeiro a Petrópolis e Três Rios. Outro estímulo à ocupação da área foi a criação em 25 de maio de 1900 do Instituto Soroterápico Federal, na fazenda de Manguinhos, sob a direção técnica de Oswaldo Cruz (LABORATÓRIO TERRITORIAL DE MANGUINHOS, 2014). As décadas de 1940 e 1950 houve profunda ocupação da região atrelada a vários determinantes político-sociais, além da abertura de eixos viários (Avenidas Leopoldo Bulhões e Brasil, Rodovia Rio-Bahia) e aterramento das áreas marginais à Avenida Leopoldo Bulhões.

Desde a década de 1970 o crime organizado atua no local. Muitos confrontos com facções rivais e com a polícia fizeram com que o local ficasse reconhecido como uma das regiões mais violentas do município. Em 2012 a polícia iniciou processo de pacificação de Manguinhos, e em 16 de Janeiro de 2013 a comunidade passou a ser ocupada pela 29º UPP com um efetivo de 588 policiais (FERNANDES e COSTA, 2013). Porém essa representação do Estado, que visa cumprir os deveres deste em áreas como saúde, educação e segurança, muitas vezes se dá como forma de agressão à rotina

e cultura local, se constituindo mais uma intromissão do Estado do que uma melhoria de infraestrutura.

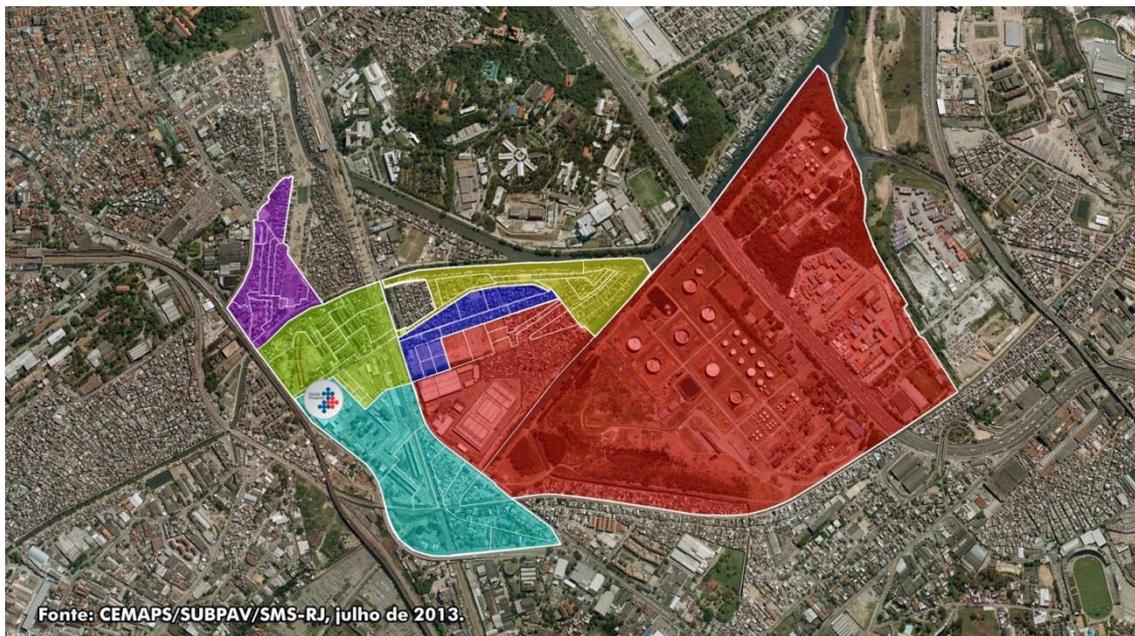
O que se vê constantemente são embates velados, repletos de preconceito e racismo, entre oficiais e moradores. Isto, associado à atrofia das atividades econômicas tradicionais nas favelas, como TV a cabo ilegal e os bailes que atraíam muitos consumidores para as favelas, fazem com que o tráfico resista e encontre apoio. Ele não pode ser designado “poder paralelo”, em muitos locais ele representa o poder consolidado, aquele que efetivamente exerce poder na rotina diária de seus moradores. A força policial do Estado passa a ser o paralelo, aquele quase incompatível, não efetivo e que submerge à força do poder local.

Em um antigo galpão do Exército passaram a funcionar algumas das estruturas sociais da região, como a Biblioteca Parque de Manguinhos, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), a Clínica de Saúde da Família Victor Valla, o Centro de Referência da Juventude (CRJ), a Casa da Mulher, o Centro de Apoio Jurídico, o Núcleo de Geração de Trabalho e Renda, a Escola Estadual Compositor Luís Carlos da Vila e o Centro Esportivo-Aquático (FERNANDES e COSTA, 2013).

A população conta com a Clínica da Família Victor Valla (Mapa 1) para o atendimento da sua população adscrita desde abril de 2010, e em agosto de 2013 totalizou 18.841 pessoas cadastradas² (CFVV/SET 2013), sendo esta população jovem, em sua maioria na faixa entre 20 e 39 anos.

² FONTE: Seminário Accountability da Clínica da Família Victor Valla. Dados obtidos através do SIAB de agosto de 2013.

Mapa 1 – Território com área de abrangência da CFVV.



FONTE: <http://smsdc-csf-victorvalla.blogspot.com.br/p/cfvv.html>

A Clínica conta com 124 profissionais para realizar o atendimento a essa população, estando dividida em 7 equipes, que têm a sua população adscrita conforme mostra a tabela 1 a seguir. Seu espaço físico conta com 11 consultórios médicos, 3 consultórios odontológicos, 1 escovário, 1 sala de vacinação, 1 sala de curativos, 1 sala de coleta de exames, 1 sala de realização de procedimentos, 1 sala de classificação de risco, 1 sala de reunião de grupo, 2 salas de administrativo/gerência, 1 sala de agentes de saúde, e 1 espaço de Educação Permanente, que inclui sala de reunião, laboratório de informática e auditório. A farmácia localiza-se em anexo, junto com a Farmácia Popular. Algumas estruturas internas são compartilhadas com a UPA, como copa, banheiros e refeitório, uma vez que esta é anexa à Clínica, e é separada apenas por portas.

Vale lembrar que todos os dados desta pesquisa foram obtidos no segundo semestre de 2013.

Tabela 1 – POPULAÇÃO POR EQUIPE

Equipes	Numero de Pessoas cadastradas 1	% das pessoas cadastradas com CPF ou DNV 2
Total **	18.841	33,6
CONJUNTO HABITACIONAL PROV. 2	3543	29,3
CONSULTORIO NA RUA	800	9,5
DESUP	2196	51,3
MANDELA DE PEDRA	3317	31,0
NELSON MANDELA	3017	35,7
SAMORA MACHEL	3149	24,5
VILA UNIAO	2819	43,3

FONTE: Seminário Accountability da Clínica da Família Victor Valla. Dados obtidos através do SIAB de agosto de 2013.

Há a presença de residentes e do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), com 2 educadores físicos, 1 médico cardiologista, 1 ginecologista, 1 geriatra, 1 pediatra, 1 psiquiatra, 1 fisioterapeuta, 1 psicóloga e 1 farmacêutico.

Também estão presentes alunos de graduação e residências médica e multiprofissional. Existe, ainda, a presença de uma equipe de Consultório na Rua (eCR), composta por 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 médico, 1 assistente social, 1 psicólogo, 3 agentes de ação social, 1 cirurgião dentista e 1 auxiliar de saúde bucal.

A saúde bucal possui um total de 4 equipes, todas modalidade 1 (1 CD e 1 ASB), tendo 1 TSB com exclusividade para as ações de Programa Saúde do Escolar (PSE) e 1 ASB somente para as ações educativas de Promoção da saúde. Vale lembrar que 1 equipe de saúde bucal é destinada ao atendimento dos usuários do consultório na rua, enquanto as outras 3 equipes realizam o atendimento aos usuários das equipes, tendo a proporção de 1 ESB para 2 ESF, o que representa uma responsabilidade de aproximadamente 6.500 pessoas para cada ESB.

Nesse sentido, trabalhar as dificuldades no cuidado consolidadas com políticas onde a proporção de 1 dentista responsável pela população de até 3 equipes, metas a serem alcançadas que não retratam a realidade diária dos serviços e não refletem os anseios da população é um grande desafio. Além disso, esta característica diferenciada de acesso aos serviços de saúde, integrando um mesmo local equipes de saúde da família, eCR e uma UPA em anexo e trabalhar a articulação desses diversos serviços, de

forma a garantir um cuidado adequado aos usuários de contextos tão diversos e complexos é um grande desafio.

Sendo assim, para refletir sobre estas práticas de cuidado, os sujeitos participantes desta pesquisa foram os usuários da Odontologia da Clínica da Família Victor Valla, que tinham tido algum tipo de contato com qualquer das ações de saúde bucal ofertadas.

3.3- Instrumentos de coleta de dados: a entrevista

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi a entrevista do tipo semi-estruturada. Segundo Haguette (2007) a entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas onde o entrevistador objetiva a obtenção de informações por parte da outra pessoa, o entrevistado.

Zelditch Jr (1969), para fins de esclarecimentos, estabelece uma diferenciação entre o informante e o entrevistado. O primeiro prestaria informações presumidamente corretas a respeito dos outros, não de si, sobre situações das quais não participou. Já o segundo fala sobre si.

As entrevistas semi-estruturadas se caracterizam por combinar perguntas abertas e fechadas, dando a oportunidade do entrevistado discorrer sobre o tema. O pesquisador deve seguir questões previamente definidas, mas em um contexto informal, uma vez que permite, através das perguntas abertas, uma maior liberdade de expressão ao entrevistado. O entrevistador poderá dirigir no momento em que julgar necessário, a discussão para o assunto que o interessa, mantendo, assim, o contexto do tema proposto.

Este tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, direcionando para o tema de interesse, a fim de que os objetivos definidos sejam alcançados (BONI & QUARESMA, 2005). Ainda segundo os autores, também permite cobertura mais profunda sobre determinados assuntos, além de favorecer a interação entre entrevistador-intervistado, gerando respostas mais espontâneas e colaborando para a investigação de aspectos valorativos dos entrevistados. Estes aspectos favorecem o surgimento de questões inesperadas, não planejadas, mas que podem ser de grande valor para a pesquisa.

Marzini (1990/1991) declara que a entrevista semi-estruturada está focalizada em um assunto, sobre o qual estabelece-se um roteiro de perguntas, que podem ser complementadas com outras, de acordo com o momento da entrevista. Para autor este tipo de entrevista gera informações de forma mais livre e as respostas não são condicionadas a alternativas. O mesmo autor (MARZINI, 2003) salienta que a elaboração de um roteiro para entrevista é uma forma de planejamento da coleta de informações afim de que se atinjam os objetivos da pesquisa.

Na entrevista os vieses podem acontecer de diversas formas. No próprio roteiro, no entrevistado, na interação entre entrevistado-entrevistador e na pessoa do entrevistador. Fonte do entrevistado há de se considerar que as afirmações passadas refletem um retrato do seu mundo, devem ser levadas em conta seus valores, opiniões, aspectos emocionais e sociais. Segundo Dean&Whyte (1969, p. 105) “*as afirmações do informante representam meramente sua percepção, filtrada e modificada por suas reações cognitivas e emocionais e relatadas através de sua capacidade pessoal de verbalização.*”

Outros aspectos devem ser considerados como capazes de interferir na qualidade dos dados por parte do entrevistado: motivos ulteriores (quando ele pensa que suas respostas podem influenciar situações futuras); quebra de espontaneidade; desejo de agradar; fatores idiossincráticos (algo ocorrido no intervalo entre entrevistas) e conhecimento sobre o assunto (habilidade de se lembrar de fatos, de expressá-los). Na fonte entrevistado-entrevistador, pode-se destacar o tipo de relacionamento que o entrevistador tem com o entrevistado, com o campo. Na fonte entrevistador pode-se considerar fonte de viés características próprias dele (como raça, idade, sexo), pré-julgamentos, juízos de valor.

Para permitir a contextualização da entrevista, fornecendo informações sobre o comportamento dos entrevistados, suas relações, falas, permitindo a captação com maior riqueza de detalhes da realidade local e pessoal de cada entrevista foi utilizado, também, o diário de campo como instrumento de observação direta realizada. O diário de campo consiste num instrumento de anotações, uma forma de registrar observações, comentários e expressões, que servirão para melhor caracterização do campo de estudo (MINAYO, 2006). No diário de campo se anotam observações de fatos ocorridos, acontecimentos, relações verificadas, experiências do investigador, bem como suas reflexões e comentários.

3.4- Seleção dos entrevistados

Foram realizadas 3 entrevistas piloto como teste para as questões da matriz utilizada. Após ajuste no roteiro de entrevistas, foram realizadas 15 entrevistas, sendo 3 de usuários da equipe de Nelson Mandela, 5 de CHP2, 2 de Vila União, 2 de Desup e 3 de Consultório na Rua. Foi realizada a técnica de saturação teórica para delimitação e suspensão de novos entrevistados.

Como critérios de inclusão foi determinado que os usuários deveriam ter idade a partir de 18 anos, e que já tivessem tido algum tipo de contato com a saúde bucal na Clínica no ano de 2013. Eles foram selecionados através de dados obtidos no sistema de informação da unidade, o ALERT, tendo sido utilizados filtros baseados nos critérios de inclusão referidos.

A saturação teórica é definida como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar certa redundância ou repetição (DENZIN, 1994). Ou seja, quando a participação de novos sujeitos pouco acrescentaria ao material já obtido.

A inclusão do grupo de pessoas com algum contato objetiva conhecer a percepção de usuários que já tenham tido experiência com o serviço oferecido, partindo do princípio que estes têm algo estabelecido a declarar, e não uma percepção sobre algo prestado a outrem ou baseado na visão de terceiros. A opção pelo período de tempo configura-se devido à conformação das equipes de saúde bucal terem se modificado bastante com a chegada de novos profissionais, além de mudanças nos processos assistenciais.

Vale ressaltar que todos os participantes, foram apresentados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (ANEXO I), antes da entrevista, o qual autorizava a realização da pesquisa e o uso dos dados obtidos nesta.

As entrevistas foram realizadas nas residências, através de visitas domiciliares, porém os usuários atendidos pela eCR (equipe de Consultório na Rua) foram entrevistados na própria clínica. A fim de que fossem entrevistados perfis diferentes de usuários da eCR, um encontrava-se num abrigo, outro vivendo na rua e a terceira, possuía casa e família, marido e filhos, porém passava os dias da semana consumindo drogas e dormindo na crackolândia, depois retornando para sua casa. Todos os contatos

com os usuários foram intermediados por ACS, inclusive a eCR, cabendo a eles a condução da entrevistadora até as residências dos entrevistados.

A opção pela utilização da visita domiciliar visou facilitar a fluidez do diálogo a partir do momento em que o entrevistado encontrava-se em “seu ambiente”, algo que lhe era familiar e acima de tudo privado. Além disso, diminuía-se a possibilidade de interrupções, trânsito de pessoas ou a preocupação com outros compromissos, fatores que poderiam interromper o fluxo de ideias. É importante também esclarecer que apenas 1 pessoa foi entrevistada por domicílio, a fim de eliminar a influência de um membro da família sobre a opinião de outro, e para diversificar mais a amostra.

Procurou se estabelecer contato com usuários de diferentes regiões dentro da área de abrangência, uma vez que elas correspondem não só às equipes com profissionais diferentes, mas devido à própria diversidade sócio-econômico-cultural existentes. Por isso, foram captados no mínimo 2 usuários de cada equipe, a saber, foram excluídos da pesquisa usuários das equipes de Mandela de Pedra e Samora Machel, por serem as equipes por mim atendidas, entendendo que sendo o entrevistador o responsável pelo atendimento dos usuários poderia haver algum constrangimento ao entrevistado.

O tamanho do grupo entrevistado é secundário em pesquisas qualitativas. É necessário considerar a representatividade dos elementos participantes para a discussão proposta e a qualidade das informações obtidas. No entanto, por necessidade de “fechamento” amostral, se estabeleceu a interrupção da seleção de novos entrevistados quando já se teve contemplado elementos com conteúdo o suficiente para a análise do contexto proposto, ou seja, o acréscimo de informações não alteraria a compreensão do tema. Para isso, o conteúdo foi analisado de acordo com os temas propostos na matriz norteadora da pesquisa, notando-se que as informações obtidas já contemplam respostas aos objetivos da pesquisa, sucedeu-se a suspensão de novos participantes.

As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente. O uso do gravador, segundo May (2004), permite que o entrevistador concentre-se na conversa e registre gestos não verbais do entrevistado durante a entrevista. Os usuários receberam nomes fictícios para que não houvesse identificação dos mesmos.

O roteiro utilizado neste estudo seguiu uma matriz norteadora (ANEXO II), onde estavam contidas as perguntas formuladas que seriam dirigidas aos entrevistados. Esta matriz objetivou nortear a coleta de dados sem que fosse perdida a coerência entre

os temas a serem problematizados e o discurso livre do entrevistado. Além disso, facilitou a organização dos dados no momento da análise.

3.5– Análise e interpretação dos dados

Os dados qualitativos foram transcritos e analisados pelo método de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). A Análise de Conteúdo de Bardin é definida pela mesma:

“Como um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações” (BARDIN, 2011, p. 37).

Dentre as técnicas de Análise de Conteúdo, foi realizada a análise categorial, através de desmembramento do texto em unidades e categorias.

A reflexão sobre os serviços de saúde da unidade de saúde da família selecionada se deu através do que o usuário percebe sobre o mesmo. Para isso, partes dos discursos foram divididas por temas, seguindo o que se pré estabeleceu na matriz norteadora das entrevistas, formando categorias temáticas. Foram selecionados fragmentos das falas dos entrevistados que expressavam as ideias dos mesmos em relação aos temas. A disponibilidade dada aos entrevistados para expressarem a ótica de sua percepção como usuário despertou na maioria uma oportunidade de desabafo, o que possibilitou expressar o que realmente vivenciam.

Inicialmente foram pensadas as seguintes categorias para a análise: acesso, resolutividade, vínculo e participação social. Porém, com o trabalho de campo observou-se que esta última categoria, participação social, não foi contemplada na opinião dos usuários, enquanto outras duas categorias, a demanda de saúde e a oferta dos serviços apareceram de forma contundente nas entrevistas. O cuidado também surgiu como categoria, apresentando as subcategorias vínculo e acolhimento.

Logo, ficaram definidas as categorias: acesso, resolutividade, demanda, oferta e cuidado, este com as subcategorias acolhimento e vínculo.

Na análise, buscou se considerar o discurso dos entrevistados tal como foram expressos, objetivando apreender sobre a capacidade de entendimento, observação e modificação de cada indivíduo em seu cuidado. Posteriormente, foi realizada a

categorização dos dados, buscando realizar uma descrição das ideias centrais contidas no discurso de cada entrevistado, levando em consideração os temas relatados na matriz norteadora da entrevista.

Os resultados foram descritos buscando responder aos objetivos específicos, com a distribuição de categorias analíticas inseridas no texto. Esta opção foi adotada por se tratarem de categorias que se encontram interligadas, de difícil desconexão umas das outras. A descrição da análise pelas categorias tornaria o texto repetitivo, uma vez que em uma mesma fala de usuário podem ser observados aspectos de uma ou mais categorias analíticas. A apresentação das falas dos entrevistados foi através de registros fidedignos. As falas dos entrevistados foram cruciais para o entendimento da *lógica interna* do grupo entrevistado e da coletividade (MINAYO, 2012).

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 – Descrição dos serviços de saúde bucal ofertados pela Clínica da Família Víctor Valla.

Os serviços de saúde bucal da clínica organizam-se baseados no planejamento das ações assistenciais realizadas através das reuniões com a ESB e com demais componentes das equipes, contando com a participação dos usuários através de fóruns nas comunidades. Esta participação encontra-se bem evidente em algumas equipes, porém discreta em outras, tanto em relação ao número de usuários participantes quanto em relação à participação. Geralmente as opiniões são expressas através de reclamações, não como sugestões, o que dificulta o planejamento conjunto, faz com que a equipe modifique os processos de trabalho mediante tais reclamações de uma minoria da população que participa. As opiniões e sugestões são sublimadas, predominando diálogos baseados muitas vezes, em relações desgastadas entre usuários-profissionais, refletindo um sistema cheio de barreiras e deficiências na comunicação com o usuário.

O planejamento dos fóruns também é irregular, algumas equipes os fazem de forma mais assídua, os divulgam e organizam, outras equipes não. Talvez esse possa ser um dos motivos pelos quais existe pouca adesão aos fóruns e, conseqüentemente, haja subutilização deste importante espaço coletivo de participação social.

O atendimento odontológico obedece, portanto, a fluxos estabelecidos pela equipe de saúde bucal, pactuados com as equipes e com a comunidade nos fóruns, embora tenha suas dificuldades de comunicação, como relatados acima. O atendimento clínico em casos de urgência é chamado de “livre demanda”, quando o usuário comparece à unidade com uma queixa e recebe um atendimento para melhora do seu quadro agudo. Este atendimento ocorre sem agendamento prévio ou horário específico, os dentistas em atendimento clínico no momento são responsáveis pelo cuidado ao usuário, independente de ser da sua equipe ou não. Lembrando que frequentemente, para a solução definitiva do caso, o usuário deve ser agendado pelo dentista responsável pela comunidade onde mora.

Esse agendamento segue a regra de que o primeiro contato do usuário com o atendimento clínico odontológico se dará através das atividades educativas. A participação nas atividades educativas é uma forma de garantir a sensibilização para a importância da saúde bucal e para o desenvolvimento do autocuidado, essenciais para a manutenção da saúde bucal após o término do tratamento clínico. O acesso ao tratamento clínico odontológico se dá de três formas: através da visita domiciliar, de grupos prioritários ou por agendamento livre.

As visitas domiciliares são realizadas pelo dentista, ASB e com o agente comunitário de saúde nas famílias identificadas como vulneráveis. Esta designação pode ser dada pela identificação de características socioeconômicas que sugerem maior risco de adoecimento, como, por exemplo, famílias que recebem Bolsa Família, ou outras que o agente comunitário sinalize que se encontra em condições desfavoráveis. Os usuários com dificuldade de locomoção e acamados também representam prioridade para as visitas, bem como para a realização de procedimentos no domicílio.

Os grupos prioritários são estabelecidos de acordo com a possibilidade dos problemas de saúde bucal agravarem ou gerarem intercorrências numa condição sistêmica ou vice-versa, como é o caso das gestantes e dos usuários que apresentam diabetes. O agendamento livre ocorre para os usuários que não se encontram nem em condições vulneráveis nem nos grupos prioritários, mas que desejam tratamento odontológico. Ele ocorre através da disponibilização de um determinado número de vagas, que ficam acessíveis ao agendamento dos usuários direto no setor até que sejam esgotadas, não tendo hora determinada para marcação, ficando disponíveis ao acesso. Estas vagas para marcação são estabelecidas pelos dentistas de acordo com a disponibilidade de espaço físico da clínica, um dia a cada mês, sendo que a marcação ocorre até as vagas serem preenchidas, o que geralmente acontece em minutos, devido à grande demanda existente.

Dentro das ações assistenciais as equipes são responsáveis pelo atendimento clínico dos usuários, o que inclui, em caso de necessidade, o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas. Este se configura um “mundo” muito conhecido dos usuários que já conhecendo a dificuldade para o agendamento das especialidades, muitas vezes desistem de realizar o procedimento. Isto se dá pela demora no agendamento de algumas especialidades, como a endodontia, que ocasionam a perda do dente por fratura. Sem falar dos dentes com cáries maiores, onde há perda

maior estrutural que se encontram fora dos “protocolos” estabelecidos na rede.

Existem ainda outras dificuldades como no transporte até o local da consulta, dificuldades em se adequar aos horários agendados, seguido por remarcações das consultas nas unidades de referência, fatores que frequentemente tornam desgastante o tratamento e comprometem a resolutividade.

Quando os agendamentos acontecem, a guia de referência, instrumento que o usuário deve levar consigo ao local onde foi agendado, deve ser entregue pelo agente comunitário de saúde na residência do usuário. A guia é assinada e é realizado um reforço sobre a importância no comparecimento à consulta, uma vez alguns desistem do agendamento por considera-lo distante ou de difícil acesso. Quando terminam o tratamento especializado os usuários devem retornar para a unidade básica, o que não ocorre com muita frequência. Um exemplo da dificuldade na continuidade do cuidado, é que a equipe de saúde bucal deveria realizar a busca ativa destes usuários se os mesmos não retornassem, o que acaba não ocorrendo em função da grande demanda de atividades a serem realizadas, dos atendimentos a serem executados e das metas a serem alcançadas.

O nível terciário também apresenta fragilidades. O diálogo entre profissionais de saúde bucal da atenção básica com os hospitais e unidades de pronto-atendimento (UPAs) é inexistente, e depende do esforço individual do profissional que tem a necessidade demandada. O usuário deve aguardar vaga pelo sistema de regulação ou o dentista tem que pedir ao médico de uma UPA, pois nem toda unidade de pronto atendimento possui dentista. Quem necessita de atendimento de urgência nos horários fora dos de atendimento da unidade básica procuram por conta própria atendimento em locais onde haja atendimento odontológico 24 horas, peregrinando por unidades pronto-atendimento ou hospitais abarrotados, que deveriam ser destinados somente a casos graves.

Quando, na unidade básica, se identifica um caso com necessidade de atendimento de nível terciário, no caso de infecções odontogênicas mais graves, o dentista, juntamente com o médico da equipe de saúde da família solicita internação. Contudo, isso nem sempre é rápido e a unidade básica não consegue garantir agilidade neste acesso ao serviço, pois depende de vagas disponíveis para internação, denunciando assim, a fragmentação da Rede de Atenção à Saúde.

As ações assistenciais ofertadas pela equipe de saúde bucal estão organizadas em uma semana de trabalho composta por dez turnos e geralmente configura-se em: cinco turnos de atendimento clínico, um turno de visita domiciliar, um de atividade educativa, um de colegiado e educação permanente e dois de reunião de equipe, uma vez que o dentista deve estar presente nas reuniões das duas equipes das quais faz parte. A equipe do consultório na rua, pela especificidade de seu atendimento, possui oito turnos de atendimento, um de reunião de equipe e um de colegiado e educação permanente.

A configuração das agendas de cada profissional geralmente é definida segundo características individuais dos mesmos, embora sigam um padrão comum. São agendados em média seis usuários por turno, com a realização de dois ou mais procedimentos por consulta, a fim de reduzir o tempo em este usuário permanece em atendimento. Isso possibilita otimizar o número de altas de tratamento, oferecendo oportunidade para mais usuários além de responder a uma das metas da gestão que é a de altas de tratamento odontológico. Além disso, as chamadas “livres demandas” são absorvidas em sua totalidade e não existe previsibilidade em seu número por turno, pois não há restrição no acesso.

O horário de atendimento segue o horário de funcionamento da unidade, de oito da manhã às vinte horas de segunda à sexta. Cada dentista faz quatro dias da semana de oito da manhã às cinco da tarde e um dia das onze às vinte horas. Esse horário possibilita acesso aos serviços de saúde para usuários que não podem fazê-lo até às 17 horas. Também aos sábados um dentista, determinado através de uma escala, realiza o atendimento às livres demandas e a usuários que não podem frequentar a Clínica durante a semana. A equipe de consultório na rua segue o horário de oito da manhã às cinco da tarde todos os dias, e não faz o horário das dezessete às vinte horas.

A estrutura física conta com equipamentos antigos para o atendimento clínico, os quais, devido ao volume grande de atendimentos diários e a manutenção deficiente, apresentam defeitos com frequência. Os insumos, de uma maneira geral, correspondem às necessidades do serviço e seu abastecimento é regular, exceto os kits odontológicos, que são “kits” com escova, pasta de dentes e fio dental, que pelo volume demandado muitas vezes não se consegue o reabastecimento tão rápido e algumas atividades que dependem de uma quantidade grande ficam prejudicadas.

A meta estabelecida pela gestão de entrega de kits para famílias incluídas no programa Bolsa Família é priorizada, e os demais usuários não incluídos neste acabam

por não receber o kit, uma vez que não há mais disponível. Desse modo, as atividades educativas envolvendo escovação na unidade e nas escolas muitas vezes não são executadas pela carência desses insumos.

Junto com a entrega dos kits são realizadas as atividades educativas, chamadas de grupos, onde são realizadas instruções de higiene bucal, com a realização das mesmas sob a supervisão de um profissional. Esta atividade encontra-se entrelaçada à entrega do kit, embora não seja a atividade educativa meta da gestão, somente a entrega de kits. Além disso, é utilizado um protocolo do serviço de saúde bucal da CFVV onde o atendimento clínico programado se inicia sempre com os grupos de promoção de saúde bucal, a fim de que os usuários saibam realizar a higiene em casa e possam manter sua saúde bucal após finalização do tratamento, proporcionando assim, subsídios para o autocuidado e conseqüentemente, melhora na sua qualidade de vida, conforme dito anteriormente.

4.2- Demanda e necessidade dos usuários versus oferta de serviços

Melhorar a qualidade de vida das pessoas, evitando o adoecimento e a dor é um dos objetivos quando se fala em saúde. No entanto, uma visão menos preventiva e mais curativa é o que se notou nas entrevistas. A busca pelo serviço ocorria principalmente por demandas de dor no dente e, em menor frequência, por problemas relacionados ao comprometimento da função dentária, tais como o amolecimento dos dentes por problemas bucais, gerando dificuldades na mastigação e dor. Por isso, os usuários demandam por tratamento odontológico, o que para eles significa a realização de procedimentos clínicos assistenciais e não de ações educativas e preventivas.

Alguns usuários desejam “arrancar um dente”, pois como identificam um problema dentário através da dor querem que seu problema seja resolvido da forma que tradicionalmente a população está acostumada, tida como a mais resolutiva para eles. No imaginário da população, somente retirando a causa da dor, o dente acometido, se teria a garantia de que a dor não voltaria, pois realizar o tratamento não impede do dente voltar a gerar problemas, ele ainda está presente e pode voltar a adoecer. A dificuldade de acesso a tratamentos dentários fez com que as pessoas não tivessem garantia de atendimento, logo, o medo de que a dor dentária retornasse e não pudessem ser

atendidos. Criou-se então uma cultura de que somente retirando o dente nunca mais se teria dor nele. Ele não estaria mais presente.

As urgências devido aos problemas dentários também são fatores de procura aos serviços:

Ele [o meu filho] tava com dor, o queixo muito inchado, tipo um abscesso muito grande que ele não comia e nem bebia e nem falava. Depois vieram aqui [na casa] e marcaram todo mundo. Passou pra família toda [tratamento odontológico] (Sandra).

Os usuários do consultório na rua, por sua vez, possuem características distintas na procura pelos serviços. Quase sempre demandam por dor e atendimento devido a complicações de procedimentos realizados em outros locais ou realizados por eles mesmos, como relatam:

Eu tava tão sentindo dor que chegou uns rapazes lá, lá no abrigo pra ver negócio de dente eu fui...pô sentindo dor eu fui arrancar com eles, arrancou e até hoje eu tô sentindo dor, acho que eles não arrancaram totalmente [o dente] (...) nem ponto eles me deram, ainda tá aqui grandão aberto e tô sentindo dor. (Marcos).

(...) eu tinha arrancado [um dente] drogada mas ficou a raiz, foi só essa extração porque eu não podia fazer o que tinha que fazer (...) porque eu tava gestante. (Juliana).

A dificuldade de acesso ao cuidado perante uma necessidade, ou até medo dos procedimentos, faz com que eles tentem resolver seus problemas sozinhos, ocasionando quadros de complicações de saúde. São usuários acostumados à indiferença social e a resolver suas queixas de saúde por conta própria, pois são marginalizados pelos serviços públicos.

O fato da base da eCR ser na Clínica da Família garante um local de referência aos seus usuários e uma especificidade à clínica. Os usuários do território convivem no mesmo ambiente que os usuários do Consultório na Rua, que muitas vezes encontram-se com roupas sujas e odores desagradáveis. Muitos apresentam problemas de saúde como lesões em pele por feridas decorrentes de problemas de saúde, lesões por agressão, sintomas de doenças como a tuberculose. Todos procuram o serviço com algum sofrimento, dores físicas ou emocionais e quase sempre são vistos de forma

diferente, como sendo “à parte” no ambiente da clínica, bem como o reflexo de como a sociedade os enxergam.

Outra característica interessante deste grupo é o fato da procura “por indicação” de outra pessoa. Foi observada a necessidade de se sentir “seguro” com o profissional, talvez por ter que expor sua condição social, por medo dos preconceitos e julgamentos, ou por experiências de marginalização da sociedade. Os três entrevistados relataram terem sido indicados por outros usuários que utilizaram o serviço e gostaram.

Foi através de um colega meu, ele se consultou aqui, passou pelo doutor, falou super bem do doutor, falou 'pode ir lá que seu problema já tá resolvido (João).

Marcos faz relato parecido:

A primeira vez eu vim por mando de um... que eu tô no abrigo, vim a mando de uma pessoa, de uma pessoa...que me trouxe até hoje, pra eu tratar...

Algumas demandas não conseguem ser respondidas pelo serviço. É o caso de algumas especialidades odontológicas que possuem o acesso restrito, como a Ortodontia. Somente alguns procedimentos estão incluídos no protocolo para atendimento, e dentro de determinada faixa etária. Os “dentes tortos”, “os dentuços” continuam na condição de exclusão de tratamento, o que apesar de parecer irrelevante pode ser o diferencial para reduzir a discriminação e a exclusão social.

O que dizer, então, da especialidade capaz de reabilitar socialmente um indivíduo. A prótese apresenta-se em um cenário bem delicado, com acesso e oferta de serviços muito limitada, o que contrasta com as marcas deixadas por anos de políticas de saúde bucal mutiladoras e exclusivas, e tão observadas na vivência diária pelas ausências dentárias. Impressões na dentição do estigma da condição social e das desigualdades existentes. É uma especialidade em processo de expansão dos serviços, mas cuja demanda é considerável e que não tem encontrado resposta positiva no acesso aos serviços. Com relação a essa especialidade, um usuário questiona a deficiência dos serviços como algo que tange inclusive a resolutividade, ele diz:

(...) a gente consegue fazer o canal mas o SUS também não coloca bloco no nosso dente. Isso é uma coisa que eu vejo como falha também no sistema [de saúde] (Jorge).

Outro usuário complementa, dando sua impressão de forma bem particular:

Meu sonho é tratar dos meus dentes. É andar, curti...porque eu acho que o dente é a carta postal da pessoa (...) Queria que tivesse mais [profissionais]...que cobrisse mais as necessidades, falta coisa, e que aqui pudesse ceder aparelhos de correção dentária. (...) Meu sonho é colocar nos meus dentes assim pra eles poder... [fez um sinal com o dedo como se eles estivessem alinhados] (Marcos).

Outra questão não correspondida é a inexistência de um sistema de revisão, no qual os usuários que tem tratamento finalizado retornam em determinados períodos, após a alta para a manutenção e controle da saúde bucal. Hoje, somente alguns casos específicos avaliados pelo dentista, que precisam de acompanhamento contínuo e frequente estão incluídos neste sistema de revisão. Os usuários têm que enfrentar as mesmas dificuldades de marcação meses depois se quiserem nova avaliação do dentista.

O problema do acesso ainda escasso aos serviços de saúde contrasta com a necessidade social da população, ocasionando uma grande demanda. Esta demanda, geralmente denominada de reprimida, tão comum no dia a dia das unidades de saúde, pode gerar segundo STRALEN *et al* (2008) uma reflexão sobre o quanto a introdução da ESF implica na melhoria do acesso aos cuidados de saúde.

Nesta pesquisa o que se pôde observar foi o acesso como questão central e constante. Durante todas as entrevistas realizadas o questionamento mais relevante para os usuários foi sempre o acesso, muitas vezes difícil, aos cuidados odontológicos. Nesse sentido, é importante enfatizar que essa dificuldade de acesso se contrapõe à proposta da integralidade do cuidado proposta com a reorganização da Atenção Básica. Isto porque deve-se garantir ações preventivas mas sem que as ações assistenciais sejam prejudicadas.

No período entre 2002 e 2008 houve grande ampliação no número de equipes de saúde bucal na ESF nos municípios brasileiros com um aumento de 30% na cobertura, passando de 4.857 para 5.564 equipes (FRAZÃO e NARVAI, 2009). Porém, ainda que esses dados signifiquem um avanço, o problema do acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil persiste, mesmo com o progresso dos serviços (ANDRADE e FERREIRA (2006) e SOUZA *et al* (2008).

As práticas relacionadas à saúde bucal devem ser vistas como Cuidado Odontológico, uma vez que estão inseridas em uma complexidade que envolve relações

interpessoais, interações sociais e fatores econômicos. Por isso, na CFVV as equipes de saúde bucal organizaram a oferta de serviços segundo critérios de vulnerabilidade e risco de adoecimento através de grupos prioritários. Os grupos foram estabelecidos pelas equipes como prioritários pela maior susceptibilidade física ou social ao adoecimento. Foram estabelecidos como mais vulneráveis os seguintes grupos: gestantes, diabéticos e beneficiários do programa Bolsa Família. Estes usuários demonstraram satisfação pela facilidade de marcação, que contrastava com experiências anteriores ou de familiares que não haviam conseguido agendar o atendimento. A entrevistada Deise relata quanto à marcação:

Eu fui direto, entendeu. Porque como eu tenho a prioridade por cuidar da hipertensão e da diabetes, aí tava tudo em dia...graças à hipertensão e a diabetes então eu já entrei direto.

Já Sueli conta sua impressão:

Gestante foi muito fácil, agora não gestante é um horror! Já tinha tentado (marcar) três vezes e não tinha conseguido. Só consegui gestante, também foi no mesmo dia eu consegui marcar. Gestante!

Embora a unidade de saúde utilizada como campo de estudo apresente oferta de diferentes formas de acesso ao cuidado odontológico, através dos grupos prioritários, visitas domiciliares e agendamento livre, os resultados encontrados foram quase unânimes no que se refere à dificuldade para acessar o tratamento clínico odontológico. Essa dificuldade foi ainda mais evidente nos usuários que estão fora dos grupos prioritários, embora todos tenham relatado que o atendimento em caso de urgência ocorreu facilmente.

A dificuldade foi explicitada através da expressão “dificuldade de marcar” e se deve à escassa oferta de vagas para marcação de tratamento odontológico. A proporção de um dentista para o atendimento de duas equipes de saúde da família, associado ao acesso prioritário de alguns grupos vulneráveis, faz com que os usuários que não se enquadram nas situações de maior vulnerabilidade tenham ainda menos oportunidades de acessar os serviços.

A maioria dos entrevistados que se encontra fora dos grupos prioritários relata descontentamento em relação à forma de marcação chamada de “livre demanda”. A

marcação ocorria um único dia do mês, na primeira segunda-feira, com horário determinado e quantidade limitada de “números” para marcação.

Isto gerava descontentamento, pois os usuários tinham que acordar muito cedo porque eram poucos números de senha dados, ficar horas de pé em uma fila do lado de fora da unidade de saúde sem a garantia de que seriam agendados. Eles contaram que tinham que chegar muito cedo porque eram poucos números de senha dados. Logo, quem chegava mais tarde não conseguia, pois a marcação se iniciava quando a clínica abria, às oito da manhã e uma fila se formava do lado de fora dos portões ainda com estes fechados. Por isso mesmo, ficar na fila também não garantia conseguir a marcação, uma vez que os usuários comentam que na fila mesmo já acabavam os números para a marcação. Quem trabalhava, estudava ou estava impossibilitado de comparecer de manhã ficava excluído.

A usuária Sônia, já idosa, relata:

Ahh pra marcar é meio chato que a gente tem que madrugar né?! E esperar a hora... (...) agora, eu achei poucos números né?! Se eu não me engano são dez números para cada... comunidade (...)

Outro entrevistado também fala:

(...) pra fazer a marcação é um pouco difícil porque as pessoas tem que madrugar na fila pra estar fazendo a marcação. (...) Nem todo mundo consegue ter essa disponibilidade de horário (Jorge).

A entrevistada Patrícia complementa:

Consegui marcar assim... mas tava muito cheio. (...) pra marcar foi mais complicado, é mais difícil, mas quando chega lá dentro é bom.

Já o entrevistado José conta a sua experiência com descontentamento:

(...) o usuário chegava lá, tinha uma fila no final do mês, um dia pra marcar o dia que ele poderia ser atendido. Isso me espantou. Acredito que assim como me espantou um pouco, espantou os outros. Porque não é uma forma correta. Já pensou você ficar na fila pra marcar uma consulta (...).

As inúmeras dificuldades faziam com que nem sempre o usuário tivesse sucesso na marcação do tratamento odontológico. Alguns usuários relataram tentativas anteriores de marcação sem êxito, uma delas declarou:

(...) Às vezes eu ia no dia e tinha acabado as vagas, às vezes eu chegava atrasada, por isso. (...) Aí eu falei pra eles [dentistas da unidade de referência para onde foi encaminhada devido à mancha na língua] que toda vez que era pra eu marcar eu não conseguia, aí eles mandaram uma carta de lá alegando que eu precisava de tratamento dentário. Aí eles me atenderam superbem. (Roberta)

Outro entrevistado, contou inclusive da experiência de familiares e amigos que também haviam tentado marcação sem sucesso.

(...) não conseguiram fazer a marcação devido a ter que acordar de madrugada pra poder ir marcar. Nem todo mundo consegue ter essa disponibilidade de horário (Jorge).

Vale lembrar que a forma de marcação chamada de livre demanda foi planejada pelas equipes de saúde bucal, pactuada com as equipes nas reuniões, de forma a garantir acesso a todos os usuários mesmo os que não se encontram nos critérios prioritários. Porém, esse planejamento não agradava aos usuários, e eles expressavam seu desconforto com esta forma de acesso.

Uma usuária conta que conseguiu marcar, mas dá a sua impressão:

(...) eu cheguei cedo. Consegui marcar assim normal mas tava muito cheio. (...) pra marcar é complicado, é mais difícil, mas quando chega lá dentro é bom. Só pra marcar mesmo é que é... [fez uma expressão como se quisesse dizer que é difícil] (Patrícia).

Raquel contou sua experiência e descreveu detalhadamente:

Tem que acordar muito cedo. Cinco, quatro e pouca da manhã pra ficar na fila, aí cheguei lá, eles deram número, aí fiquei lá na fila de espera. Aí vem a menina chamando pelo número né?!

As limitações no acesso aos serviços há muito tempo vêm evidenciando filas nas unidades de saúde. As pessoas são expostas a riscos comuns nas grandes cidades, por exemplo, a violência urbana além de enfrentar situações constrangedoras como ficar de pé sob chuva ou forte calor, para ter as suas necessidades de saúde atendidas. Nesse

contexto, é necessário refletir sobre propostas locais de reorganização dos serviços, a fim de que o problema das filas, que se formam cada vez mais cedo, na busca por atendimento nas unidades de saúde seja resolvido, revertendo à lógica de atendimento de quem chega primeiro, mais cedo em muitos casos, para a lógica daquele que mais precisa.

Além do número insuficiente de vagas na fila, a usuária Sueli também se queixa do protocolo estabelecido onde somente uma pessoa por família pode estar em tratamento odontológico. Segundo ela:

(...) se uma pessoa da família tiver se cuidando outra não pode cuidar. Tem que ter ordem pra ter problema no dente!

A forma de organização onde somente uma pessoa da família pode ser agendada de cada vez perpetua a prática focada no indivíduo, com atuação de forma genérica sobre a família, uma vez que não a reconhece como uma unidade, um universo formador das singularidades dos indivíduos. Isso se contrapõe com a proposta da Estratégia de Saúde da Família, a qual objetiva a abordagem familiar em seu espaço, como corpo social que deve ser respeitado e considerado como agente capaz de interferir diretamente no cuidado.

Outro problema é a insegurança de ficar na fila para marcação e não ter a certeza se conseguirá o agendamento. Devido à procura pelos serviços, pelo número grande de pessoas a serem atendidas pelas equipes e somente um dentista para o atendimento de duas equipes, o número de vagas disponíveis é pequeno em relação à necessidade apresentada pela população. Sônia conta angustiada:

Não tem segurança! (...) Eu acho ruim isso, que a gente tem que madrugar pra pegar... [número] (...) porque são poucas consultas pra muita gente! (...) então alguém podia quando chegar dá um número pra você ter certeza de que conseguiu, depois você volta.

A marcação desagradou à maioria, e apenas dois usuários viram de forma positiva esse tipo de marcação. Lúcia é usuária de uma equipe que pouco acessa os serviços de saúde bucal, pois apresenta usuários com rendas familiares mais altas e encontrou facilidade no agendamento.

Tranquilo também. (...) cheguei aqui de manhã, entrei na fila, também não tinha... não tem tumulto nenhum, foi me deu a senha, eu marquei (...).

Já Raquel encarou de forma positiva esta forma de agendamento embora tivesse que acordar muito cedo, cinco da manhã. Segundo seu relato, o tratamento odontológico significava algo tão importante que, mesmo quando é questionada sobre o que ela achou de ter que acordar tão cedo, ela declarou:

Pra mim valeu a pena. Porque valeu a pena, tratar os dentes, melhor, em primeiro lugar né?! Porque um sorriso, um sorriso bonito... [jogou os cabelos como se significasse algo importante para a aparência]

Isso comprova como as necessidades são subjetivas, sentidas cada qual da sua forma, e como elas orientam a demanda e influenciam o acesso aos serviços. A necessidade sentida pode ser considerada como um fator determinante para o acesso aos serviços de saúde e para o padrão de utilização dos serviços (ROHR e BARCELLOS, 2008).

Quanto aos usuários do consultório na rua seu acesso é diferenciado. É direto e imediato aos serviços odontológicos, devido a dificuldades dos mesmos em retornar a clínica, uma vez que estão em situação de rua ou em abrigos, desprovidos de meios financeiros para ir até lá, necessitando do transporte da equipe.

Um usuário conta sua experiência:

Consegui marcar fácil (...) não tenho nada do que reclamar. Cheguei aqui [na clínica] nem fila enfrentei, entendeu? (João).

Outra usuária, Juliana, também descreveu seu acesso fácil.

Eu cheguei chegando. Cheguei aí eu fui - “poxa tô com dor de dente, você não tem kit lá de dente não” Ela (auxiliar de consultório dentário) disse - “(...) vamo lá que o doutor te atende agora”, e na hora ele me atendeu. Foi... tudo na mesma hora.

Marcos com acesso fácil, um usuário da eCR relatou seu descontentamento quanto ao acesso aos serviços de saúde bucal. Isso porque mesmo com a marcação facilitada e rápida, ele não havia recebido ainda atendimento clínico pelo dentista.

(...) até hoje eu não fui recebido atendimento. Já vim aqui quatro vezes, só me marcando, me marcando, até hoje... (...) eu nunca fui atendido. Sempre quando eu venho aqui [na clínica] não tem nada (...).

Para responder aos princípios do SUS e garantir a integralidade do cuidado e a resolutividade, é importante a integração dos diferentes níveis de atenção, e de fortalecimento dos sistemas de referência e contra referência. A organização dos serviços permite ofertar várias ações de saúde, porém o que se pode observar é que essa organização ainda parece precária. Os níveis de atenção pouco dialogam e as demandas não são contempladas pelo que é ofertado.

Com relação ao acesso aos serviços da atenção secundária todos os relatos referem-se aos CEOs (Centros de Especialidades Odontológicas) para onde são referenciados aos serviços de especialidades odontológicas da rede. Além da distância dos locais, os usuários relataram várias vezes que o tempo de espera para agendamento de especialidades é uma barreira para a resolução do seu problema de saúde. A resolutividade e a continuidade do cuidado ficam comprometidas, pois dependem deste agendamento.

Outra dificuldade relatada foi o tempo de espera para o agendamento através do sistema de regulação, o SISREG, tal como relata a usuária sobre a situação vivida pela filha:

Porque devido já à demora pra fazer eu não sei o que vai acontecer com o dente (...). Aí conforme ela tá comendo, ele [o dente] tá quebrando, entendeu? (...) até já saiu a massinha e ela já começou até a sentir um pouco de dor (Sônia).

Outros se queixaram da distância de locomoção para os bairros da Penha e Ilha do Governador para onde a maioria é referenciada. Queixam-se também das burocracias nas unidades para onde são referenciados, pois os usuários são encaminhados, já aguardaram o agendamento em suas unidades de saúde e quando chegam para o atendimento necessitam enfrentar filas para abrir os prontuários:

Não gostei do lugar não porque cheguei cedo, tava marcada, mas demorou muito. Ficamos numa fila enorme pra abrir o prontuário. Demorou tanto e aí fomos remarcados (Deise).

Também o usuário Jorge relata sua experiência e considera desagradável a burocracia enfrentada:

(...) já tinha sido marcado, chegando lá ainda tive que abrir um prontuário pra depois voltar outro dia pra marcar. Quer dizer, se já foi enviado via SISREG, já tava marcado, pra que marcar de novo?

Logo, o que se pôde observar foi que o descontentamento demonstrado não se deu pelas condutas profissionais, mas pela burocracia encontrada, pela demora para o agendamento, e pela distância das unidades de referência. Muitos conhecem os protocolos a serem seguidos inclusive por quem os encaminha. Eles pontuam que alguns procedimentos não estão ofertados na rede, mas poderiam, como o caso da prótese e da ortodontia.

Além disso, os usuários sabem bem seus direitos, embora não saibam como reivindicá-los de forma correta. Geralmente limitam-se a reclamações com profissionais nas unidades, de forma individual, e pouco participam de fóruns comunitários. Ainda não se pode observar nessa população assistida a consciência do poder da participação dos usuários, especialmente nas ações de planejamento e vigilância das ações.

4.3 – Percepção dos usuários sobre o cuidado odontológico

O conhecimento dos usuários sobre a organização dos serviços de saúde também foi observado quando demonstraram, em seus discursos, que conhecem sobre protocolos de utilização de serviços. Baseados nisto, eles emitiram suas opiniões através de sugestões que julgam, segundo as suas necessidades, melhorias para o serviço. Das quinze entrevistas, apenas cinco não expressaram sugestões. Das dez entrevistas onde houveram sugestões, cinco as relatam como mudanças referentes ao acesso aos serviços de saúde bucal. A maioria aponta sugestões no que se refere à marcação de tratamento odontológico, criticando a forma de marcação na qual o usuário precisa chegar “de madrugada” para agendar suas consultas. Os usuários, em sua maioria, gostariam que o agendamento fosse realizado no mesmo dia da procura.

(...) poderia mudar é que pudesse marcar assim sempre, assim direto, todo dia. Porque assim só uma vez no mês fica complicado, porque aí fica muita gente, fica muito tumulto. (Patrícia).

Outros aceitam a marcação da forma disponível, por números distribuídos em uma fila mensal, mas dão sugestões para melhorar o acesso aos serviços:

Que tivesse mais números, porque é muito pouco, é uma vez só por mês. (...) todo mundo que necessita não é atendido. (...) A minha mãe não consegue número (Sueli).

A dificuldade de acesso aos cuidados odontológicos gera desconforto e insatisfação, e muitos usuários emitem suas opiniões sobre o que julgam serem os motivos pelos quais este acesso é tão difícil. Como conta a usuária:

(...) deveria ter mais e mais dentista porque ela tá muito sobrecarregada, muito sobrecarregada a doutora. (...) A doutora também é uma só, é muita coisa, muita gente, muita população. A população aqui cresceu muito, porque ela faz várias áreas, então sobrecarrega muito ela (Sônia).

Outro entrevistado complementa sobre a quantidade de pessoas a serem atendidas:

(...) a quantidade de pessoas que precisam de odontologia é enorme. Quer dizer, você coloca uma só dentista pra atender uma comunidade enorme e pelo que falam atende ainda outras comunidades, é muito pouca dentista pra muita gente (Jorge).

No entanto, engana-se quem acredita que os usuários não estão satisfeitos com os profissionais envolvidos em seu cuidado. Um exemplo disso é o fato de alguns usuários terem deixado claro que suas insatisfações estão relacionadas à organização dos serviços e não aos profissionais de saúde. Como relatou Sônia:

Ahh pra marcar é meio chato (...) mas quando a gente pega o médico, o dentista, nós somos bem atendida. Eu sei que quando eu vou lá sou bem atendida, (...) as doctoras nunca me tratam mal.

Sugestões também foram dadas quanto aos serviços da atenção secundária. A maioria gostaria que os serviços fossem realizados na clínica mesmo, onde já fazem o

tratamento. Lúcia julga que deveriam ter mais recursos para que os procedimentos mais complexos fossem realizados na clínica:

Pudesse assim, ter mais recursos pra pessoa é... uma coisa mais moderna. Se pudesse assim, aquelas coisas mais caras tivesse lá, seria bom... A gente gostaria mesmo é que aquilo que é muito caro fosse feito também na rede pública (Lúcia).

Com as entrevistas notou-se que os usuários conhecem sobre a organização dos serviços, especialmente a respeito do sistema de agendamento da atenção secundária, o SISREG, como a usuária diz sobre a situação de seu filho:

Agora ele vai esperar ser chamado pelo SISREG (...). Vai ser acompanhado na clínica pela dentista, mas vai esperar o SISREG pra ele ir pra outro canto. E eu não sei pra onde ele vai agora (Sandra).

Uma sugestão interessante de um usuário traz novamente a reflexão a respeito dos conhecimentos dos usuários quanto aos serviços prestados. Ele se queixa sobre a experiência em um CEO, para onde foi encaminhado da sua unidade básica de saúde através de marcação pelo sistema de regulação, mas que teve que “enfrentar fila” para a abertura de “ficha” na unidade de referência. Discordando da organização deste serviço Jorge sugere:

(...) fazer com que a unidade básica, e as outras unidades de saúde pudessem conversar melhor, pra quando você marcar SISREG num lugar não precisar abrir um prontuário lá porque já saiu pronto daqui essa marcação. Deveria você chegar lá e ser atendido, e não enfrentar fila, abrir prontuário, coisa e tal...

Alguns usuários dão a entender que gostariam que fossem realizados os procedimentos na clínica por já terem vínculo com a equipe, mas o principal fator seria pela proximidade de suas residências, que envolve outras questões como a financeira:

Queria que as coisas lá da clínica fossem marcadas pra mais perto. É muito ruim ir pra longe, com criança... tem a passagem... Na Fiocruz ia ser melhor, é mais perto (Deise).

Embora haja grande descontentamento com a forma de agendamento, nos discursos analisados não foi encontrado nenhum aspecto relacionado à participação dos usuários no planejamento das atividades de saúde bucal ou de outros serviços da CFVV,

embora existam fóruns comunitários com a participação de usuários ocorrendo de forma regular nas comunidades. Além disso, a unidade possui representantes e participa ativamente de conselhos de saúde e instâncias de controle, participação e organização social. Contudo, nenhum usuário citou em seu discurso a participação em qualquer planejamento de atividades de saúde na clínica, a nível de micropolítica local.

Entretanto, a participação dos indivíduos é entendida como um instrumento capaz de conduzir a um redirecionamento das propostas de saúde baseados na realidade, superando a dominação da técnica imposta e pautada nos princípios da democracia, na produção de sujeitos com maior autonomia e consciência social.

Uma ferramenta que possibilita diminuir o descontentamento dos usuários regulando o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados é o acolhimento, contribuindo para a humanização dos serviços. Humanizar as relações significa importar-se com o problema do outro, reforçando as relações de vínculo. Nesse sentido, a dimensão do vínculo é fundamental na produção do cuidado em saúde, de modo a estimular a autonomia e a cidadania, e promover participação dos usuários durante a prestação de serviço (CAMPOS, 1997). Não se deve pensar em vínculo somente como uma atitude individual, mas como uma oportunidade de construção de “encontros menos ou mais capazes de favorecer intersubjetividades mais ricas, plurais e produtoras de compartilhamento” (AYRES, 2009, p.20).

A ideia do conceito de vínculo, como dimensão da integralidade do cuidado, relaciona-se com atitudes e práticas fundamentais no cuidado: abrir espaço para que os usuários atuem como verdadeiros sujeitos e não como objetos de intervenção, além de promover um envolvimento real entre profissionais e usuários, ou comunidades com os processos de cuidar (AYRES, 2009). É perceptível nas falas dos usuários o vínculo com a UBS e com os profissionais, sendo estes suas referências como cuidado de saúde. Muitos relatam que sempre que necessitam sabem que serão atendidos na unidade e outros relataram grande empatia pelos profissionais. Eles se referem como “meu médico”, “minha dentista” e muitas vezes demonstram empatia através de expressões do tipo “muito boa” e “muito atenciosa”. A usuária Deise contou demonstrando afetuosidade em sua fala:

(...) gostei muito da dentista que atendia a gente. Era boazinha, tinha paciência, explicava as coisas pra gente. (...) Mas agora ela saiu né? Ali tá sempre saindo alguém. A gente gosta da pessoa e ela sai.

Os laços estabelecidos entre profissional-paciente são vistos de maneira especial para uns usuários, como contou Lúcia:

São muito atenciosas, carinhosas. (...) tem muito carinho, fala... com amor...
(...) Todos os médicos e dentistas são muito bom, eu não tenho do que reclamar.

Outra usuária relatou emocionada:

Fui muito bem tratada, me senti muito bem... (...) Já tinha assim uma atenção especial com ela por causa do problema com o dente. Só tenho que agradecer né? Porque às vezes a gente encontra gente tão chata que não dá nem atenção (Maria).

Isso comprova a conquista da ESF, como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial baseada no estabelecimento de vínculos, a partir da criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre usuários e profissionais de saúde. Segundo CAMPOS (1997), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço, uma vez que ele se reconhece como sujeito participante, que é ouvido, julga e decide. As visitas domiciliares também foram observadas como fatores fortalecedores de vínculos. Isso pode ser identificado na fala da usuária:

(...) as crianças não tiveram medo não, a doutora [a dentista] já teve aqui [na casa da usuária], já conheço ela há muito tempo, entendeu? Foi bom pra mim, pras minhas filhas, pra todo mundo entendeu? (Raquel).

A usuária Denise também relata sua impressão:

Dessa parte não tenho do que reclamar nada da clínica da família não, né? (...) eles [os profissionais] ficam em cima, vem aqui [na casa da usuária], tão com atenção, (...) já conhece tudo, a família inteira, pergunta - "Como você tá?" -.

O acesso aos serviços de saúde bucal através das visitas domiciliares é uma prática pouco atuante, embora também pudesse ser uma ferramenta de auxílio na organização da atenção. Os usuários que conseguem acesso os serviços através das visitas domiciliares demonstram satisfação, pois existe a facilidade de marcação de

consulta. Além disso, a satisfação pode ser atribuída ao fato de o atendimento familiar estar garantido quando se inicia o contato com a saúde bucal por meio da visita domiciliar. Nessa situação específica, todos os membros da família são agendados. Como a entrevistada Deise relata:

(...) vieram aqui [na casa a usuária] e marcaram todo mundo. Passou pra família toda. E foi legal, todo mundo fez tratamento (...).

Fica fortalecida a ideia da clínica como referência no cuidado e os usuários se sentem mais próximos dos profissionais pelo fato deles terem ido até as suas casas, conhecerem e se responsabilizarem pelo cuidado da família.

Para o cuidado odontológico o vínculo pode ser visto como algo ainda mais importante, uma vez que este é repleto de medos, insegurança e está associado a dor. A entrevistada Denise diz:

(...) já tinha medo de ir ao dentista. Ai meu Deus! Eu tenho pavor de dentista! Mas aí ela [a dentista] falou - “não é nada demais” - e trata a gente bem (...).

Uma relação positiva estabelecida entre profissional-usuário, com o fortalecimento dos laços afetivos e do vínculo pode ser visto como uma ferramenta facilitadora do cuidado odontológico, uma vez que o usuário sente-se mais confortável e seguro com os profissionais. Por sua vez a responsabilização da equipe com os usuários também fortalece o vínculo. O fato dos usuários com problemas agudos, identificados através do atendimento na demanda espontânea, terem acesso rápido e fácil ao cuidado odontológico foi positivo. Um exemplo é da usuária que contou:

Ele [o filho da usuária] tava com dor, o queixo muito inchado, tipo um abscesso muito grande que ele não comia e nem bebia e nem falava. (...) cheguei lá e consegui logo ser atendida. Ele foi muito bem atendido (Sandra).

Como dito anteriormente, o primeiro contato com as atividades da saúde bucal na CFVV se dá através das ações de educação em saúde, chamadas de grupo de escovação pela equipe de saúde bucal e de palestra pelos usuários. Essa prática, limitada à oferta de orientações, de forma verticalizada e que pouco envolve os saberes dos usuários é bastante observada em unidades de saúde. Para uns gera desconforto, para outros é uma forma de se manter em uma zona de conforto, seja quem recebe as informações de forma passiva, ou de quem passa as informações de forma impositiva.

Entretanto, a aquisição de informações nesses grupos foi encarada pelos usuários como algo bom. Para alguns foi um evento que os tocou pessoalmente, como é o caso de um usuário que contou:

(...) achei o máximo e aprendi coisas que eu não sabia né? Eu não sabia que o ideal era escova macia, (...) Fui aprender isso depois de 50 anos! (José).

Outra usuária contou, de forma emocionada como foi participar com a família:

(...) porque a gente [ela e os irmãos]... ela [a profissional da equipe de saúde bucal] tava ensinando a gente a escovar os dentes entendeu? (...) Tavam todos os meus irmãos reunidos, coisa que a gente não faz né?! Tava todo mundo lá... foi muito bom! (Patrícia).

Esta fala nos traz a reflexão da importância de se fundamentar as ações na família, com a compreensão de que é na família que ocorrem conflitos e interações que influenciam diretamente na vida das pessoas e, conseqüentemente, na saúde delas. O foco do cuidado deve ser a família de forma a mobilizar seus membros para relações de enfrentamento de problemas e tomada de decisões que possam atender às suas necessidades. Construir relações de interação com as famílias através de estratégias como as visitas domiciliares e a educação em saúde são importantes para criação de relações de confiança e conhecimento das subjetividades relacionadas aos usuários.

As atividades educativas nas unidades de saúde podem influenciar em diversos aspectos da vida dos usuários, com potencial transformador para além do tema proposto para a atividade. Por isso, é necessário pensar sobre a postura profissional nas ações educativas, visando a realização de atividades significativas aos indivíduos e às comunidades, a discussão de temáticas, estratégias e locais de realização, a fim de que as ações se aproximem do que PELICIONI e col (2007, p. 317) disseram:

“Pretende-se pela educação em saúde ampliar a capacidade das pessoas para a ação e para assumir o controle sobre sua saúde, a saúde de sua família e a saúde da comunidade, além de criar condições para que grupos e comunidades possam influir nas causas determinantes e condicionantes da saúde e da doença de forma a melhorar o nível de qualidade de vida”.

O saber técnico, ao se confrontar com o saber popular, não pode dominá-lo, pois é preciso que as linguagens se aproximem para, que o encontro seja de troca de saberes (PINTO, 2003). Nesse sentido, Paulo Freire (2005, p.70) também comenta:

“(...) o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os “argumentos da autoridade” já não valem”.

Outra questão importante expressa nas entrevistas foram as impressões dos usuários em relação às categorias profissionais envolvidas em seu cuidado. Fazem parte das equipes várias categorias profissionais cada uma com suas competências, mas também atribuições comuns inerentes ao cuidado à população assistida. O maior desafio, talvez, da ESF seja integrar em seu cotidiano de trabalho os diversos saberes envolvidos no processo assistencial, superando o monopólio do saber técnico e essencialmente biomédico, e integrando todos os atores envolvidos no cuidado.

Para Peduzzi (2001) o trabalho em equipe é um ato coletivo, com a participação de todos aqueles que compõem a equipe, o que envolve relações de comunicação, poderes e afetos, permeando a organização do trabalho. Porém, o que se encontra é a organização do trabalho muitas vezes enrijecida no cotidiano pela divisão de atribuições específicas e tarefas, onde cada categoria profissional acaba ficando responsável somente pelo seu campo de atuação profissional. Ocorrem divisões no processo de cuidado por categorias, como a médica, a de enfermagem, a de saúde bucal, a dos agentes comunitários, o trabalho deixa de ser coletivo e a fragmentação se institui.

Entretanto, cada membro possui seu papel na equipe e suas atribuições, que devem estar bem definidos, mas devem ser pactuados e negociados, a fim de que a equipe se abra ao diálogo. Nesse sentido, PEDUZZI (2001) relata duas modalidades de trabalho em equipe: a “equipe agrupamento” e a “equipe integração”.

A equipe agrupamento caracteriza-se pela junção dos trabalhadores, mas sem interação dos mesmos, cada um executa seu trabalho de forma individual. Já a equipe integração realiza um trabalho compartilhado, com troca de saberes, onde há diálogo na equipe, o que resulta na articulação das ações de saúde. Esta modalidade amplia a oferta de cuidado, atuando sob a lógica da integralidade.

Contudo, o que pôde ser percebido é que o usuário não considera a divisão por categorias profissionais como algo relevante. Durante as entrevistas, mesmo tendo sido esclarecido que o assunto tinha como foco a saúde bucal, muitos emitiram opiniões sobre médicos, enfermeiros, ACS. Os entrevistados davam a entender que saúde era enxergada como algo único e os profissionais da clínica eram sua referência de cuidado,

sem essa fragmentação por categorias como ocorre nos processos de trabalho. Para os usuários, falar do dente que dói é o mesmo que falar do estômago que doía, ou seja, a dor era algo marcante e presente, e não fazia diferença se era um dentista ou enfermeiro que o ouvia, mas o importante era o fato de ser alguém “da clínica da família”.

No entanto, muitos usuários queixam-se por terem sido atendidos pela equipe de enfermagem. Existe ainda uma enorme valorização da figura do médico, da realização de exames e da prescrição de medicamentos. Um usuário diz:

(...) a gente tá tratando de saúde, e médico é médico, não adianta... (José).

Outra questão relatada com desagrado é o acesso às consultas médicas. Os usuários também gostariam de serem atendidos no mesmo dia, como conta a usuária:

A gente vai no médico que é pra ser atendida no mesmo dia, a gente não que ir esperar amanhã nem depois. Eu já fui às vezes... De duas vezes... outras vezes eu não consegui mais voltar, e não volto mais (Sônia).

Portanto, se percebe que talvez essa dicotomia tão relatada nos processos de trabalho em Saúde da Família seja alimentada por seus próprios profissionais envolvidos. A população os vê como responsáveis por seu cuidado e todos como partes integrantes deste. Talvez essa dicotomia seja por influência da formação acadêmica ou por imposição de processos organizativos, mas para o cuidado ela não é relevante. Se os prestadores desse cuidado objetivam a concretização da integralidade, por tanto, devem vencer os desafios cotidianos impostos por essa organização dos serviços de saúde.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise e discussão dos resultados obtidos permitiram concluir que a unidade de saúde estudada tem contribuído para a melhoria da saúde da população, uma vez que permite acesso aos serviços e informações de saúde. Porém, as percepções dos usuários trouxeram questões que podem ser refletidas e possíveis mudanças no processo de trabalho podem ser implementadas, a fim de responder às expectativas dos seus usuários.

Ao descrever os serviços de saúde bucal da Clínica da Família Victor Valla notou-se que os mesmos se organizam baseados em planejamentos pactuados com as equipes, mas não com a comunidade, denunciando ausência de comunicação, esvaziamento do espaço coletivo e não legitimação da troca de saberes e pactuação com os usuários, na proposta da participação popular.

Muitos não conseguem compreender os critérios de prioridade estabelecidos, entre outros protocolos, simplesmente porque não são esclarecidos sobre eles, fazendo crer que mesmo que os espaços de pactuação existam, eles não estão sendo utilizados de forma participativa pelos usuários. Em geral, as opiniões e sugestões não são expressas diretamente pelos usuários para os profissionais técnicos. Embora relatem ter boas relações e empatia com os mesmos, os usuários expressam descontentamento, ou até mesmo agressividade, somente diante de outros profissionais da equipe (geralmente para o ACS).

A descrição também mostrou fragilidade na comunicação e articulação do cuidado com os demais níveis de atenção. A oferta de alguns serviços, como a ortodontia e a prótese parece ser escassa, mas as demandas não. Isto impacta na resolutividade e na continuidade do cuidado, que corre o risco de ficar desacreditado pelo usuário. Quando há falta de insumos e equipamentos com defeito, que fazem com que o tratamento odontológico fique suspenso, a descrença também fica reforçada. Em cascata, a entrega dos kits de saúde bucal, meta estabelecida pela gestão, também fica prejudicada quando por essa escassez.

Muitas vezes o fornecimento dos kits ocorre nas residências, pelos ACS, sem que haja a orientação da importância para sua utilização e para correto armazenamento, o que ocasiona uso de fio dental em pipas e escovas de dente como pentes de boneca, conforme observação direta da entrevistadora. Ou seja, para muitos usuários a entrega destes insumos não está estimulando o autocuidado.

Nesse sentido, um dos desafios é o de adequar as práticas de saúde de forma que concretizem algo significativo para os usuários, sendo assim aplicável em suas vidas. Entende-se que somente fazer a entrega de insumos, como escovas de dente, pastas e fios dentais, sem sensibilizar o usuário para valor de sua utilização correta, pouco significa. É preciso que o acesso aos insumos seja para todos, de forma regular e com orientação.

Ainda que a análise desta pesquisa não tenha sido suficiente para afirmar se está sendo equânime o acesso aos serviços de saúde bucal, bem como suprir suas necessidades, a grande questão central foi o acesso. A análise da oferta dos serviços, a partir da percepção dos usuários, mostrou dificuldade em acessar aos serviços de saúde bucal e grande descontentamento na forma de agendamento. Este se referia a diversos fatores: ter que acordar muito cedo para conseguir número para ser agendado, ficar numa fila e não ter a garantia de conseguir agendar, ser somente uma vez no mês e ser limitado a uma pessoa por família por mês.

Mais uma vez, a falta de orientação e informação fornecida aos usuários quanto ao agendamento parece provocar um não entendimento, e conseqüentemente grande descontentamento, por não compreensão dos critérios usados para se estabelecer regras e protocolos seguidos. Inferimos que caberia aos profissionais efetivarem um meio de diálogo e pactuação com os usuários sobre as normas que estabelecem critérios para a utilização dos serviços.

A percepção dos usuários sobre o acesso aos serviços de saúde bucal através das visitas domiciliares é visto como satisfatório, sendo valorizado também como fonte de aproximação com a equipe, o que fortalece o vínculo. Já o acesso pelo agendamento livre é visto como algo bem desagradável pelas diversas dificuldades citadas pelos usuários. No entanto, para os grupos prioritários a percepção de agrado é a tônica, já que consideram existir facilidade e rapidez no agendamento, traduzindo para a pesquisa que

esta estratégia representa ser uma ferramenta valiosa para a organização do trabalho, porém reafirmadora de desigualdades no acesso.

Os usuários assistidos pela eCR percebem o acesso aos cuidados de saúde bucal como algo fácil e rápido, entretanto não sentem as suas necessidades atendidas, embora afirmem existir vínculo e empatia com o profissional dentista.

Já os chamados grupos de escovação são vistos como positivos e interessantes para os usuários, uma vez que expressam satisfação na sensação de “aprender”. Entretanto, relatam suas experiências de aprendizado nos moldes de uma educação tradicionalmente “passiva”, como “um aprende e o outro ensina”, assumindo os profissionais o papel de detentores do saber. Inferimos que o que realmente mobiliza parece ser o fato de realizarem algo com toda a família.

Se potencializados e realizados de uma maneira mais problematizadora, esses grupos poderiam ser o início de um importante espaço de educação em saúde com estímulo ao cuidado e à participação popular, já que tem a possibilidade de promoverem a união e a troca de experiências.

Ao analisar a relação necessidade-demanda dos usuários em oferta de cuidado odontológico percebeu-se que as insatisfações repetidas com frequência em diversos discursos sobre a oferta de serviços referiram-se além da dificuldade para agendar tratamento odontológico, também a obstáculos de acesso em relação à atenção secundária. Esta possui demora no agendamento, as unidades de saúde são distantes do território e a organização dos serviços foi considerada complicada e burocrática, o que parece gerar a sensação de que necessidades são não assistidas e que a saúde bucal piora com esta espera.

A consequência imediata de uma referência precária é que a demanda por procedimentos clínicos curativos parece estar aumentando, tornando-se mais complexa e por vezes mutiladora.

O diálogo sobre a saúde bucal sempre permeado por outras questões de saúde, envolvendo outros profissionais da equipe, foi muito presente na fala dos usuários. Isso trouxe uma reflexão sobre quem constrói e perpetua a dicotomia boca-corpo, equipe de saúde da família e equipe de saúde bucal, e se os usuários enxergam todos como integrantes e responsáveis pelo seu cuidado.

A unidade de saúde parece ser vista como referência para as necessidades sentidas, e os profissionais que lá atuam parecem representar para os entrevistados como figuras cuidadoras, independente da categoria profissional.

Enfim, a pesquisa conseguiu mostrar que embora a saúde bucal na Clínica da Família Victor Valla apresente questões relevantes que dificultam o exercício de um modelo de atenção pautado no cuidado, a atenção prestada é considerada satisfatória para seus usuários. O Cuidado Odontológico, que promove um olhar além dos procedimentos bucais, considerando a singularidade e subjetividade dos sujeitos, ao contrário da Atenção Odontológica, muitas vezes não é praticado. As diversas dificuldades encontradas pela equipe, como grande demanda por procedimentos, muitos usuários para cada dentista, parecem ser fatores que tornam o cuidado difícil de ser praticado, apesar da equipe saber da sua importância.

Embora o Cuidado Odontológico seja o que se almeja, os usuários demandam ainda por Atenção Odontológica. O acesso difícil a tratamento odontológico, a escassez de procedimentos disponíveis no setor público e a vulnerabilidade da população fazem com que os usuários tenham ainda mais necessidades curativas e reabilitadoras, e menos preventivas.

O mais importante é observar que após esta pesquisa, a equipe de saúde bucal da Clínica da Família Victor Valla modificou a forma de agendamento da chamada livre demanda, abolindo o agendamento um dia, uma vez no mês, dando fim à fila de usuários na porta da clínica. Agora os usuários deixam seus nomes e a equipe faz visita domiciliar ou contato telefônico para o início do tratamento odontológico. Até o momento, essa nova dinâmica parece agradar aos usuários.

Contudo, não há uma organização que possa ser considerada perfeita, visto que todas as formas apresentam aspectos positivos e negativos. Entretanto, alguns questionamentos devem ser feitos, principalmente no tocante de como essa espera para o acesso aos cuidados de saúde bucal pode ser longa demais para quem tem necessidades urgentes, criando uma “fila” não mais presencial, mas “virtual”. Além disso, a manutenção da visão individualizada e não familiar, a perpetuação da “Atenção Odontológica” e a ausência de equidade no acesso aos serviços de saúde bucal.

Por fim, este estudo mostra que a organização da saúde bucal precisa promover um enfrentamento de questões importantes relacionadas à revisão de seu processo de

trabalho, de sua gestão e estrutura. A percepção dos usuários, embora positiva, revela as contradições na gestão do agendamento, nas referências e no processo de trabalho, de uma forma geral. O que reforça a necessidade de redirecionar a atenção para o empenho de construir uma saúde bucal que solidifique um SUS de qualidade, onde universalidade, equidade e integralidade sejam de fato direitos do cidadão.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D.S. **A saúde da família no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma?** [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP; 1998.

ALVES, C.T. **Satisfação do consumidor**. Lisboa (Portugal): Escolar, 2003, p. 259.

ALVITO, M. **As cores de Acari: uma favela carioca**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001.

ANDERSEN, R.M. **Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?** J HealthSoc Behav 1995; 36:1-10.

ANDRE, M.E.D.A. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

ANGELIM, G.P. **Sistema nacional de avaliação da satisfação do usuário do serviço público**. In: *Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, VII*. Lisboa, Portugal. 2002, p.8-11. Disponível em: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043719.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2007.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico**. São Paulo, Atlas, 2009.

ATRIA, M.L. et al. **Satisfacción de expectativas y necesidades de pacientes**. Boletín Científico Asociación Chilena de Seguridad, Santiago, p.46-54, Jun-2000.

AYRES, J. R.C.M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. Interface-Comunicação, saúde e educação, v.8, n.14, p.73-92, set 2003-fev2004.

BALDANI, M.H.; FADEL, C.B.; POSSAMAI, T.; QUEIROZ, M.G.S. **A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil**. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(4): 1026-35.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais**. Revista Eletrônica dos Pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC. Vol.2, n. 1(3), Jan/jul 2005.

BOTAZZO, C. **Da arte dentária**. São Paulo: Hucitec; 2000

BRASIL, VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final**. Ministério da Saúde, Brasília, 1986.

BRASIL, **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**. 05 de outubro de 1988.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 184.** Estabelece o oferecimento, pelo Sistema Único de Saúde, de conjunto de procedimentos visando à promoção e prevenção em saúde bucal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 out. 1991. p. 22125.

BRASIL, II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. **Relatório Final.** Ministério da Saúde, Brasília, 1993.

BRASIL, Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado, 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica.** Brasília, 1999.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1.444,** de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestadas nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União; 2000 dez 29. Seção 1, p. 85.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 267,** de 06 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria de Normas e Diretrizes da Saúde Bucal. Diário Oficial da União. Brasília, 2001. Seção 1, p.67.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O projeto de expansão e consolidação do saúde da família – PROESF.** Informe da Atenção Básica. 2003; 4(17): 1-2.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 2004a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil:** monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Projeto SBBrasil 2003:** condições de saúde bucal da população Brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dez anos de saúde da família no Brasil.** Informe da Atenção Básica. Brasília, 2004d.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde:** um pacto pela saúde no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL, III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. **Relatório Final.** Ministério da Saúde, Brasília, 2005b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 648**, de 28 de março de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2006. Seção 1, p.72.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Diário Oficial da União, 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Consultório na Rua do SUS**. Brasília, Setembro 2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 122**, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> Acesso em: 1 fev. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **IBGE- Censo demográfico 2000**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 1 fev. 2012b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 123**, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. Brasília: Ministério da Saúde; 2012c.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 1.029**, de 20 de maio de 2014. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.** Departamento de Articulação Interfederativa. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 154 p.: il. – (Serie Articulação Interfederativa; v. 1).

BOFF, L. **Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pelo tema.** 7ª ed. Petrópolis, Vozes, 2001. Apud Werneck, M.A.F. et al. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

CAMPOS, A. **Do quilombo a favela: a produção do espaço criminalizado.** Rio de Janeiro, Bertrand, 2005; Marcelo Baumann Burgos, “Dos parques proletários ao Favela-Bairro”, *In: Marcos Alvito, Alba Zaluar (org.), Um século de favela*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 2006.

CAMPOS, C.A.E. **Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento.** Cad. Saúde Pública 1993; 9(2): 190-200.

CASTRO, M.S.M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M.S. **Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil.** Rev. Saúde Pública 2005, 39(2): 277-84.

CASTRO, J.P.M. Da favela à comunidade: Formas de classificação e identificação de populações no Rio de Janeiro. Revista ANTHROPOLÓGICAS, ano 8, volume 15(2): 171-198, 2004.

CAZELLI, C.M. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.** Tese apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca para obtenção do grau de Mestre. Rio de Janeiro; 2003.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em Saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde.** Rio de Janeiro, EURJ, IMS, Abrasco, 2001.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis, Vozes, 2008.

CHAVES, M.M. **Odontologia Social.** São Paulo: Artes Médicas, 1986.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1986; 2ªed, v.2.

DEAN, J.P.; WHYTE, W.F. Limitations and Advantages of Unstructured Methods. In: G.J. McCall e J.L. Simmons (ed). **Issues in Participant Observation, a Text and Reader.** Massachusetts, Addison-Wesley Publishing Company, p.19-23, 1969.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. editors. **Handbook of qualitative research.** Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

DESLANDES, S.F. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, M.C.S. (org.); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32ªed, Petrópolis, RJ: Vozes, 2012, p.31-60.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

DONABEDIAN, A. **The role of outcomes in quality assessment and assurance**. Quality Review Bulletin, v.18, p. 356-360, 1992.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: University Press, 2003.

DUTTON, D. **Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization**. Soc Sci Med 1986; 23:721-35.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz (Parte 1, Cap. 2), 2005.

FALKEMBACH, E.M.F. Diário de campo: um instrumento de reflexão. In: **Contexto e educação**. Ijuí, RS. Vol.2, n. 7, Jul/set 1987.

FERNANDES, T.M.; COSTA, R.G.R. **As comunidades de Manguinhos na história das favelas no Rio de Janeiro**. Revista Tempo. Revista Tempo, vol. 17 n. 34, Jan. – Jun. 2013: 117-133.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIGUEIRÓ AC, THULER LC, DIAS ALF. Padrões internacionais dos estudos de linha de base. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV (orgs.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008:47-70.

FRANCO, S.C.; CAMPOS, G.W.S. **Avaliação da qualidade do atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.14, n.1, 1998.

FRANCO, T.B.; MEHRY, E.E. **Programa Saúde da Família: contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde, 2000. Disponível em <http://aguia.datasus.gov.br/cns>. Acessado em 11/11/2003.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **A Produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em saúde**. In: Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (orgs.). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

FRAZÃO, P. **Tecnologia em saúde bucal coletiva**. In: BOTAZZO, C; FREITAS, F.P. Ciências Sociais e Saúde Bucal: Questões e Perspectivas. São Paulo, UNESP/EDUSC, 1998.

GARRAFA, V. **Contra o monopólio da saúde**. Rio de Janeiro: editora Achiamê, 1983.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 5ªed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. **Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise**. In: Eibenschutz, C. Org. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 4ªed. Vozes, 2007.

HART, J.T. **Commentary: three decades of the inverse care law**. *BMJ* 2000;320(7226):15

HARTZ, M.Z. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

HARZHEIM, E. **Pesquisa Avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro**. Equipe de pesquisa: Karine Margarites Lima e Lisiane Hauser. Trabalho de conclusão de curso – Pós-graduação Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2013

HAUISS, A. **Minidicionário Hauaiss**. 3ªed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes 1999.

HULKA, B. S.; WHEAT, J.R. **Patterns of utilization – the patient perspective**. *Med Care* 1985; 23:438-60.

JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A. **Revisão Sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento**. *Ciência&Saúde Coletiva*, vol. 15, n.1. Rio de Janeiro, Jan 2010.

JORGE, M.S.B. et al. **Avaliação da qualidade do PSF no Ceará: a satisfação dos usuários**. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Salvador, v.31, n.2, p.256-206, Jul-Dez 2007.

Laboratório Territorial de Manguinhos (LTM) .
<http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br>. Acesso em 18/07/2014.

LACERDA, A. **Apoio Social e a Concepção do Sujeito na sua Integração entre Corpo-Mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

LACERDA, A. **Redes de Apoio Social no Sistema da Dívida**: um novo olhar sobre A Integralidade do Cuidado no cotidiano do trabalho do agente comunitário de Saúde. [tese doutorado] Fiocruz, jul 2010.

LIRA, G.V; CATRIB, A.M.F; NATIONS, M.K. **A narrativa na pesquisa social em saúde**: perspectiva e método. Ver. Bras. Promoção Saúde. 16:59-66, 2003.

LUZ, M.T. **Políticas de descentralização e cidadania**: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001, p.17-37.

LUZ, P. M.; MIRANDA, K. C. L. **As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/AIDS como forma de cuidar**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2007.

MAGALHÃES, R.; COELHO, A.V.; NOGUEIRA, M.F.; BOCCA, C. **Intersetorialidade, convergência e sustentabilidade**: desafios do programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. *Ciênc. Saúde Coletiva*, vol.16, no.11. Rio de Janeiro, Nov/2011.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Abril, 1984.

MALTA, D. *et al.* **Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada**. In: CAMPOS, C.R. *et al.* (Org.) Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, p.121-159, 1998.

MARCIER, M.H.F.C. **Para que a expansão do PSF seja consistente**. Revista Brasileira de Saúde da Família, 2006, 6:32-35.

MARZINI, E.J. **A entrevista na pesquisa social**. São Paulo: Didática. V. 26/27, 1990/1991.

MARZINI, E.J. Consideração sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: Marquezine, M.C.; Almeida, M.A.; Omote, S. (orgs). **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina: Eduel, 2003.

MATTOS, P.L.C.L. **A entrevista não-estruturada como forma de conversação**: razões e sugestões para sua análise. RAP, Rio de Janeiro. 39(4): 823-47, Jul.-Ago. 2005.

MATTOS, R.A.; PINHEIRO, R. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001.

MAY, T. **Pesquisa Social**: questões, métodos e processos. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEDINA, M.G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A.L.B. **Avaliação da atenção básica**: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação Saúde para Debate*, (21), p.15-28, 2000.

MEIRELLES, R.; ATHAYDE, C. **Um país chamado favela**: a maior pesquisa já feita sobre a favela brasileira. São Paulo: Editora Gente, 2014.

MENDES, E.V. (org). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1994.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. Tradução de Reginaldo di Piero. Rio de Janeiro. Freitas Bastos S.A, 1971.

MEHRY, E. E; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; p.113-150, 1997a.

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 (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio, L.C. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; p.117-60, 1997b.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M.C.S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M.C.S. (org.); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32ªed, Petrópolis, RJ: Vozes, 2012, p.61-77.

MONTENEGRO, E.J.S. **Estatística Programada Passo a Passo**- 5 volumes. 1ª ed. São Paulo: Editora Centrais Imppressoras Brasileiras Ltda, 1981. Vol. III e V.

MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T.; GIACOMINI, C.H.; PACIORNIK, E.F.; OLIVEIRA, K.L. **A equipe multiprofissional de saúde nos programas de saúde da família**. Rev. Med. Paraná, 1999; 57 (1/2):1-7.

NARVAI, P.C. **Saúde Bucal**: assistência ou atenção – Odontologia em Silos – Sistemas Locais de Saúde. São Paulo: Rede Cedros; 1992.

NARVAI, P.C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 1994.

NARVAI, P.C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2002.

NARVAI, P.C. Epidemiologia, política e saúde bucal coletiva. In: Antunes, J.L.F.; Peres, M.A. (Orgs.). **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006, p.346-62.

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

NEDER, A.C.; MANFREDINI, M.A. **Sobre a oportunidade de fluoretação do sal no Brasil:** a modernidade do atraso. *Saúde Debate*, 1991; (32): 72-4.

NUTO, S.A.S. **Avaliação Cultural do Serviço de Saúde Bucal de Beberibe-CE:** a vez e a voz do usuário. Fortaleza/CE. [dissertação] Universidade Federal do Ceará, 1999.

OLIVEIRA, M.M. **Como fazer pesquisa qualitativa.** Petrópolis, Vozes, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde,** 1978.

PALÚ, A.P.N. **A inserção da Saúde Bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná.** 2004. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] Universidade Estadual do Paraná.

PEDUZZI, M.; PALMA, J.J.L. A equipe de saúde. In: Schraiber, L.B. (Org.). **Saúde do Adulto:** programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, p. 234-250, 1996.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde.** *RevSaúde Pública*, v.35, n.1, p. 103-109, 2001.

PENCHANSKY, D.B.A.; THOMAS, J.W. **The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction.** *Med Care* 1981; 19:127-40.

PEREIRA, A.C.; KOZLOWSKI, F.C. Métodos de utilização de flúor sistêmico. In: Pereira, A.C.(org.) *et al.* **Odontologia em saúde coletiva:** planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 2004.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva.** 4ª edição. São Paulo: Santos, 2000.

PORTO, S.M.; VIACAVA, F., SZWARCOWALD, C.L.; MARTINS, M., TRAVASSOS, C.; PIOLA, S. **Metodologia de alocação equitativa de recursos:** relatório final do projeto REFORSUS. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

PRETECEILLE, E; VALLADARES, L. A desigualdade entre os pobres favela, favelas. In: Henriques, R. (Org.) **Desigualdade e Pobreza no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2000, p. 459-485.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social:** métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

ROHR, R.T.T.; BARCELLOS, L.A. **As barreiras de acesso para os serviços odontológicos.** *UFES Rev. Odontologia*, 2008; 10(3): 37-41.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2011).

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira, A.C.(Org.). **Odontologia em saúde bucal coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003, p.28-49.

RONCALLI, A.G.; ARAÚJO, L.U.A. O Sistema Único de Saúde e os modelos assistenciais: das propostas alternativas à saúde da família. In: Ferreira, M.A.F.; Roncalli, A.G.; Lima, K.C. **Saúde bucal: conhecer para atuar**. Natal: ed. UFRN, 2004.

RUSSO, F.L.P. **Gestão em Odontologia**. São Paulo: Lovise. 2003, p.155.

SACCONI, L.A. **Minidicionário Sacconi de Língua Portuguesa**. São Paulo, 1996.

SANTOS, A.R. **Metodologia Científica**. 6ªed. Revisada. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. **Pesquisa documental**: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. Ano I, n. I, Jul/2009.

SILVA, M.F.A. **O problema da fluoretação do sal no Brasil**. RGO, 1991; 39 (4): 306-8.

SCHUTZ, A. **Common-sense and scientific interpretations of human action**. Haia: Martinus Nijhoff Editions, 1973.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. Guia de Referência Rápida. **Carteira de Serviços**: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Rio de Janeiro: SMSDC, 2011.

SERRA, C.G. **A saúde bucal como política de saúde. Análise de três experiências recentes**: Niterói, Campinas e Curitiba. Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998.

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistencias em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, p.125, 1998.

SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: Editora Hucitec: ABRASCO; p.241-257, 2004.

SOUZA, T.M.S. **A incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte**: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial. [Dissertação]. Natal: Faculdade de odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005.

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, 23 (11): 2727-2739, Nov 2007.

STAKE, R.E. **Case studies.** In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S.(ed.). Handbook of Qualitative Research. Londres: Sage publications, 1994, p. 236-247.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, A.H. **Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo a atuação das equipes no município de Sobral/CE no período de 2001 a 2003** [Monografia]. Sobral/CE, 2004.

THIOLLENT, M. **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária.** São Paulo. Editora Polis, 1980.

TRAD, L.A.B; BASTOS, A.C.S, SANTANNA, E.M; NUNES, M.O. **Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia.** Ciência &Saúde Coletiva, 7(3): 581-589, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 20, Sup 2:S190-S198, 2004.

TRAVERSO-YÉPEZ, M; MORAIS, N.A. **Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para a humanização do atendimento.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20, n.1, 2004.

VAITSMAN, J; ANDRADE, G.R.B. **Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e humanização da assistência à saúde.** Rev. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 10, n.3. Julh/Set 2005; p.599-613.

VALA, J. Representações sociais para uma psicologia social do pensamento social. In: J.Vala & M.B. Monteiro. **Psicologia Social.** 2ªed., p. 353-384. Lisboa:Calouste Gulbenkian, 1996.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias.** Cad. De Saúde Pública, n. 14, p.39-57, 1998.

VIANA, A.L.D; DAL POZ, M.R. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, 15 (Suplemento): 225-264, 2005.

WACHELKE, J.F.R.; CAMARGO, B.V. **Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento.** Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican

Journal of Psychology. v.41, n. 3, p. 379-390, 2007.

WERNECK, M.A.F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança** [tese]. Niterói: UFF, 1994.

WENNERBERG, J.E. **Variations in medical practice and hospital costs**. Connecticut Medicine, 1985. Jul; 49(7):444-53.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme**. Geneva:WHO; 2003.

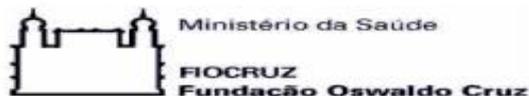
ZANETTI, C.H.G. **Saúde bucal no Programa de Saúde da Família: proposição e programação**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>.

ZANETTI, C.H.G., RAIMUNDOS, S.R., PAES, S.Y., **Ações preventivas e promocionais realizadas no espaço do domicílio e atenção curativa básica de 6-14 anos e adultos nas unidades do Programa Saúde em casa**. Planaltina-DF. Brasília, 1996.

ZELDITCH, J.M. **Some Methodological Problems of Field Studies**. In: McCall-Simmons, n. 13, p. 5-18. 1969.

ZUCCHI, P.; NERO, C.D.; MALIK, A.M. **Gastos em saúde: fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde**. Saúde e Sociedade 9(1/2):127-150, 2000

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa desenvolvida pela pesquisadora Carla Matos, aluna do Mestrado em Atenção Primária com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação das Professoras Alda Lacerda e Valéria Romano.

A pesquisa tem como título: “A PERSPECTIVA DO USUÁRIO NO CUIDADO ODONTOLÓGICO DA CLÍNICA DA FAMÍLIA VICTOR VALLA, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO” e será realizada com os usuários atendidos pela Odontologia na Clínica da Família Victor Valla. O objetivo central desta pesquisa é analisar os serviços de saúde bucal desta clínica da família, situada em Manguinhos, Rio de Janeiro, a partir da percepção usuário.

O convite a sua participação se deve por você já ter utilizado os serviços de saúde bucal da Clínica, no ano de 2013, podendo assim, contribuir com os objetivos da pesquisa.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você pode decidir se quer ou não participar, assim como pode desistir de sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não participar ou desistir da mesma. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

A sua participação nesta pesquisa, será através de respostas a perguntas de uma entrevista individual, que deverá ser gravada em áudio e terá a duração de uma hora. Ressalto que a entrevista somente será gravada se houver a sua autorização. Depois, as entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso a elas a pesquisadora e suas orientadoras. Ao final da pesquisa, todo material será

mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Rubrica pesquisador _____

Rubrica entrevistado _____

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir para a melhoria dos serviços de saúde bucal da Clínica da Família Victor Valla.

A pesquisa possui riscos mínimos mas potenciais de constrangimento durante uma entrevista, que será minimizado com a realização das entrevistas individualmente e nas residências, ou o risco de identificação das falas, que também será minimizado através da identificação das entrevistas por nomes fictícios e não por seus verdadeiros nomes. Ressalto que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não neste termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0,IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Garantimos que as informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais, e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar sua identificação. Você também pode solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas, e a sua solicitação será prontamente atendida. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação.

Este Termo é redigido em duas vias e você receberá uma cópia dele onde constam os contatos da pesquisadora, e do Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Todas as páginas deste Termo deverão ser rubricadas por você, participante da pesquisa, e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas na última página.

Carla Matos – Pesquisadora responsável

Clínica da Família Victor Valla – Av. Dom Helder Câmara, 1390 – Fundos,
Manguinhos, Rio de Janeiro. Tel: (021) 22014476. Email: cmatoss@globocom.com

Rubrica pesquisador _____

Rubrica entrevistado _____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP ou da Prefeitura. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/ Fiocruz

Tel:(021) 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Tel:(021) 39711463

E-Mail: cepsms@rio.rj.gov.br/cepsmsrj@yahoo.com.br

Endereço: Rua Afonso Cavalcante, 455, sala 710 – Cidade Nova - Rio de Janeiro – RJ.

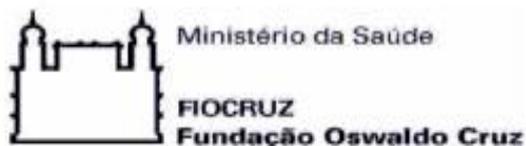
Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2014.

Código do participante _____

Declaro que entendi as condições, os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Declaro que autorizo que a entrevista seja gravada em áudio.

ANEXO II – ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA COM O USUÁRIO



Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) -Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Mestrado Profissional em Atenção Primária com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família

ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA COM O USUÁRIO

Data da coleta: ____/____/____

Entrevistador: Carla Matos

1- MATRIZ NORTEADORA:

TEMA	QUESTÃO FORMULADA	NORTEADORES DA QUESTÃO
I -Percepções sobre acesso e resolutividade	Como o atendimento no dentista?	<ul style="list-style-type: none"> • Qual foi o motivo? • Conseguiu marcação? • Como foi para marcar? • Precisou ser encaminhado?
II -Percepções sobre vínculo e acolhimento	Como você se sentiu nos atendimentos que recebeu?	
VI-Percepção sobre a capacidade de reflexão	Existe alguma coisa que você gostaria que fosse	

do usuário sobre os serviços	diferente na odontologia, se mudaria alguma coisa?	
-------------------------------------	--	--