

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

PATRÍCIA MARIA BARRÊTTO DE ANDRADE VAZ

**REORGANIZAÇÃO DO MODELO DE SUPERVISÃO EM
SAÚDE BUCAL NAS REGIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DO JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**

RECIFE

2012

PATRÍCIA MARIA BARRÊTO DE ANDRADE VAZ

**REORGANIZAÇÃO DO MODELO DE SUPERVISÃO EM SAÚDE BUCAL NAS
REGIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO JABOATÃO DOS GUARARAPES -
PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof^ª Gabriela da Silveira Gaspar

RECIFE

2012

Catlogação na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Vaz, Patrícia Maria Barrêto de Andrade.

Reorganização do Modelo de Supervisão em Saúde Bucal no Município de Jaboatão dos Guararapes - PE./ Patrícia Maria Barrêto de Andrade Vaz. Recife: P. M. B. de A. Vaz, 2012.

49 p.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

Orientadora: Gabriela da Silveira Gaspar

1. Avaliação em Saúde. 2. Saúde Bucal. 3. Regionalização. I. Gaspar, Gabriela da Silveira. II. Título.

CDU

PATRÍCIA MARIA BARRÊTTO DE ANDRADE VAZ

**REORGANIZAÇÃO DO MODELO DE SUPERVISÃO EM SAÚDE BUCAL NAS
REGIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO JABOATÃO DOS GUARARAPES -
PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: ___ / ___ / _____

BANCA EXAMINADORA

MSc Gabriela da Silveira Gaspar

UPE

Dr.Rafael da Silveira Moreira

CPqAM - Fiocruz

AGRADECIMENTOS

A Deus pela forte presença que tem em minha vida, me dando força e discernimento para seguir minha caminhada.

À minha mãe pelo seu amor e dedicação.

A meu esposo e minha filha por compreenderem e me apoiarem nos fins de semana dedicados ao curso.

Aos colegas de curso pela amizade e companheirismo, em especial a Evânia, Márcia, Ivanilde, Evellyn e Bruna.

À minha orientadora, Gabriela Gaspar, pela paciência e serenidade.

À Secretaria de Saúde de Jabotão dos Guararapes, na pessoa de Gessyane Paulino, pela motivação e apoio.

A toda equipe do Curso: coordenação, professores, secretaria, monitoria, pela concretização de mais esta etapa em minha vida.

VAZ, Patrícia Maria Barrêto de Andrade. **Reorganização do modelo de supervisão em Saúde Bucal nas Regionais de saúde do Município do Jaboatão dos Guararapes – PE.** 2012. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo propor a introdução de um instrumento avaliativo de estrutura e processo de trabalho bem como incorporar o monitoramento de indicadores de resultados com a intenção de auxiliar na definição do papel do Supervisor de Saúde Bucal no Município do Jaboatão dos Guararapes, reorganizando o modelo de supervisão. A partir da definição de uma Política Nacional, a saúde bucal passou a ser construída de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, e onde a estratégia de saúde da família passou a ser a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil. Dessa forma verifica-se a necessidade de determinar um processo de planejamento e a avaliação e monitoramento das ações para que o município passe a desenvolver a integralidade da assistência à saúde bucal, com base no processo de regionalização. Além disso, é importante garantir a participação de gestores, usuários e trabalhadores na construção desse modelo, para garantir a participação e o controle social.

Palavras Chaves: Avaliação em saúde, Saúde bucal, Regionalização.

VAZ, Patrícia Maria Barrêto de Andrade. **Reorganization of the model of supervision in oral health in the health regional of the city of Jaboatão dos Guararapes – PE.** 2012. Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services) – Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2012.

ABSTRACT

This project aims to propose the introduction of an assessment tool to structure and work process as well as incorporate the monitoring of performance indicators intended to help define the role of Supervisor of Oral Health in the City of Jaboatão dos Guararapes, reorganizing the supervision model. From the definition of a National policy, oral health has to be built according to the principles and guidelines of the SUS, and where the family health strategy has become a strategic priority for reorganization of primary care in Brazil. Thus there is a need to establish a process of planning, evaluation and monitoring of the actions that the municipality pass to develop comprehensive care to oral health, based on the regionalization process. Furthermore, it is important to ensure the participation of managers, users and workers in the construction of this model, to ensure participation and social control.

Keywords: Evaluation in health, oral health, Regionalization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

MAPA 1 - Cobertura Equipes de saúde da família (2011).....	19
QUADRO 1 - Indicadores do Sistema de Informações da atenção básica.....	24
MAPA 2 - Localização do município do Jaboatão dos Guararapes (2009).....	33
MAPA 3 - Distribuição Geográfica das Regionais por bairros- Jaboatão dos Guararapes (2009).....	35
MAPA 4 - Distribuição geográfica das regionais por bairros. Jaboatão dos Guararapes (2011).....	35
QUADRO 2 - Divisão dos Bairros – Regionalização 2011.....	36
QUADRO 3 - Divisão da População por Regional – 2012.....	36
QUADRO 4 – Distribuição da rede de atenção à saúde bucal regionalizada.....	38
QUADRO 5 – Proposições e metas para a saúde bucal – Jaboatão dos Guararapes.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção básica
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
CD – Cirurgião-dentista
CEO – Centro de especialidades odontológicas
CID – Código internacional de doenças
CPO – Cariado, perdido, obturado
CRESCA – Centro de referência à saúde da criança e do adolescente
DAB – Departamento de atenção básica
EAB – Equipes de atenção básica
ESB – Equipe de saúde bucal
ESF – Estratégia de saúde da família
GPLAN – Gerência de planejamento
IBGE – Instituto brasileiro de geografia e estatística
LRPD – Laboratório regional de prótese dentária
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PDR – Plano Diretor Regional
PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS – Prefeitura Municipal de saúde
PNAB – Programa nacional de atenção básica
PNSB – Política Nacional de saúde bucal
PSF – Programa de saúde da família
RAG – Relatório anual de gestão
SAMU – Serviço de atendimento móvel de urgência
SAS – Secretaria de assistência à saúde
SB- Saúde bucal
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SPA – Serviço de pronto-atendimento
SESAU – Secretaria de saúde
SESP – Serviço especial de saúde pública

SIAB – Sistema de informações da atenção básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico em saúde bucal

UBS – Unidade básica de saúde

UPA – Unidade de pronto-atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3	OBJETIVOS.....	26
3.1	Objetivos Geral	26
3.2	Objetivos Específicos.....	26
4	DIRETRIZES.....	27
5	METAS E ESTRATÉGIAS.....	29
7	PLANO OPERATIVO.....	32
7.1	Caracterização do Município.....	32
7.2	Regionalização.....	34
7.3	Rede de atenção a saúde bucal no Município do Jaboatão dos Guararapes.....	37
7.4	Modelo de gestão Municipal.....	38
8	ASPECTOS OPERACIONAIS.....	40
8.1	Cronograma da intervenção.....	40
8.2	Recursos Humanos.....	42
8.3	Recursos materiais/ equipamentos.....	42
8.4	Orçamento / financiamento.....	42
9	VIABILIDADE DA PROPOSTA.....	43
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
	REFERÊNCIAS.....	45

1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal, através da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), vem se fortalecendo dentro do Sistema Único de Saúde. Com a ampliação da cobertura e expansão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) é imprescindível a implantação do monitoramento e avaliação.

O município do Jaboatão dos Guararapes tem seu processo administrativo e sanitário baseado na regionalização. Atualmente se divide em sete Regionais de Saúde, e cada uma dessas possui um supervisor de saúde bucal.

A implantação da Supervisão em Saúde Bucal nas Regionais de Saúde do Município de Jaboatão dos Guararapes teve seu início baseado na necessidade de reorganização do processo de trabalho e avaliação e monitoramento das ações realizadas pelas equipes de Saúde Bucal.

O acompanhamento das ações é caracterizado pela escuta das demandas das equipes e pelas características das regionais de saúde onde a construção de propostas é pautada no enfrentamento dos problemas identificados, porém sem um parâmetro organizado ou utilizando-se a PNSB como base.

A avaliação do processo de trabalho das ESB, realizado nas regionais de saúde, configura-se atualmente em uma prática onde o planejamento não é bem definido. As ações são fundamentadas apenas na experiência dos supervisores regionais e dessa forma é construído um projeto comum aos profissionais, em que cada atividade proposta é originada de um acordo obtido mediante consenso entre os supervisores e a coordenação municipal de saúde bucal.

Diante desse panorama o que ocorre é uma forte fragilização das equipes de supervisão devido à ausência de institucionalização de práticas estruturadas de planejamento, monitoramento e avaliação das atividades realizadas pelas equipes de saúde bucal do município.

Ademais, para que um processo de Supervisão se desenvolva baseado nestes princípios é necessário que sejam estabelecidos critérios de condução onde o trabalho do Supervisor seja realizado de forma integral e resolutiva, trazendo resultados efetivos para as Regionais de Saúde.

Considerando o contexto municipal supracitado, com o presente estudo pretende-se obter um levantamento mais detalhado da rede municipal de saúde bucal e a partir dessa

análise, realizar o planejamento das ações competentes aos supervisores de saúde bucal visando a reorganização do modelo de supervisão em saúde bucal em Jabotão dos Guararapes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A partir da criação da lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, o Sistema Único de Saúde (SUS) instituído pela Constituição Federal de 1988, foi regulamentado com a garantia de um sistema de saúde universal, integral, igualitário para todos. A lei 8.080 passou a definir que a execução das ações e serviços de saúde seria garantida através da reformulação de políticas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos assegurando acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

As ações de saúde devem estar diretamente relacionadas a fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais garantindo às pessoas condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990b).

Em 28 de junho de 2011, a lei 8.080 passou a ser regulamentada através do decreto 7.508 dispondo sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. (BRASIL 2011a).

Para que o SUS funcione de acordo com seus princípios e diretrizes é necessário que seja pautado em um processo de organização e gestão onde o planejamento seja a base da execução das ações a serem realizadas. Nesse contexto é importante que sejam cumpridas as responsabilidades de cada ente federado para que o SUS possa se organizar de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde (BRASIL, 1990b). Porém é de atribuição comum a todos os entes federados o controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde.

Para que o SUS seja efetivado é necessário que a atenção básica seja fortalecida visto que constitui *“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde”*. (BRASIL, 2006c).

Na organização da Atenção Básica, um aspecto fundamental é o conhecimento do território, que deve ser reconhecido como “Espaço Social” onde se devem levar em consideração dados como perfil demográfico e epidemiológico da população, contexto histórico e cultural, equipamentos sociais e outros considerados relevantes para

intervenção no processo saúde-doença. A apropriação do espaço local é fundamental, pois os profissionais de saúde e a população poderão desencadear processos de mudança das práticas de saúde, tornando-as mais adequadas aos problemas da realidade local (BRASIL, 2006c).

Nesse contexto, surge o processo de municipalização onde o município é o principal responsável pela gestão do sistema de saúde local. Apesar de ter aspectos positivos, este pode conduzir à fragmentação dos serviços, à perda da qualidade e à ineficiência na utilização de recursos (SILVA e MENDES, 2004). Além disso, há uma indefinição no papel do gestor estadual, que repassa suas atribuições para os municípios, muitas vezes forçando-os a investir recursos próprios para organizar seus serviços de saúde. Com isso, a regionalização dos serviços de saúde vem se impondo como uma estratégia para superar entraves advindos desse processo de municipalização (SPEDO, PINTO; TANAKA, 2010).

A Norma Operacional da assistência à saúde/SUS – NOAS-SUS 01/02, no Capítulo I, “estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade” (BRASIL, 2002). Esse processo de regionalização deve buscar um planejamento integrado, com noções de territorialidade, a fim de priorizar as intervenções de acordo com as necessidades de saúde da população, garantindo acesso integral aos usuários do sistema. Nesse contexto o Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi estabelecido como instrumento de organização desse processo de regionalização da assistência à saúde. Sua elaboração é *“baseada na organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades”*(BRASIL, 2002).

O PDR é elaborado pelas Secretarias de saúde dos estados e Distrito Federal e seu planejamento deve envolver os municípios na definição dos espaços regionais de assistência à saúde. Ele contempla ainda a redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos onde os investimentos em saúde serão feitos baseados nas regiões delimitadas (BRASIL, 2002).

Reis; Cesse e Carvalho (2010), consideram que os critérios e indicadores de avaliação que compõem o processo de Regionalização Estadual são importantes, porém não pode apenas se limitar a uma divisão territorial. Para eles, mais importante do que o PDR, é a participação de todos os envolvidos no processo na pactuação de critérios de definição das regionais de saúde.

No sentido de garantir uma regionalização, o pacto pela saúde divulgado pela portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006a) e regulamentado pela portaria 699/GM de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006b), surge como uma tentativa de redefinir as responsabilidades de cada instância gestora do SUS (federal, estadual e municipal) com relação às necessidades de saúde da população. Dessa forma a regionalização está centrada na constituição de regiões de saúde nos estados e municípios com a proposta de organizar as redes de serviços de saúde.

“É importante considerar que a discussão e as propostas operacionais de regionalização do sistema de saúde sempre tiveram como foco principal a organização de sistemas regionais articulando municípios para promover a integração de serviços de distintas densidades tecnológicas. Ainda existe pouca discussão sistematizada sobre experiências de regionalização intramunicipal, particularmente em municípios-sede de regiões metropolitanas e capitais de estados, bem como sobre os desafios para o avanço desse processo” (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

De acordo com VILASBÔAS e PAIM (2008):

“Pode-se afirmar, provisoriamente, que o estudo de práticas de planejamento numa Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na medida em que é um dos componentes da capacidade de governo, deve levar, também, em consideração as relações de tais práticas com o conteúdo propositivo dos projetos de ação, o projeto de governo, e com o grau de controle de variáveis decisivas para a ação da equipe dirigente da SMS, a governabilidade. Ao mesmo tempo, os processos de definição do conteúdo propositivo dos projetos de ação são influenciados pelas práticas de planejamento, que, também, modulam a análise e construção cotidiana da viabilidade política do projeto de governo, expressão da governabilidade do sistema”.(VILASBÔAS; PAIM, 2008).

Para que se possa entender a evolução do sistema de Saúde Bucal Brasileiro se faz necessário fazer uma breve revisão histórica com relação aos modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil:

1- Odontologia Sanitária e Sistema Incremental

Modelo que priorizou a atenção aos escolares do sistema público de primeiro grau, introduzido na década de 50 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com enfoque curativo-reparador em áreas estratégicas do ponto de vista econômico (BRASIL 2006c). Marca o início da lógica organizativa e de programação para assistência odontológica, mas, com uma pobre metodologia preventivo-educativa. Introduz algumas medidas preventivas e, mais recentemente, pessoal auxiliar em trabalho a quatro mãos. Apesar das críticas, o modelo incremental teve sua importância na odontologia porque foi um marco da programação do serviço público odontológico (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

2- Odontologia Simplificada e Odontologia Integral

Instituído ao final dos anos 70, enfatizou a mudança dos espaços de trabalho. Suas principais características foram a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar (BRASIL, 2006c).

3- Programa Inversão da Atenção – PIA

Sua principal característica baseava-se em intervir antes e controlar depois. Por meio de sua matriz programática, buscou adaptar-se ao SUS, porém, sem preocupação com a participação comunitária. Estabeleceu um modelo centrado em três fases: estabilização, reabilitação e declínio. Contava, para isto, com ações de controle epidemiológico da doença cárie, uso de tecnologias preventivas modernas (escandinavas), mudança da “cura” para “controle” e ênfase no autocontrole, em ações de caráter preventivo promocional (BRASIL 2006c). Porém os princípios de universalidade, integralidade e equidade preconizados teoricamente por este sistema não foram seguidos, já que apenas um único grupo populacional é atingido, visto que necessita de um coletivo restrito para atuar (NICKEL; LIMA; SILVA 2008).

4- Modelo de atenção precoce

Este modelo teve como pressuposto a observação de freqüentes problemas bucais em pacientes na primeira infância, introduzindo uma nova mentalidade junto à população e profissionais de saúde sobre a importância da prevenção da cárie dentária ainda na dentição decídua. No Brasil foi implantada inicialmente em 1985 na Universidade Estadual de Londrina, Paraná, com a criação da bebê-clínica. (NICKEL; LIMA e SILVA 2008). Esse modelo pode incluir as gestantes e presta cuidados preventivos desde o nascimento da criança. Assim como os modelos anteriores, não cumpre os princípios da universalidade, integralidade e equidade nas ações de saúde bucal, devido à individualidade de suas ações.

5- Programa de Saúde da Família (PSF)

O Programa de Saúde da Família (PSF) atualmente chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde buscando a universalidade e integralidade da atenção. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (DAB/MS).

Somente em 2000 através da portaria 1.444/GM, de 28 de dezembro (BRASIL, 2000), as equipes de saúde bucal (ESB) foram incluídas, onde as ações executadas pelas ESB são voltadas à promoção da saúde, controle e tratamento das doenças bucais.

“Apesar de se basear na integralidade e universalidade das ações, verifica-se que o acesso integral dos indivíduos aos serviços públicos de saúde não é assegurado em todas as unidades de saúde da família” (NARVAI, 2005).

“Na construção do SUS a realização periódica das Conferências de Saúde Bucal é uma conquista nesse processo e devem se constituir na principal referência para a agenda da saúde bucal coletiva” (NARVAI, 2006).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal realizada de 10 a 12 de outubro de 1986, foi um marco na Odontologia brasileira e trouxe como temas Saúde como dever de todos e direito do Estado, Diagnóstico de saúde bucal no Brasil, Reforma sanitária: inserção da odontologia no Sistema Único de Saúde, Financiamento do setor de saúde bucal (BRASIL, 1986).

A 2ª Conferência, realizada em setembro de 1993, traz em seu relatório final, questões discutidas que permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no Brasil levando em conta a Saúde Bucal como direito de cidadania, um novo modelo de atenção em Saúde Bucal, os recursos humanos, o financiamento e o controle social (BRASIL, 1990a).

A 3ª Conferência, com o tema “Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”, aconteceu de 29 de julho a 1 de agosto de 2004 e definiu propostas sobre educação, controle social e gestão participativa, formação e trabalho em saúde bucal, financiamento e organização da atenção em saúde bucal (BRASIL, 2004a).

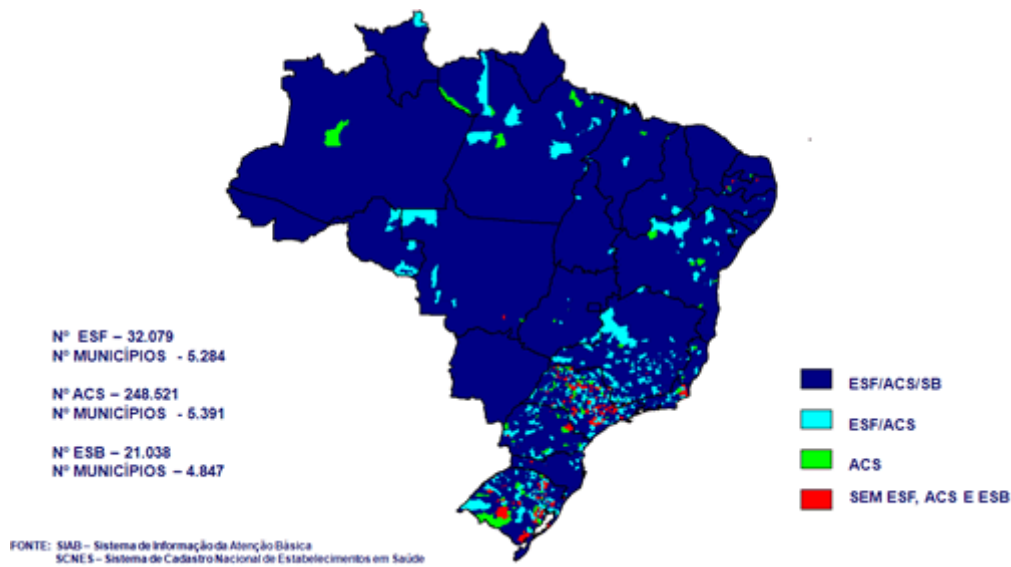
Com a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004, a Saúde Bucal no Brasil passou a ser construída em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. O Programa Brasil Sorridente passou a ser a política de readequação do modelo de assistência odontológica no Brasil (BRASIL, 2006d).

A Saúde da Família é a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, pois, dentre outros princípios, desenvolve atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade. O objetivo principal é priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, cujo atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais que compõem as equipes, criando vínculos de co-responsabilidade entre estes e a população acompanhada, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2006d).

Com a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na estratégia de Saúde da Família através da Portaria GM/MS 1.444, de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000) e posteriormente regulamentada pela Portaria GM/MS 267 de 06 de março de 2001 (BRASIL, 2001), o acesso da população às ações de saúde bucal foi ampliado melhorando assim os índices epidemiológicos de saúde bucal.

As equipes de saúde bucal foram definidas pela portaria GM/MS 267 de 06 de março de 2001 da seguinte maneira: modalidade I, que compreende um cirurgião dentista (CD) e um auxiliar de saúde bucal (ASB) e modalidade II, que compreende um CD, um ASB e um técnico em saúde bucal (TSB). A portaria ainda define as atribuições específicas de cada profissional.

Atualmente no Brasil são 32.079 ESF, sendo 21.038 ESB (DAB 2011) onde se pode observar que houve um crescimento significativo na cobertura de saúde bucal, porém faz-se necessário a ampliação das ESB para que o modelo de assistência à saúde se consolide dentro dos princípios do SUS e em conformidade com a PNSB. (Mapa 1)



Mapa 1. Cobertura Equipes de saúde da família, 2011

Fonte: DAB/MS

Apesar de a atenção básica ser considerada a porta de entrada do sistema, a atenção secundária e terciária em saúde bucal também tem sua importância dentro do processo de reorganização do modelo de atenção à saúde bucal. Dessa forma também foram feitos investimentos através do Brasil Sorridente, com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), assistência hospitalar e atenção odontológica à pessoa com deficiência.

De acordo com a PNSB (BRASIL, 2004b) o desenvolvimento das ações é pautado na perspectiva do cuidado em saúde bucal que tem como princípios norteadores a gestão participativa, a ética, o acesso, o acolhimento, o vínculo e a responsabilidade profissional. Nesse contexto, o processo de trabalho precisa ser readequado ao modelo que se pretende trabalhar levando-se em consideração a interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, a integralidade da atenção, a intersetorialidade, a ampliação e qualificação da assistência, as condições de trabalho dos profissionais e parâmetros que garantam a qualidade dos serviços prestados. As ações de saúde bucal devem ser planejadas de acordo com as demais ações de saúde, buscando seguir um modelo de atenção integral à saúde. Dessa forma ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutive (BRASIL, 2004b).

Uma das formas de organizar o trabalho em saúde é garantir que o trabalho seja realizado em equipe, porém nem sempre os profissionais estão preparados ou dispostos a

trabalhar de forma integrada com os outros membros da equipe.

Para FACCIN; SEBOLD e CARCERERI (2010), as ações de SB apresentam características que decorrem dos problemas estruturais já discutidos, da falta de uma política municipal direcionada à mudança do modelo de atenção e da maneira como os profissionais compreendem o processo saúde-doença. Além disso, a formação do CD gera dificuldades para o profissional no sentido de romper com seu isolamento e integrar-se a outros membros da equipe para desenvolver as ações em saúde.

Para fortalecer o trabalho em equipe é necessário um planejamento local, pois, o trabalho em equipe não garante, por si só, a mudança do modelo assistencial. Também se fazem necessárias, no processo de trabalho na ESF, tecnologias leves como o acolhimento, o vínculo e a responsabilização (FRANCO, 2003 apud FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

A transformação das práticas do processo de trabalho em saúde parece defrontar-se com algumas barreiras, especialmente no que diz respeito à estrutura e organização dos serviços e à formação e capacitação dos profissionais. Essas dificuldades não permitem que os profissionais visualizem possibilidades de avanço a partir da incorporação de novas tecnologias. As melhorias em relação à adequação do número de profissionais, à organização e estruturação da rede de serviços especializados e ao processo de formação e capacitação seriam o caminho mais provável de se seguir (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

De acordo com estudo feito por Martelli et al., (2008) em Municípios do estado de Pernambuco, a maior parte dos municípios avaliados apresenta poucos profissionais adequadamente qualificados em saúde coletiva além de uma prática pouco fundamentada nos princípios do SUS com um modelo ineficaz e de baixo impacto na saúde da população. O mesmo ocorre com os coordenadores de saúde bucal, o que resulta em práticas pouco efetivas e não condizentes às reais necessidades de saúde da população impedindo a efetivação de um modelo condizente com a reorientação das práticas em saúde.

Dessa forma fica evidente que a capacitação dos gestores é uma das soluções para superar o modelo hegemônico de atenção à saúde além de investimento e estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações por eles desenvolvidas (MARTELLI et al., 2008).

A reorientação das funções gerenciais cria condições para o direcionamento do processo de trabalho, para o desenvolvimento de serviços, aplicação de recursos necessários, melhoria nas relações interpessoais, resolutividade e satisfação dos usuários. A gerência

possui um caráter articulador e integrativo, sendo determinante no processo de organização de serviços de saúde e um instrumento para a efetivação das políticas (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

A organização da saúde bucal na atenção básica também pressupõe a avaliação e o planejamento das ações permitindo viabilizar propostas capazes de solucionar os problemas identificados. Dessa forma o planejamento precisa ser sistematizado através da realização de levantamentos epidemiológicos, levantamento de necessidades imediatas e a avaliação de risco para subsidiar o planejamento com dados da realidade populacional (PIMENTEL et al., 2010)

O Projeto SBBrasil, criado pelo Ministério da Saúde, é um projeto de levantamento epidemiológico em saúde bucal que tem como objetivo principal analisar a situação de saúde bucal da população brasileira com o intuito de subsidiar o planejamento e a avaliação das ações de saúde bucal em âmbito nacional, estadual e municipal. (BRASIL, 2011b)

O Brasil Sorridente teve como embasamento epidemiológico a conclusão do Projeto SB Brasil 2003 – Condições da Saúde Bucal da População Brasileira. Entre os pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal, estão: (a) utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento e (b) centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2011b).

O Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, do Ministério da Saúde, é o mais recente levantamento epidemiológico realizado no Brasil, sendo aplicado em 26 capitais, no Distrito Federal e em 150 municípios do interior de diferentes portes populacionais e em indivíduos de várias faixas etárias. A pesquisa analisou a população brasileira com relação à cárie dentária, às doenças da gengiva, necessidades de próteses dentais, condições da oclusão, fluorose, traumatismo dentário e ocorrência de dor de dente, dentre outros aspectos. Dentre os principais resultados apresentados destacam-se os relativos à cárie dentária, avaliada a partir do índice CPO (dentes cariados, perdidos e obturados) que é um indicador utilizado para medir o ataque de cárie no começo da dentição permanente (aos 12 anos). De acordo com classificação adotada pela OMS, o CPO médio mundial é de 1,6. Os resultados do SBBrasil 2010 indicam que o Brasil passou de uma média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4) para uma baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6). Com relação aos problemas periodontais foi detectado que aumentam geralmente com a idade. Porém a presença de cálculo e sangramento é mais comum aos 12 anos e entre os adolescentes. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais

significativo nos adultos (35 a 44 anos). Nos idosos os problemas gengivais tem pequena expressão em decorrência do número reduzido de dentes presentes. Foi registrado que a necessidade de próteses é maior entre os adultos, porém houve uma redução com relação ao levantamento realizado em 2003 (BRASIL, 2011b). Os dados apresentados no projeto são muito importantes para estabelecer uma linha base que servirá como instrumento de planejamento das ações de prevenção e tratamento, tanto em âmbito Nacional quanto Municipal.

Para Savassi e Dias, planejar requer decisões e ações imediatas. O planejamento não é uma lista de desejos ou boas intenções, mas deve enunciar objetivos alcançáveis, caso contrário perderá a credibilidade. Planejar exige a ousadia de visualizar um futuro melhor, exige maturidade e obriga a selecionar as ações concretas necessárias para alcançar o objetivo desejado.

O planejamento necessita ainda ser permanente, visto que a realidade se transforma de acordo com o momento em que se vive. O processo de planejamento da qualidade na área da saúde envolve quem produz e quem utiliza os serviços. O planejamento da qualidade não é definitivo e estático, visto que o desenvolvimento do conhecimento e a dinâmica social exigem melhorias contínuas na maneira de oferecer o serviço (VOLPATO et al., 2010).

Segundo Vieira (2009) sem a realização de planejamento os serviços de saúde funcionam de forma desarticulada, e as ações são produzidas de acordo com a visão de cada dirigente e colaborador ou de seu entendimento sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado. Se não há visão clara de onde se deseja chegar, cada indivíduo conduzirá e realizará suas atividades à sua maneira.

Os processos de trabalho referentes às ações de expansão e melhoria dos serviços como o planejamento e a programação, a elaboração de normas e rotinas técnicas, a contratação de empresas de fornecedores de materiais, a alocação e capacitação dos trabalhadores e a dotação de recursos financeiros são para Souza (2009), funções gerenciais e, portanto, torná-las regulares é tarefa do gestor.

Porém, para Vieira (2009) o envolvimento dos profissionais de saúde no processo de planejamento é muito importante, pois eles são os responsáveis pelo alcance dos objetivos e metas propostos. Como estes geralmente não fazem parte do processo de sua definição, geralmente se observa o distanciamento entre o plano estabelecido e os resultados alcançados. O plano constitui-se apenas de um conjunto de intenções que figuram em um documento, mas que não levam a resultados práticos.

Para Narvai (2006), a saúde bucal das populações "*não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta*" e nesse processo também estão incluídos os profissionais de saúde bucal. Para que esse envolvimento ocorra é necessário que, tanto os profissionais quanto os gestores, conheçam as proposições e referências no âmbito da saúde bucal coletiva, definindo assim uma agenda coerente com as necessidades expressas no que se vem discutindo a nível nacional e mundial (NARVAI, 2006).

Para Savassi e Dias, o processo de planejamento visa o compromisso firmado entre equipes, gestores e população usuária, ou seja, todos os atores envolvidos devem participar da pactuação das ações para que o planejamento funcione e os resultados sejam obtidos.

De acordo com Volpato et al., (2010) o planejamento da qualidade na atenção primária se faz necessário e deve ser fundamentado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS. E para auxiliar no planejamento da qualidade, existem várias alternativas de ferramentas.

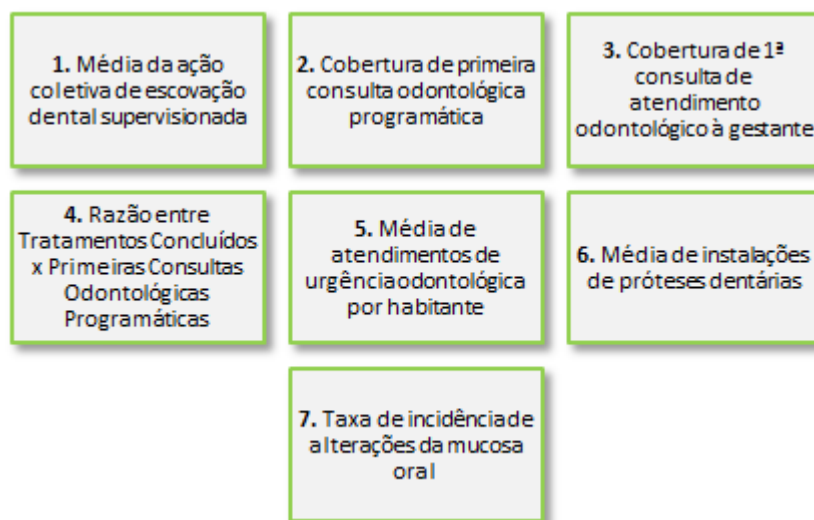
Com a proposta da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), surge como estratégia de qualificação o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Departamento de Atenção Básica – DAB/SAS/MS, cujo principal objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade (BRASIL 2011c).

O PMAQ foi instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011(BRASIL, 2011d) e define compromissos para as equipes de atenção básica e para os três entes de gestão. Dentre os compromissos da gestão municipal estão a garantia de oferta mínima de ações de saúde para a população coberta por cada Equipe de Atenção Básica; implantação de processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da Atenção Básica no município e a realização de ações para a melhoria das condições de trabalho das Equipes de Atenção Básica (EAB).

No momento de adesão ao programa, entre os compromissos contratualizados pelas EAB e pelas gestões municipais, encontra-se um conjunto de indicadores que serão avaliados e monitorados por meio do sistema de informação da atenção básica (SIAB). Para se adequar ao processo, o SIAB passou por uma revisão a fim de viabilizar seu uso no monitoramento dos resultados das equipes. (Quadro 1)

A adesão dos Municípios ao PMAQ está condicionada a parâmetros mínimos de organização de maneira a assegurar os princípios da Atenção Básica, tais como a definição do território de atuação das UBS e da população adscrita por EAB (BRASIL 2011c).

O município do Jaboatão dos Guararapes fez adesão ao PMAQ em 2011 pleiteando a qualificação de vinte ESF que aderiram e assinaram o termo de compromisso (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2011).



Quadro 1. Indicadores do Sistema de Informações da atenção básica

Fonte: Departamento de Atenção Básica – ministério da saúde

Alguns desses indicadores já faziam parte do Pacto de indicadores da atenção básica, como a cobertura de primeira consulta odontológica programática e a média de ação coletiva de escovação dental supervisionada.

A utilização da avaliação passou a se constituir numa ferramenta importante para a qualificação das ações e do cuidado à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade (ALMEIDA e GIOVANELLA, 2008). Portanto, segundo Hartz e Silva (2010), a partir da elaboração do modelo de avaliação, é preciso estabelecer os indicadores e parâmetros que serão utilizados, assim como as respectivas fontes de informação a serem consideradas. Como o processo de avaliação é dinâmico, novos indicadores podem ser criados ou podem ser ajustados aos indicadores já existentes. Um único indicador usado isoladamente traz pouca informação, devendo-se eleger um grupo de indicadores que, quando analisados conjuntamente, produzam avaliações coerentes para a gestão do sistema de saúde em questão. Martelli (2001), em seu estudo, mostra a evolução do SUS ao longo dos anos desde sua criação, avaliando incentivos, financiamentos, políticas, modelos assistenciais, processos de gestão com enfoque no nível Municipal, abordando ainda a construção de modelos

alternativos na saúde bucal. O município avaliado por ele (Camaragibe-PE) desenvolveu um modelo alternativo, porém baseado nos princípios e diretrizes do SUS.

Segundo Colussi (2010), apesar das discussões a respeito da avaliação da qualidade da atenção em odontologia, ainda existem poucos estudos na literatura referentes a este tema, que poderiam subsidiar a construção de uma política nacional considerada de qualidade, atendendo aos princípios de integralidade, equidade e universalidade. Para ela, utilizando-se a avaliação como um instrumento de gestão, pode-se propor um modelo de avaliação da qualidade da atenção odontológica. A avaliação pode contribuir no processo de tomada de decisões, planejamento, distribuição de recursos e priorização das ações em saúde bucal. Porém é muito importante que o registro das informações nos bancos de dados dos sistemas de informação seja valorizado para subsidiar o monitoramento das ações e serviços. A dificuldade na obtenção de dados foi a maior dificuldade observada por ela no estudo realizado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Reorganizar o modelo de supervisão em saúde bucal nas regionais de saúde do município do Jaboatão dos Guararapes.

3.1 Objetivos Específicos

- Realizar diagnóstico da rede de serviços de saúde bucal no município do Jaboatão dos Guararapes.
- Identificar os principais entraves na execução do atual processo de supervisão em saúde bucal nas regionais de saúde do Município
- Definir as atribuições dos supervisores regionais de saúde bucal.
- Criar instrumento de avaliação das estruturas das Unidades de Saúde
- Diagnosticar o processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal
- Pactuar indicadores de resultados
- Criar um protocolo de supervisão único para todas as Regionais de Saúde do município.
- Realizar levantamento epidemiológico em Saúde Bucal para subsidiar o planejamento das ações

4 DIRETRIZES

As diretrizes do Plano de intervenção proposto seguirão os princípios norteadores das ações de saúde bucal preconizados pela Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004d) adaptadas à realidade Municipal.

Diretriz 1- Gestão participativa

Construir coletivamente o modelo de supervisão em saúde bucal no município do Jabotão dos Guararapes, assegurando a participação dos trabalhadores e usuários, fortalecendo a participação e o controle social.

Diretriz 2 – Ética

Garantir que todas as ações planejadas sejam baseadas nos princípios universais da ética em saúde.

Diretriz 3 – Acesso

Garantir o acesso universal para a assistência à saúde bucal e dar atenção a toda demanda apresentada, desenvolvendo ações coletivas e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de cada regional de saúde do município.

Diretriz 4 – Acolhimento

Acolher o usuário na sua integralidade, organizando o serviço direcionado às suas necessidades, onde o acolhimento seja feito por uma equipe multiprofissional, contribuindo para o aumento da resolutividade.

Diretriz 5 – Vínculo

Responsabilizar as equipes de saúde na solução dos problemas de sua área de abrangência, ofertando ao usuário ações qualificadas e eficazes, definindo as responsabilidades de cada membro da equipe.

Diretriz 6 – Responsabilidade profissional

Desenvolver práticas profissionais baseadas no respeito ao usuário e conhecimento do contexto familiar, conduzindo o profissional a oferecer atenção integral à saúde e às necessidades da população do seu território.

5 METAS E ESTRATÉGIAS

Metas	Estratégias
1-Estruturar a rede de serviços em saúde bucal, garantindo referência e contra-referência para todos os usuários	a) Reunião com os supervisores das Regionais, a coordenação de Saúde Bucal e a gerência de atenção básica e Secretária Municipal de Saúde para apresentação do Plano de intervenção b) Análise da rede de serviços em SB do Município
2-Desenvolver ações integradas em saúde bucal no primeiro semestre de 2013, a partir da determinação do perfil da população por Regional de Saúde	a) Reunião com os supervisores das Regionais, a coordenação de Saúde Bucal para discutir a PNSB e a regionalização Municipal b) Utilizar no planejamento das ações as ferramentas disponíveis (MS, DAB, Bancos de dados, etc)
3-Realizar o diagnóstico de 100% da estrutura das Unidades de Saúde	a) Reunião com os supervisores das Regionais e a coordenação de Saúde Bucal para criação de instrumento de avaliação da estrutura das Unidades de saúde por cada supervisor nas suas respectivas Regionais b) Realização de avaliação da estrutura das Unidades de saúde em todas as regionais de saúde, através do instrumento criado c) Emissão de relatórios pelos supervisores

4-Acompanhar e favorecer o alcance mensal das metas dos indicadores pactuados	<p>a) Reunião com os supervisores das Regionais, a coordenação de Saúde Bucal e a gerência de atenção básica para pactuar os indicadores de Saúde Bucal a serem monitorados</p> <p>b) Reunião com as equipes de saúde para apresentar as propostas</p> <p>c) Reuniões mensais de avaliação dos indicadores pactuados</p>
5-Avaliar e monitorar mensalmente as ações e o processo de trabalho das equipes de saúde bucal (ESB)	<p>a) Reunião com os supervisores das Regionais, a coordenação de Saúde Bucal para criação de instrumento de identificação e diagnóstico do processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal</p> <p>b) Identificação e diagnóstico do processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal pelos supervisores em suas respectivas regionais</p> <p>c) Reuniões mensais com as equipes realizadas pelos supervisores em suas respectivas regionais</p> <p>d) Emissão de relatórios pelos supervisores</p>
6-Fortalecer o processo de educação permanente para todas as equipes de saúde bucal	<p>a) Pactuar com a coord. de saúde bucal capacitações mensais para as ESB</p> <p>b) Manter parcerias com instituições de ensino para garantir o processo de Ed. Permanente das equipes</p>
7-Capacitar todos os supervisores e coordenação de saúde bucal para a gestão do serviço	<p>a) Pactuar com a Secretaria Municipal de Saúde, incentivo para capacitação dos supervisores e coord. saúde bucal</p>

8-Padronizar a supervisão em saúde bucal nas regionais a partir da criação do instrumento de supervisão no primeiro semestre de 2013	<p>a) Reunião com os supervisores, a coord. Saúde bucal e a gerência de at. Básica para definição das ações da supervisão de saúde bucal do município</p> <p>b) Reunião com os supervisores, a coord. Saúde bucal e a gerência de at. Básica para criação de instrumento de supervisão (protocolo)</p>
9-Reavaliar mensalmente a condução do processo de supervisão	a) Reuniões mensais de reavaliação e discussão do processo de supervisão com a coord. saúde bucal e os supervisores
10-Manter processo constante de avaliação e monitoramento em saúde bucal em todas as regionais de saúde	<p>a) Emissão de relatórios mensais de supervisão</p> <p>b) Reuniões mensais para avaliação dos resultados</p>
11-Pactuar com a Secretaria Municipal de saúde investimento para o levantamento epidemiológico em saúde bucal do município	a) Reunião com a Secretaria Municipal de saúde para apresentar a importância do levantamento epidemiológico em SB para o Município, mostrando os resultados do SBBrazil 2010

Fonte: elaborado pela autora - 2012

6 PLANO OPERATIVO

O plano de intervenção proposto será realizado no período de Janeiro de 2013 a agosto de 2013 nas sete regionais de saúde do Município do Jaboatão dos Guararapes tendo como núcleo central a coordenação de saúde bucal do município. Os critérios a serem avaliados no plano serão discutidos pelos supervisores de saúde bucal, a coordenação municipal de saúde bucal e a gerência de atenção básica. As definições serão todas registradas através de relatórios que servirão como orientação do processo de reorganização da supervisão.

Na primeira etapa do projeto serão realizadas reuniões sistemáticas com os supervisores de saúde bucal, a coordenação de saúde bucal e a gerência de atenção básica para apresentação do projeto e discussão sobre o modelo atual de supervisão no município.

Na segunda etapa serão criados os instrumentos de avaliação das unidades de saúde, instrumento de supervisão em saúde bucal, a pactuação de indicadores a serem monitorados e o levantamento epidemiológico em Saúde Bucal.

Na terceira etapa será definido o novo modelo de supervisão em saúde bucal para o município do Jaboatão dos Guararapes baseado nos relatórios emitidos como resultados das discussões e nos dados obtidos através do levantamento epidemiológico.

6.1 Caracterização do Município

O Município do Jaboatão dos Guararapes, localizado na Região Metropolitana do Recife, apresenta uma extensão territorial de 258, 566 km². Limita-se ao Norte com a Cidade do Recife e o Município de São Lourenço da Mata, ao Sul com o Município do Cabo de Santo Agostinho, a Leste com o Oceano Atlântico e a Oeste com o Município de Moreno (Mapa 2). Tem uma população estimada em 644.620 habitantes e densidade demográfica corresponde a 2.493,06 hab./km² (IBGE, 2010).



Mapa 2. Localização do município do Jaboatão dos Guararapes, 2009

Fonte: Geoprocessamento/GPLAN/SESAU-Jaboatão dos Guararapes.

Distante da capital por 19,4km está a 76m acima do nível do mar, possui clima quente e úmido além de temperatura média anual de 28°C. Apresenta vegetação de mata, capoeira, manguezais e canaviais. As áreas de mata atlântica perfazem pouco mais de 3% do território municipal com a área de cobertura vegetal sendo tomada gradativamente pela cultura canavieira e de subsistência. A cidade está localizada em uma bacia hidrográfica caracterizada por pequenos rios litorâneos. O Rio Jaboatão, principal curso d'água, é o mais importante desta bacia que conta ainda com o rio Pirapama. Tem como principal afluente o rio Duas Unas que conta com 72 km de extensão. Desta bacia hidrográfica fazem parte ainda mais oito municípios. (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2009b)

O litoral jaboatonense é composto pelas praias de Piedade, Candeias e Barra de Jangada. Além disso, tem como componentes os manguezais, restingas e a foz do Rio Jaboatão, todas as áreas de grande diversidade ecológica. O conjunto geológico do Jaboatão envolve três conjuntos minerais importantes: o Maciço Pernambuco-Alagoas (75% da área do município), o conjunto rochoso do Grupamento Pernambuco e os sedimentos de cobertura dispostos na faixa litorânea. (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2009b)

Quanto à questão climática, o período chuvoso se desenvolve entre os meses de março e agosto, com precipitação pluviométrica variando de 140 a 270 mm mensais e volume anual de 1.500mm. A temperatura média se situa em torno de 26°C, com mínima de 18°C e máxima de 32°C. (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2009b)

Jaboatão dos Guararapes é o segundo maior município de Pernambuco na economia e no tamanho da população, tendo uma importante base industrial e uma boa infra-estrutura de turismo de negócios. (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2009b)

Com relação à atenção à saúde, Jaboatão dos Guararapes oferece serviços de atenção básica e especializada, ofertando atendimento ambulatorial nas especialidades médicas, odontológicas, reabilitação, fisioterapia e exames laboratoriais. Os serviços encontram-se disponíveis nas Unidades básicas de saúde, Unidades de saúde da família, Policlínicas, Centros de Referência, Hospitais e clínicas conveniadas e Laboratório Municipal. Dispõe ainda de três UPA's estaduais onde são realizados atendimentos de urgência e emergência em ortopedia, clínica médica e pediatria. Jaboatão ainda faz parte do SAMU metropolitano que oferece pronto-atendimento em casos de urgência e emergência. (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2012)

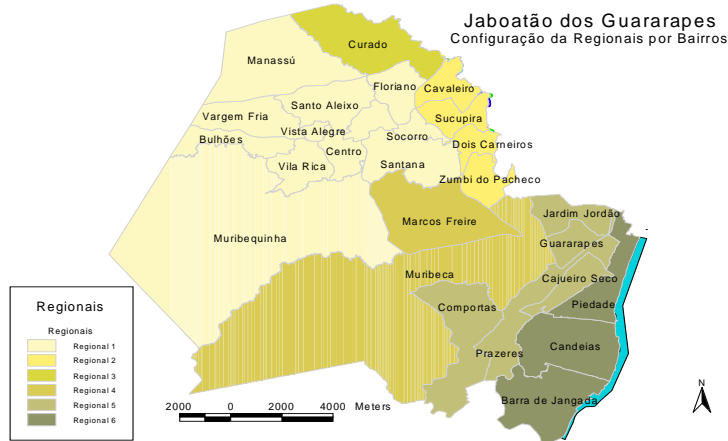
A Estratégia de Saúde da família é a principal condição para o processo de organização e fortalecimento da atenção primária no Município, onde a prioridade da Secretaria de Saúde é ampliar a rede de atendimento melhorando o acesso da população aos serviços.

6.2 Regionalização

Em 2006, o município do Jaboatão dos Guararapes habilitou-se junto ao Ministério da Saúde à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, embora não tenha assumido a gestão e gerência de todos os serviços de saúde em seu território, a exemplo, o Hospital e Policlínica Jaboatão - Prazeres, que embora sua demanda de atendimento seja 97% de munícipes, a gestão e gerência ainda se encontram com a Secretaria Estadual de Saúde (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2009b).

Até o início de 2009, a gestão de saúde do Município era toda centralizada na sede da secretaria, tendo sua descentralização iniciada a partir da nova gestão com a regionalização do Município (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2009a). Esse processo possibilitou adotar a

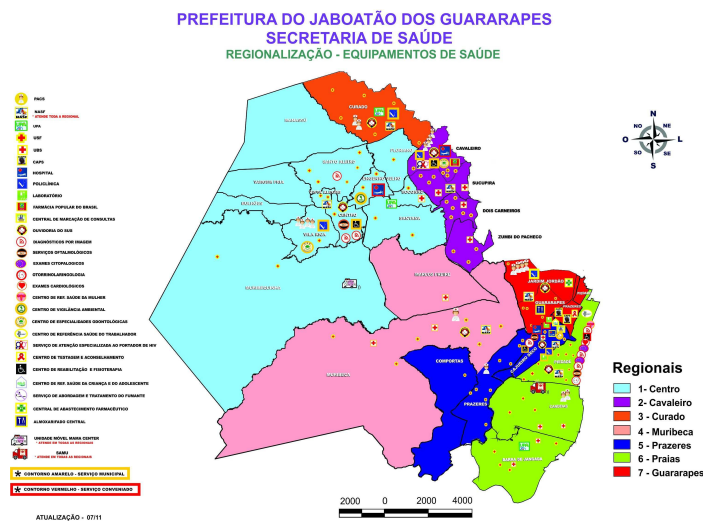
divisão territorial do município em seis Regionais com seus respectivos núcleos de saúde, considerando critérios demográficos, epidemiológicos, sociais, culturais e econômicos.(Mapa 3)



Mapa 3. Distribuição Geográfica das Regionais por bairros. Jabotão dos Guararapes, 2009

Fonte: Geoprocessamento/GPLAN/SESAU-Jabotão dos Guararapes

Em 2011 o município atualizou a distribuição geográfica das regionais passando a contar com sete regionais de saúde. Esse processo de redistribuição se deu devido à identificação de algumas áreas das regionais 05 e 06 durante a operacionalização das gerências regionais (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2011). Esta alteração na regionalização teve a preocupação em garantir a compatibilidade do território de cada regional com a malha censitária utilizada pelo IBGE. (Mapa 4)



Mapa 4. Distribuição geográfica das regionais por bairros. Jabotão dos Guararapes, 2011

Fonte: Geoprocessamento/GPLAN/SESAU-Jabotão dos Guararapes

A divisão do Município em Regionais de Saúde permitiu um melhor acompanhamento e avaliação das ações, orientados pelos problemas e necessidades de saúde da população de acordo com o perfil de cada comunidade. Nesse contexto foi criada a Gerência de Planejamento a fim de formular as políticas de saúde do Município na lógica da Regionalização. As Regionais têm seus limites definidos pelos bairros que as compõem distribuídos de acordo com critérios físico-geográficos, ambientais, culturais, sociais, dentre outros. (Quadro 2)

Regional	Bairros
1 - Jaboatão Centro	Manassú, Socorro, Vargem Fria, Bulhões, Santo Aleixo, Vila Rica, Floriano, Centro, Vista Alegre, Santana, Engenho Velho Muribequinha
2 - Cavaleiro	Cavaleiro, Dois Carneiros, Sucupira, Zumbi do Pacheco
3 - Curado	Curados I, II, III, IV, V e VI
4 - Muribeca	Marcos Freire, Muribeca
5 - Prazeres	Cajueiro Seco, Comportas e parte de Prazeres
6 – Praias	Candeias, Barra de Jangada e parte de Piedade
7 - Guararapes	Guararapes, Jardim Jordão, parte de Piedade e de Prazeres.

Quadro 2. Divisão dos Bairros – Regionalização 2011

Fonte: Geoprocessamento/GPLAN/SESAU-Jaboatão dos Guararapes

A Regional 1, Jaboatão Centro, possui 115.138 habitantes distribuídos em doze bairros. A Regional 2, Cavaleiro, possui 112.424 habitantes distribuídos em quatro bairros e possui a maior densidade demográfica do município. A Regional 3, Curado, com 46.449 habitantes, abrange os bairros do Curado e possui a menor área territorial. A Regional 4, Muribeca, possui 48.030 habitantes e compreende os bairros de Marcos Freire e Muribeca. A Regional 5, Prazeres, possui 76.684 habitantes abrangendo três bairros. A Regional 6, Praias, possui a maior população com 158.114 habitantes distribuídos em três bairros. A Regional 7, constituída a partir da atualização da regionalização em 2011, apresenta 87.781 habitantes. (Quadro 3)

Regional	População estimada
1 - Jaboatão Centro	115.138 Hab.
2 - Cavaleiro	112.424 Hab.
3 - Curado	46.449 Hab.
4 - Muribeca	48.030Hab.
5 - Prazeres	76.684 Hab.
6 – Praias	158.114 Hab.
7 - Guararapes	87.781 Hab.
TOTAL	644.620 Hab.

Quadro 3. Divisão da População por Regional – 2012

Fonte: IBGE, 2010.

6.3 Rede de Atenção à Saúde Bucal no Município do Jaboatão dos Guararapes

A rede Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes oferece serviços de atenção básica e especializada e tem a Estratégia de saúde da família como orientadora do modelo assistencial do Município (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2012).

Atualmente o Município possui oitenta e quatro equipes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que corresponde a 52,2% da cobertura populacional, sendo setenta e quatro equipes de saúde bucal (ESB), o que corresponde a 38,31% de cobertura de saúde bucal sendo ainda insuficiente para a resolutividade da atenção primária. Desse total de ESB existem dez equipes com uma equipe de saúde bucal para duas equipes de saúde da família e sessenta e quatro com uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família, todas elas na modalidade II (um CD e um ASB). O município conta ainda com o apoio de cinco policlínicas e treze Unidades Básicas de saúde (UBS) distribuídas nas Regionais (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2012).

O município possui ainda um Centro de Referência Especializado da criança e do adolescente (CRESCA) que presta atendimento multiprofissional. O Centro dispõe de oito dentistas prestando atenção básica e especializada (odontopediatria, endodontia, ortodontia) a crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 14 anos (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2012).

Na atenção especializada em saúde bucal, o Município possui três Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), nas Policlínicas Marinha Melo (Regional 1), Policlínica Cônego Souza leão (Regional 2) e Policlínica Carneiro Lins (Regional 5), que realizam atendimentos nas especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais. Os três CEO's possuem Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD (Prótese removível e Prótese total), que visam suprir uma grande necessidade da população, a reabilitação oral protética. (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2012)

A distribuição da rede de Atenção à Saúde Bucal regionalizada está descrita no Quadro 4.

REGIONAL	TOTAL ESF	TOTAL ESB	POLICLÍNICAS	UBS	CEO	LRPD	CRECA
Reg 1- Jaboatão Centro	17	15	01	01	01	01	00
Reg 2- Cavaleiro	18	16	01	04	01	01	00
Reg 3- Curado	07	05	01	00	00	00	00
Reg 4 – Muribeca	06	05	00	03	00	00	00
Reg 5 – Prazeres	15	14	01	01	01	01	01
Reg 6 – Praias	15	14	00	04	00	00	00
Reg 7 - Guararapes	06	05	01	00	00	00	00
Total	84	74	05	13	03	03	01

Quadro 4. Distribuição da rede de atenção à saúde bucal regionalizada

Fonte: Jaboatão dos Guararapes, 2012

6.4 Modelo de Gestão Municipal

No organograma atual da Secretaria de Saúde, a saúde bucal está representada pela chefia do Núcleo de Saúde Bucal que está ligada à Coordenação de Assistência especializada. Cada Regional de Saúde possui um supervisor de saúde bucal que é responsável pelas Unidades de abrangência da regional correspondente. A supervisão de Saúde Bucal nas Regionais de saúde foi implantada a partir de março de 2011 com o objetivo inicial de reorganização do processo de trabalho e avaliação e monitoramento das ações realizadas pelas equipes de Saúde Bucal (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2011). Porém o que se observa atualmente é a inexistência de uma política estruturada de planejamento de ações e definição de tarefas dos supervisores. O próprio organograma do Município não facilita esse processo visto que a saúde bucal não funciona como coordenação, onde sua figura esta representada por uma chefia de Núcleo ligada à coordenação de assistência especializada e não à gerência de atenção primária.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes (Jaboatão dos Guararapes, 2009b), o objetivo traçado para a Saúde Bucal é desenvolver ações individuais e coletivas com ênfase na promoção e prevenção em saúde bucal visando à integralidade da assistência. As proposições e metas se encontram no Quadro 5.

PROPOSIÇÕES	METAS	PERÍODO
Ampliar o acesso à rede de assistência à saúde bucal	a) 100% das Equipes de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal modalidade I implantada;	2010-2011
	b) 04 (quatro) Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs implantados	2010-2013
	c) 04 laboratórios regionais de prótese dentária – LRPD implantados;	2010-2013
	d) 2 CEOs com serviço de ortodontia funcionando;	2010-2013
	e) 01 SPA em odontologia implantado;	2011
	f) 80% das Unidades de Saúde da atenção primária com escovódromo funcionando;	2010-2013
Qualificar os profissionais para o atendimento na assistência à saúde bucal	a) 100% das Equipes de Saúde Bucal capacitadas em atendimento Humanizado;	2010-2013
	b) 01 Protocolo de Atenção à Saúde Bucal implantado.	2011

Quadro 5. Proposições e Metas para a Saúde Bucal – Jaboatão dos Guararapes

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes – 2010-2013

Dentre as proposições e metas apresentadas, foi verificado durante o processo de supervisão, que existe uma grande dificuldade no cumprimento de algumas das metas propostas devido à ineficácia no planejamento e por não haver no Município um levantamento epidemiológico em saúde bucal que direcione adequadamente o que se propõe a realizar. Outro grande entrave observado é que a maioria dos supervisores não possui capacitação para a gestão pública, o que dificulta bastante a condução do trabalho e o entendimento da lógica dos serviços. Um ponto positivo observado é que, dos sete supervisores apenas dois são contratados e todos já fizeram parte da rede de assistência odontológica municipal, o que facilita em parte o conhecimento da realidade populacional do município.

7 ASPECTOS OPERACIONAIS

7.1 Cronograma da Intervenção

2013

ESTRATÉGIA	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
1a) Reunião com os supervisores das Regionais, a coordenação de Saúde Bucal e a gerência de atenção básica e SMS para apresentação do Plano de intervenção.	X							
1b) Análise da rede de serviços em SB do Município.		X						
2a) Reunião com os supervisores das Regionais, a coordenação de Saúde Bucal para discutir a PNSB e a regionalização Municipal.	X							
2b) Utilizar no planejamento das ações as ferramentas disponíveis (MS, DAB, Bancos de dados, etc).	X							
3a) Reunião com os supervisores das Regionais, e a coordenação de Saúde Bucal para criação de instrumento de avaliação da estrutura das Unidades de saúde por cada supervisor nas suas respectivas Regionais.			X					
3b) Realização de avaliação da estrutura das Unidades de saúde em todas as regionais de saúde, através do instrumento criado para essa finalidade.			X	X				
3c) Emissão de relatórios pelos supervisores				X				
4a) Reunião com os supervisores das Regionais, a coordenação de Saúde Bucal e a gerência de atenção básica para pactuar os indicadores de Saúde Bucal a serem monitorados.					X			

10b) Reuniões mensais para avaliação dos resultados						X	X	X
11a) Reunião com a SMS para apresentar a importância do levantamento epid. em SB para o Município, mostrando os resultados do SBBrasil 2010					X			

7.2 Recursos Humanos

Para a execução do Plano de intervenção proposto estarão envolvidos neste processo, os Supervisores Regionais de Saúde Bucal, a Coordenação de Saúde Bucal e a gerência de Atenção básica, além da participação do Conselho Municipal de Saúde e dos trabalhadores da Saúde Bucal do Município.

7.3 Recursos Materiais / Equipamentos

- Computador
- Impressora
- Datashow
- Transporte
- Tinta para impressora
- Material de papelaria: papel ofício, caneta, lápis, borracha

7.4 Orçamento / Financiamento

Todos os recursos materiais e equipamentos a serem utilizados neste plano de intervenção serão fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde sem custo adicional, visto que já se encontram disponíveis.

8 VIABILIDADE DA PROPOSTA

O plano de intervenção em questão apresenta viabilidade financeira e política uma vez que esta proposta visa reorganizar o modelo de Supervisão em Saúde Bucal do Município e está fundamentada na Política Nacional de Saúde Bucal. Ademais, encontra-se pactuado com a gestão municipal através da Secretaria de Saúde e o mesmo não apresenta custos adicionais.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação deste plano de intervenção na reorganização do modelo de supervisão em saúde bucal do Município do Jaboatão dos Guararapes possibilita a identificação dos pontos nos quais a gestão municipal deve aperfeiçoar suas ações, e a possibilidade de planejamento de acordo com a PNSB. Fica evidente a necessidade de organização da assistência à saúde bucal no município bem como a qualificação e definição do papel dos supervisores nas regionais de saúde.

Para que o plano seja efetivado é necessário que haja a participação de todos os atores envolvidos, gestão, trabalhadores e usuários para que se construa um processo coletivo de adequação da assistência à saúde bucal.

É importante ainda que se invista em levantamentos epidemiológicos para que o planejamento, a avaliação e monitoramento das ações sejam pautados nas necessidades locais contribuindo assim para uma adequada assistência odontológica para a população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Ligia. **Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006.** Cad Saúde Pública 2008; 24:1727-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/02.pdf>. Acesso em dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **1º Conferência nacional de saúde bucal:** relatório final. Brasília, 1986. 11p. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: set 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **2º Conferência nacional de saúde bucal:** relatório final. Brasília, 1990a. 60p. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: set. 2012.

BRASIL. Decreto-lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Diário oficial da República Federativa do Brasil.** Poder executivo. Brasília, DF. 19 set. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm >. Acesso em: jan 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº-1.444, de 28 de dezembro de 2000.** Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 28 dez 2000. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acesso em: set 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267 de 06 de março de 2001. Regulamentação da Portaria n.º 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). **Diário oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 07 mar 2001. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/32_Portaria_267_de_06_03_2001.pdf>. Acesso em: set 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02: estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 28 fev. 2002. Seção I, p. 52. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: set 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **3ª Conferência nacional de saúde bucal**: relatório final. Brasília, 2004a. 148p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União** [DOU]. Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: set 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão. **Diário Oficial da União** [DOU]. Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-699.htm>>. Acesso em: set 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Caderno de Atenção Básica**. n. 17 - Saúde Bucal. Brasília, 2006c. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação Nacional de saúde bucal. Série técnica - Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. **A Política Nacional de Saúde Bucal: registro de uma conquista histórica**. Brasília, 2006d. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: 11 set. 2012.

BRASIL. Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**. Poder executivo, Brasília, DF. 28 jun. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: jul 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2010**. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)- Manual instrutivo** – Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1654/GM de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União [DOU]**. Brasília, 2011d. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108814-1654.html>>. Acesso em jan 2012.

COLUSSI, Cláudia Flemming. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina**. 2010. 298 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Departamento de Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal De Santa Catarina, Santa Catarina, 2010. Disponível em: <<http://nepas.ufsc.br/wp-content/uploads/TESE-COMPLETA2.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2012.

COLUSSI, Cláudia Flemming; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**. Set 2011, v. 27, n.9, p.1731-1745. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24 jul. 2012.

FACCIN, Deniz; SEBOLD, Rafael; CARCERERI, Daniela Lemos. **Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade**. Ciência e saúde coletiva, Jun 2010, vol.15, supl.1, p.1643-1652. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700076&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24 jul. 2012

FERNANDES, Léia Cristiane L; MACHADO, Rebel Zambrano; ANSCHAU, Geovana Oliveira. **Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio De Janeiro. v. 1, n. 14, p.1541-1552, 2009.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio De Janeiro. Fiocruz, 2010. 275 p.

IBGE. Censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: jul 2012.

JABOATÃO DOS GUARARAPES. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Planejamento. **Relatório Anual de Gestão(RAG) 2009**. Jaboatão dos Guararapes, 2009a.

JABOATÃO DOS GUARARAPES. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde(PMS) 2010-2013**. Jaboatão dos Guararapes, 2009b.

JABOATÃO DOS GUARARAPES. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Planejamento. **Relatório Anual de Gestão(RAG) 2011**. Jaboatão dos Guararapes, 2011.

JABOATÃO DOS GUARARAPES. Secretaria Municipal de Saúde. **Rede de serviços de Saúde** – Edição 2012. Jaboatão dos Guararapes, 2012.

MARTELLI, Petrônio José de Lima et al. **Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco**. Ciência e Saúde coletiva, Out 2008, v.13, n.5, p.1669-1674. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500030&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24 jul. 2012.

MARTELLI, Petrônio J. L.. **Análise da atenção em saúde bucal no nível municipal: Caracterização do modelo assistencial**. 2001. 163 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Saúde Pública, Departamento de Saúde Coletiva - Nesc, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2001. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2001martelli-pjl.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

NARVAI, Paulo Capel. **Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSF**. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/capel8.htm>. Acesso em dez 2012.

NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, Ago 2006, v.40, n. spe, p.141-147. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400019>. Acesso em: 13 set. 2012.

NICKEL, Daniela Alba, LIMA, Fábio Garcia; SILVA, Beatriz Bidigaray da. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Fev 2008, v.24, n.2, p.241-246. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24 jul. 2012.

PIMENTEL, Fernando Castim et al. **Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE)**. Ciência e Saúde coletiva, Jul 2010, v.15, n.4, p.2189-2196. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400033&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24 jul. 2012.

REIS, Yluska Almeida Coelho dos; CESSÉ, Eduarda Ângela Pessoa; CARVALHO, Eduardo Freese de. **Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife, 2010, vol.10, supl.1, pp. s157-s172. ISSN 1519-3829. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500014&lang=pt>. Acesso em: set 2012.

SAVASSI, Leonardo C M; DIAS, Ruth Borges. **Planejamento de ações na Equipe**. Disponível em: <www.smmfc.org.br/gesf>. Acesso em: 14 jan. 2012.

SILVA, Marcus Vinícius Caetano Pestana.; MENDES, Eugênio Vilaça. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/planejamento-gestao-em-saude/livro_marcus_pestana.pdf. Acesso em: dez 2012.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. **O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio De Janeiro, v. 3, n. 14, p.911-918, 2009.

SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **A regionalização intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 19, n. 03, p.533-546, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300006&lang=pt>. Acesso em: set 2012.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. **Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde**. Ciência e Saúde Coletiva. Rio De Janeiro. v. 1, n. 14, p.1565-1577, 2009.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; PAIM, Jairnilson Silva. **Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal**. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v. 6, n. 24, p.1239-1250, 2008.

VOLPATO, Luciana Fernandes et al. **Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD)**. Ciência e Saúde Coletiva. Rio De Janeiro. v. 8, n. 26, p.1561-1572, 201