

JOSE LUIZ CARVALHO DE OLIVEIRA

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NO PROGRAMA SAÚDE DA  
FAMÍLIA (PSF) DE CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ  
APÓS UM ANO DE IMPLANTAÇÃO: A VISÃO DOS  
ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS

**JOSE LUIZ CARVALHO DE OLIVEIRA**

**ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NO PROGRAMA SAÚDE DA  
FAMÍLIA (PSF) DE CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ  
APÓS UM ANO DE IMPLANTAÇÃO: A VISÃO DOS  
ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS**

Tese apresentada à Faculdade de  
Odontologia da Universidade  
Estadual Paulista "Júlio de  
Mesquita Filho", Campus de  
Araçatuba, para a obtenção do  
título de Doutor em Odontologia  
Preventiva e Social.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nemre Adas Saliba**

Araçatuba  
2003

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da FOA / UNESP

O48a

Oliveira, José Luiz Carvalho de  
Atenção odontológica no Programa Saúde da Família (PSF)  
de Campos dos Goytacazes – RJ após um ano de implantação :  
a visão dos atores sociais envolvidos. / José Luiz Carvalho de  
Oliveira. – Araçatuba : [s.n.], 2003.  
146 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade  
de Odontologia, Araçatuba, 2003

Orientador: Profa. Dra. Nemre Adas Saliba

1.Saúde pública. 2.Saúde bucal. 3.Programa de saúde da família.  
4.Saúde coletiva.

Black D5  
CDD 617.6

**JOSÉ LUIZ CARVALHO DE OLIVEIRA**

**ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NO PROGRAMA SAÚDE  
DA FAMÍLIA (PSF) DE CAMPOS DOS GOYTACAZES –  
RJ APÓS UM ANO DE IMPLANTAÇÃO: A VISÃO DOS  
ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS**

**Comissão Julgadora**

**TESE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR**

Presidente e Orientador: Nemre Adas Saliba

2.º Examinador: Ioneide Maria Gomes Brandão

3.º Examinador: Maria Lúcia Marçal Mazza Sundefeld

4.º Examinador: Rogério Nogueira de Oliveira

5.º Examinador: José Roberto de Magalhães Bastos

Araçatuba (SP), 17 de dezembro de 2003

## **DADOS CURRICULARES**

### **JOSÉ LUIZ CARVALHO DE OLIVEIRA**

NASCIMENTO: 09/12/1959 – Campos dos Goytacazes - RJ

FILIAÇÃO: Lenicio Gonçalves de Oliveira (*in memoriam*)

Lilia Anna Carvalho de Oliveira

1981/1985: Curso de Graduação

Faculdade de Odontologia de Campos - RJ

1987/1990: Mestrado em Odontologia (Área de concentração Odontologia Social) Universidade Federal Fluminense

1986/1990: Professor de Odontologia Preventiva e Social e Orientação Profissional Odontológica da Faculdade de Odontologia de Campos

2001/2003: Aluno do Curso de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, nível de Doutorado, na Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP

FUNÇÃO ATUAL: Professor Titular das disciplinas Odontologia em Saúde Coletiva, Odontologia Comunitária e Orientação Profissional Odontológica da Faculdade de Odontologia de Campos

## **DEDICATÓRIA**

A meu pai, Lenício (in memoriam) e  
minha mãe Lilia Anna, pelo que sou e pelo  
exemplo de vida e caráter.

Aos meus filhos THEO e HEITOR, as duas  
maiores riquezas que representam a razão  
única da minha vida.

Á minha Tia Lia, pelo que sempre representou  
em minha trajetória pessoal e profissional.

# AGRADECIMENTO

## **Em especial**

*À minha orientadora, **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nemre Adas Saliba** pela confiança demonstrada, pelo apoio nos momentos de dificuldades, pela capacidade de liderar e aglutinar em torno dos ideais da Saúde Coletiva. Obrigado pelo privilégio da convivência e orientação segura.*

## **AGRADECIMENTOS**

A **DEUS** que está sempre presente... Tudo é difícil, mas nada é impossível para **ELE**.

A toda a minha **FAMÍLIA**, pelo o apoio nos momentos mais difíceis.

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" e sua diretoria, pelo acolhimento nesse período de aprendizado.

À Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - FOA-UNESP, **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Suzely Adas Saliba Moimaz** pelo seu trabalho em prol da Odontologia Preventiva e Social.

Ao **Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos**, pelo seu conhecimento científico, que compartilha sempre, pela sua simplicidade e amizade. O meu obrigado sincero pelo seu apoio ao meu aprimoramento.

Ao **Prof. Dr. Eduardo Lúcio Soares**, a quem respeito pela competência e luta incessante em prol da Saúde Coletiva brasileira.

Aos Professores do Departamento de Odontologia Infantil e Social pelo aprendizado e pela amizade construída dia a dia.

Aos funcionários do Departamento de Odontologia Infantil e Social pela disponibilidade e pela amizade conquistada.

Aos colegas do Curso de Pós-Graduação, meu muito obrigado pelas experiências trocadas.

Aos funcionários da biblioteca, em especial a **Isabel** e **Izamar**, que prestam um serviço competente e zeloso.

Ao Diretor da Faculdade de Odontologia de Campos, **Prof. Luis César Henriques Lusitano**, agradeço o incentivo e a confiança plena no meu trabalho, desde que comecei a carreira no magistério. Meu obrigado sincero pelo seu reconhecimento.

As minhas colegas do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Campos, Ana Inácio, Cássia Gelísia

e Heloísa Pinheiro pelo apoio nesse período de afastamento das minhas atividades docentes.

Ao Serviço Social do Comércio - SESC Rio de Janeiro e da Unidade Campos, pela liberação para o meu aprimoramento profissional.

Ao Prefeito Municipal de Campos dos Goytacazes, **Dr. Arnaldo França Vianna**, agradeço a liberação e o seu apoio para a minha qualificação.

Ao Secretário Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, **Dr. Alexandre Marcos Mocaiber Cardoso**.

À Coordenadora do Programa de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes, a Assistente Social **Maria da Graças Castelo Branco** por ter aberto as portas do PSF para eu entrar e realizar o trabalho.

À Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudo.

.

**OLIVEIRA, J. L. C. Atenção odontológica no programa de saúde da família de Campos dos Goytacazes – RJ após um ano de implantação: a visão dos atores sociais envolvidos.** 2003. 137 f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social). Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

## **RESUMO**

A política de saúde bucal no Brasil foi durante décadas, centrada na prestação de assistência à doença, e grande parcela da população brasileira ainda não tem acesso a cuidados odontológicos. Surge, então, o Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como objetivo reorientar o modelo assistencial brasileiro, visando, principalmente, à promoção da qualidade de vida. E é com este mesmo intento que, através da Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000, o Ministério da saúde estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal aos municípios. Insere-se, assim, a Odontologia no Programa e, conseqüentemente a possibilidade de ampliar e reorientar a atenção odontológica no Brasil. Dentro deste contexto, esta pesquisa teve por objetivo avaliar a situação da equipe de saúde bucal inserida no Programa de Saúde da Família do município de Campos dos Goytacazes – Rio de Janeiro, em 2002, considerando se a inclusão atende ao documento emitido pelo Ministério da Saúde em 2000 – Reorganização

das Ações de Saúde Bucal na Atenção Odontológica. Este trabalho foi realizado com quatro atores sociais envolvidos com a prestação de serviços odontológicos no Programa de Saúde da Família: cirurgiões-dentistas, atendentes de consultório odontológico e técnico de higiene dentária e os usuários que buscaram os serviços odontológicos. Quanto à metodologia, foi desenvolvida uma abordagem quali-quantitativa, preocupando-se com o entendimento do significado atribuído pelos sujeitos às questões estudadas, de maneira a caracterizar descrições e citações sobre suas experiências, expectativas, atitudes e pensamentos em torno do assunto. A pesquisa foi realizada no município de Campos dos Goytacazes-RJ no ano de 2002, nas unidades básicas de saúde onde atuavam as equipes de saúde bucal. Os resultados demonstraram algumas limitações na inclusão e funcionamento da Odontologia no PSF de Campos dos Goytacazes. A atenção odontológica deve ser inserida no PSF, atendendo aos princípios básicos do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, proposto pelo Ministério da Saúde, e à consolidação do Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Saúde pública, Saúde coletiva, Saúde bucal, Programa de saúde da família.

OLIVEIRA, J. L. C . Dentistry attention in the family's health program in Campos dos Goytacazes – RJ after one year of introduce: a view by involved people. 2003. 146 f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social). Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

#### **ABSTRACT**

Oral health policy in Brazil has been centred on giving assistance to diseases for decades and a great portion of the Brazilian population has not already had access to dental care. Thus, the Family´s Health Programme (FHP) comes up having as objective to re-orient the Brazilian Assistance Model, aiming mainly at promoting the quality of life. Having the same target, through Edict 1444, dated 28<sup>th</sup> December 2000, the Health Ministry established a financial incentive for attention re-organisation given to oral health in municipalities. Thus, Dentistry is inserted in that programme and, consequently, the possibility of enlarging and re-orienting dentistry attention in Brazil. In this context, this research aimed at evaluating the situation of oral health teams inserted in the Family´s Health Programme in the city of Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro State, Brazil, in 2002 – Re-organisation of Oral Health Actions concerning dentistry attention. This work was performed encompassing the following people involved in services of the Family´s Health Programme : dentistry, oral hygienists, dental auxiliary and patients.

Related to the methodology, quantitative and qualitative approaches, worried with understanding the meaning given by the research subjects to the studied issues, were developed, so that it could be possible to characterise descriptions and quotations on their experiences, hopes, attitudes and thoughts on the subject matter. The research was accomplished in Campos dos Goytacazes City, Rio de Janeiro State, Brazil, in 2002 in basic health offices where oral health teams worked. The results show some limitations related to inclusion and working of Dentistry at the FHP in that city. Dentistry attention must be attached to the FHP, in accordance with the basic principles of the Re-structuring Oral Health Action Plan in the Basic Attention proposed by the Health Ministry and the National Health System consolidation.

**Key words:** Public health; Collective health; Oral health; Family 's health program

OLIVEIRA, J. L. C. **Attention à l'odontologie dans le programme de santé de la famille de Campos dos Goytacazes – RJ après un an d'implantation**: la vision des acteurs sociaux y compris. 2003. 146 f. Thèse (Doctorat en Odontologie Préventive et Sociale) Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

## **RÉSUMÉ**

La politique de la santé buccale au Brésil a été, pendant décades centrée dans la prestation d'assistance à la maladie, et grande parcelle de la population brésilienne n'a pas encore l'accès aux soins de L'Odontologie alors, le Programme de la Santé de la Famille (PSF) surgit, en ayant comme objectif réorienter le modèle d'assistance brésilienne, en objectivant, principalement, la promotion de la qualité de vie. Et, c'est avec ce même but que, par l'ordonnance 1.444 le 24 décembre 2000, le Ministère de la Santé établit le stimulant financier pour la réorganisation de l'attention à la santé buccale aux municipes. L'Odontologie s'insère, ainsi, dans le programme y compris avec la prestation de services d'odontologie dans le Programme de Santé de la Famille: chirurgiens-dentistes, de bureau de consultation d'odontologie et technique d'hygiène dentaire et les utilisateurs qui cherchent les services d'odontologie. Par rapport la méthodologie, il a eu développée un

abordage qualiquantitatif, en se préoccupant avec la compréhensaon de la signification atribuée par les sujets aux questions étudiées, de manière à caracteriser la description et citations sur les expériences, les expectatives, les attittudes et les pensées sur le sujet. La recherche a eu réalisée dans le municipe de Campos dos Goytacazes – RJ dans l'année 2002, dans les unités de base de santé buccale. Les résultats démontrent quelques limitations dans l'inclusion et fonctionnement de l'odontologie no PSF de Campos dos Goytacazes. L'attention d'Odontologie doit être inserée no PSF, en répondant, aux principes de base du projet de réorganisation des actions de santé buccale dans l,attention de base, proposées par le Ministère de la Santé et à la consolidation du Système Unique de Santé.

**Mots-clés:** Santé publique, Santé collectif, Santé buccale, Programme de Santé de la famille.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos ACS entrevistados de acordo com o tempo de atuação no PSF. Campos dos Goytacazes – RJ, 2002 .....	114
Figura 2 - Distribuição dos ACS entrevistados de acordo com o tempo de atuação no PSF. Campos dos Goytacazes – RJ,002 .....	117
Figura 3 - Distribuição dos ACS entrevistados de acordo com a capacitação para orientar sobre prevenção e educação em saúde bucal. Campos dos Goytacazes – RJ, 2002 .....	120
Figura 4 - Distribuição dos ACS entrevistados quando perguntados se recebeu recursos materiais e didáticos para fazer prevenção e educação em saúde bucal na comunidade. Campos dos Goytacazes –RJ,2002 .....	121

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos ACS entrevistados de acordo com as características demográficas. Campos dos Goytacazes – RJ, 2002 .....	113
Tabela 2 - Distribuição das respostas dos ACS sobre conhecimentos de saúde bucal. Campos dos Goytacazes – RJ, 2002 .....	115
Tabela 3 - Distribuição das respostas dos ACS sobre percepção de problemas relacionados saúde bucal. Campos dos Goytacazes – RJ, 2002 .....	116

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Situação do Programa de Saúde da Família em Campos dos Goytacazes – RJ, 2002 .....	80
Quadro 2 - Síntese dos atores sociais entrevistados, por segmento, envolvidos com o Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes – RJ, 2002 .....	83
Quadro 3 - Perfil dos usuários entrevistados, Campos dos Goytacazes – RJ, 2002 .....	109

## **LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB = Atenção Básica

ABO = Associação Brasileira de Odontologia

ACD = Auxiliar de Consultório Dentário

ACS = Agente Comunitário de Saúde

AIS = Ações Integradas de Saúde

ASL = Autoridade Sanitária Local

ATSB = Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde

BIRD = Banco Interamericano de Desenvolvimento

CAP = Caixa de Aposentadoria e Pensões

CD = Cirurgião-Dentista

CEBES = Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFO = Conselho Federal de Odontologia

CLS = Conselho(s) Local(is) de Saúde

CNS = Conferência Nacional de Saúde

CNSB = Conferência Nacional de Saúde Bucal

COSAB = Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde

COSAC = Coordenação de Saúde da Comunidade

CRO = Conselho Regional de Odontologia

DAO = Departamento de Assistência Odontológica

ESB = Equipe de Saúde Bucal

ESBF = Equipe de Saúde Bucal da Família

ESF = Equipe de Saúde da Família

EPIINFO = Software de Epidemiologia de domínio público (CDC – Atlanta)

EUA = Estados Unidos da América

FIBGE = Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

FIOCRUZ = Fundação Instituto Oswaldo Cruz

FMI = Fundo Monetário Internacional

FOA = Faculdade de Odontologia de Araçatuba

FOC = Faculdade de Odontologia de Campos

IAP = Instituto de Aposentadoria e Pensão

IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS = Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS = Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA = Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOPS = Lei Orgânica da Previdência Social

LOS = Lei Orgânica da Saúde

MS = Ministério da Saúde

NOB = Norma Operacional Básica

OMS = Organização Mundial de Saúde

OPAS = Organização Pan Americana de Saúde

PACS = Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAS = Plano de Assistência à Saúde

PIA = Programa de Inversão da Saúde

PIASS = Programa de Interiorização das Ações de Saúde

PIB = Produto Interno Bruto

PNAD = Programa Nacional de Amostra por Domicílio

PND = Plano Nacional de Desenvolvimento

PNUD = Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PREVSAÚDE = Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PS = Pronto Socorro

PSF = Programa de Saúde da Família

RJ = Estado do Rio de Janeiro

SES = Secretaria de Estado da Saúde

SESC = Serviço Social do Comércio

SILOS = Sistemas Locais de Saúde

SINPAS = Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SMS = Secretaria Municipal de Saúde

SP = Estado de São Paulo

SUDS = Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS = Sistema Único de Saúde

THD = Técnico de Higiene Dentária

UBS = Unidade(s) Básica(s) de Saúde

## SUMÁRIO

<b>Lista de Figuras</b>	<b>07</b>
<b>Lista de Tabelas</b>	<b>07</b>
<b>Lista de Quadros</b>	<b>07</b>
<b>Lista de Abreviaturas</b>	<b>08</b>
<b>1 Introdução</b>	<b>19</b>
<b>2 Fundamentação Teórica</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Historicidade das Políticas de Saúde no Brasil</b>	<b>25</b>
<b>2.2 A Odontologia no contexto das Políticas de Saúde</b>	<b>35</b>
<b>2.3 Definição da família como objeto de estudo</b>	<b>42</b>
<b>2.4 A Estratégia de Saúde da Família</b>	<b>48</b>
<b>2.5 A Odontologia e sua inclusão à Saúde da Família</b>	<b>65</b>
<b>3 Objetivo</b>	<b>85</b>
<b>3.1 Objetivo Geral</b>	<b>85</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos</b>	<b>85</b>
<b>4 Metodologia</b>	<b>86</b>
<b>4.1 Considerações sobre a metodologia empregada</b>	<b>86</b>
<b>4.2 Local da Pesquisa</b>	<b>88</b>
<b>4.3 Natureza da Pesquisa</b>	<b>91</b>
<b>4.4 Definição dos Atores Sociais da Pesquisa</b>	<b>93</b>
<b>4.5 Coleta de dados</b>	<b>96</b>
<b>5 RESULTADO E DISCUSSÃO</b>	<b>82</b>
<b>5.1 Em relação ao Cirurgião-Dentista e Auxiliar de Consultório Dentário</b>	<b>82</b>
<b>5.2 Em relação ao Técnico de Higiene Dentária</b>	<b>100</b>
<b>5.3 Em relação ao Usuário</b>	<b>102</b>
<b>5.4 Agente Comunitário de Saúde</b>	<b>109</b>

<b>6 CONCLUSÃO</b>	<b>155</b>
<b>7 REFERÊNCIAS</b>	<b>157</b>
<b>8 ANEXOS</b>	<b>169</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Os princípios propostos pela Reforma Sanitária foram consolidados no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), e representam um trabalho repleto de desafios para os indivíduos que têm compromisso com a justiça social, com o desenvolvimento da cidadania em uma sociedade tão complexa e desigual como a nossa.

O Sistema Único de Saúde é um processo social em construção, isto é, *“uma construção que se dará em ambiente habitado pela diversidade das representações de interesses e em campos sociais de diferentes hierarquias, quais sejam, o político, o cultural e o tecnológico”* (MENDES, 1994).

É preciso considerar que o SUS, nestes seus 15 anos de existência, possibilitou alguns avanços no setor saúde, sobretudo ao democratizar o acesso ao serviço, embora muitas vezes precário, e colocar na agenda de discussões conceitos como universalização, hierarquização, integralidade, adscrição de clientela, atenção básica, regionalização, equidade, controle social, financiamento e programações locais de saúde (BRASIL, 2003b).

Apesar dos avanços alcançados – em direção à Reforma Sanitária – no plano jurídico pela Constituinte de 1988 e posteriormente pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8142/90, as conquistas concretas de mudanças organizativas e administrativas para a consolidação do SUS

são insuficientes. Entre tantos problemas, ainda convivemos com a baixa qualidade de assistência à saúde ofertada pela rede básica, que contribui para a não legitimação social plena do processo de Reforma Sanitária (BRASIL, 2003b).

Nesse ambiente de mudanças, surge o Programa de Saúde da Família, que é o eixo estruturante no campo dos serviços de saúde em nível da atenção primária à saúde, sendo parte de uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde no país, que dá mais atenção à cura do que à prevenção das doenças. Tem como objetivo colaborar na organização do SUS, implementando seus princípios fundamentais de controle social, descentralização, universalização, equidade e integralidade (BRASIL, 1997; MENDES, 1998).

Em se pensar a Odontologia no SUS, devemos incorporar alguns ingredientes como modelos de atenção, recursos humanos, controle social, políticas de saúde. Daí a importância de se refletir o papel do cirurgião-dentista frente às novas demandas, a participação social e as políticas de planejamento e desenvolvimento de programas e a inserção da saúde bucal dentro dessa nova lógica.

A idéia inicial deste estudo advém dos limites e impasses presentes no campo da Odontologia no âmbito das políticas públicas de saúde, em especial da política de recursos humanos, e suas conseqüências para o desenvolvimento das estratégias estabelecidas pelo SUS e pelo PSF.

Nos últimos anos, têm surgido na Odontologia algumas correntes e movimentos com propostas de mudanças, introduzindo alguns conceitos paradigmáticos que serviram como arcabouço na implementação de políticas de saúde bucal e consolidando uma literatura considerada clássica sobre o tema, produzida por inúmeros autores (CHAVES, 1960; GARRAFA, 1987; BOTAZZO; TOMITA, 1990; BOTAZZO, 1991; MENDES, 1994; NARVAI, 1994; FREITAS, 1996; ZANNETI, 1996;; PINTO, 2000).

Diante disso surge com bastante força a Saúde Bucal Coletiva, que agrega algumas propostas, na tentativa de aproximar a Odontologia na nova lógica do SUS e do PSF, e inserir os recursos humanos em Odontologia como um elemento importante na implementação e dinamização das mudanças impostas pelo processo de municipalização da saúde, um grande desejo da maioria dos atores envolvidos.

Neste aspecto, deve-se considerar os recursos humanos em odontologia como sujeitos fundamentais nos avanços do SUS, enquanto política nacional de saúde.

A adequação dos recursos humanos em odontologia no SUS e por consequência no PSF tem sido dificultada, seja pelo processo de formação do profissional, ou pelo próprio confronto com interesses do capital, da tecnologia, e o modelo hegemônico que privilegia o caráter liberal da profissão. Em relação a estes aspectos Gevaerd et al. (1990) relataram que o ensino odontológico vem formando cirurgiões-dentistas de forma deficiente e inadequada ao desenvolvimento de ações voltadas

para a realidade epidemiológica da população brasileira. Da mesma forma a falta de resolubilidade dos serviços deixa evidente a necessidade de rever o modelo de prática odontológica com o objetivo de adequá-lo à construção do SUS.

Sendo assim, torna-se imperiosa a busca de novos preceitos explicativos aos limites impostos ao avanço e o amadurecimento da Odontologia na Política Pública de Saúde, buscando alternativas para sua superação, seja pela via acadêmica ou propriamente política, ou ainda o somatório de todos esses processos.

A nossa vivência na prática e a observação analítica das crescentes demandas na implementação de inovações ou na melhoria do desempenho do setor odontológico dentro da lógica do SUS provocaram o início desta pesquisa, tornando necessária a busca de novos fatores explicativos para os limites impostos ao desenvolvimento da prática odontológica, bem como o avanço e a construção das alternativas balizadas nos princípios e diretrizes do próprio SUS e por conseguinte o PSF.

Assim, analisamos se ações de saúde bucal no Programa de Saúde da Família do município de Campos dos Goytacazes estão de acordo com o que é proposto pelo Ministério da Saúde, bem como, o processo de capacitação dos profissionais envolvidos e a expectativa dos usuários quanto à resolubilidade das ações da equipe de saúde bucal.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL**

Com o intuito de contextualizar a Odontologia e os reflexos de suas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), partimos de alguns referenciais teóricos de identificação com esta linha de pesquisa, utilizando alguns marcos conceituais, que em vários momentos extrapolam um pouco os limites da ciência odontológica, caminhando para outras áreas do conhecimento humano, como a Educação e as Ciências Sociais.

Em princípio, serão feitos relatos dos aspectos históricos que resultaram na consolidação do SUS como Política Nacional de Saúde.

Para Oliveira e Souza (2000), até os fins do século passado, o Estado brasileiro não tinha uma forma de atuação sistemática sobre a saúde da população, atuando de forma esporádica e pontual sobre algumas epidemias. Com o objetivo de incentivar a política de imigração para a monocultura cafeeira, foi lançado pelo então presidente Rodrigues Alves uma política de saneamento no Rio de Janeiro e o combate à febre amarela urbana que assolava São Paulo, demonstrando uma clara vinculação das ações desenvolvidas no campo da saúde pública com a conjuntura econômica predominante na época.

A década de 20 constituiu momentos de crise da sociedade

brasileira, crise na agroindústria capitalista e crise do Estado. A saúde pública cresce com a questão social no Brasil conjuntamente com o capitalismo, ganhando novos contornos nesta década, com o auge da economia cafeeira, refletindo-se numa aceleração da urbanização e do desenvolvimento industrial, nos marcos da crise política da Velha República. Em 1923 cria-se o Departamento Nacional de Saúde Pública, estabelecendo algumas atribuições federais, tais como: o saneamento rural e urbano; a propaganda sanitária; a higiene infantil; industrial e profissional; saúde dos portos e o combate às endemias (BRAGA; DE PAULA, 1986).

Outro fator relevante neste período, foi a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), financiadas pela União e pela empresas empregadoras, em que se constituíram no embrião do Seguro Social no Brasil com forte centralização das ações da saúde na esfera federal, vinculando principalmente a saúde do trabalhador a sua capacidade produtiva.

Com o Governo Vargas, a partir da década de 30, inicia-se o processo de industrialização no país, tomando forma uma “nova” política nacional de saúde, embora limitada em sua amplitude de cobertura populacional e nos aspectos financeiros da estrutura organizacional.

Logo a seguir são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), voltados para determinadas categorias profissionais – marítimos, bancários, comerciários e outros – deixando clara a separação

entre previdência e assistência médica. Conforme Oliveira e Souza (2000), o que se observou nos primórdios da ação governamental na saúde, no Brasil é que as ações de caráter coletivo, como imunização, controle de epidemias e saneamento se dão no campo da saúde pública, com uma vinculação clara com a conjuntura econômica vigente na época.

Nascimento (1991) entende que a história do processo de municipalização na saúde se mistura com as Conferências Nacionais de Saúde realizadas nos últimos trinta anos. As duas primeiras Conferências em 1941 e 1950 discutiram a saúde nos limites institucionais. A partir da 3.<sup>a</sup> Conferência, realizada em 1963, em conjunto com outras reformas de base do governo João Goulart, teve como pauta do conclave a situação sanitária nacional e a municipalização.

Esta Conferência já apontava para mudanças no enfrentamento das questões relativas à saúde, que passaram a ser vistas como um resultado de iniciativas governamentais no campo do saneamento básico, educação, trabalho, salário e condição de vida. Mas com o Golpe de 64 houve um retrocesso, tendo o governo voltado a assumir a problemática do setor como uma questão meramente técnica, submergindo inclusive os movimentos sociais (NASCIMENTO, 1991).

Em 1978, a Conferência Internacional de Alma-Ata discutiu e divulgou para o mundo a gravidade do quadro sanitário dos países em desenvolvimento e a necessidade de revertê-lo, propondo como estratégia para a superação dos problemas a adoção dos cuidados

básicos à realidade de cada local (WERNECK, 1998).

Ainda segundo Werneck (1998), no Brasil surgiu na segunda metade da década de 70, um movimento chamado *reforma sanitária* que se caracterizou por fazer denúncias contra a ditadura militar e por divulgar um projeto de transformação do sistema de saúde vigente. Este movimento aos poucos foi se ampliando com a adesão de parlamentares, lideranças políticas, sindicais, populares e do setor saúde, que voltaram ao país após a concessão da anistia aos exilados políticos.

As bases teóricas do projeto de transformação foram discutidas por profissionais das universidades e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), baseada em experiências bem sucedidas de outros países, propondo um sistema público descentralizado, com universalização do direito à saúde, integrando ações preventivas e curativas e com participação popular (WERNECK, 1998; OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

Sob grande influência destes princípios norteadores surgiram programas como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), do Ministério da Saúde, em 1979, que se configura num modelo de medicina simplificada a nível federal e vai permitir a entrada de técnicos provenientes do “movimento sanitário” no interior do aparelho do Estado, resultando numa grande expansão da rede ambulatorial pública. Surge também o PREV-SAÚDE em 1980, que incorpora os pressupostos de hierarquização, participação comunitária,

integração de serviços, regionalização e extensão de cobertura (CUNHA; CUNHA, 1998).

Segundo Nascimento (1991) a idéia de municipalização e criação de um novo modelo de Política de Saúde é retomada em 1979, sendo apresentada no 1.º Simpósio Nacional de Política de Saúde promovido pela Câmara dos Deputados. Deste encontro elaborou-se um documento final e a cartilha do que veio a ser chamado de “movimento sanitário”, incorporando além de profissionais da área de saúde, sindicalistas, parlamentares e movimentos comunitários e associativos.

A tese da municipalização ganha corpo com a abertura política durante o governo João Figueiredo. Houve algumas conquistas como a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS) a qual enfrentou uma série de resistências daqueles setores que se beneficiavam da ineficiência do setor público. Já na chamada “Nova República”, no contexto da redemocratização do país, as teses de municipalização ganham destaque, como alternativa ao padrão centralizador, burocratizado e excludente da política de saúde no período anterior. O movimento pela Reforma Sanitária se fortalece e é convocada a 8.ª Conferência Nacional de Saúde que foi o evento mais significativo no processo de construção da estratégia e da tática pela democratização da saúde em toda a sua história. Pela 1.ª vez com a participação da sociedade civil organizada, foram debatidas neste encontro propostas sobre financiamento, organização de serviços, participação popular na gestão da saúde,

recursos humanos e a discussão do papel da ciência e tecnologia na saúde (NASCIMENTO, 1991).

A 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 instituiu uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária que reuniu todos os setores envolvidos com a área de saúde para apresentar uma proposta na Assembléia Nacional Constituinte.

Inúmeras resistências surgiram, principalmente de setores mercantilistas que consideravam a proposta radical e estatizante. Neste mesmo período, foram ampliados os convênios, através das AIS, tendo como resultado a integração de várias instituições que tinham alguma interface com a saúde nos planos federal, estadual e municipal ou nos distritos que começavam a ser desenhados, de forma a garantir a universalização da cobertura assistencial, descentralizando e criando canais onde a população deveria exercer seu direito de gerir e intervir no funcionamento do sistema de saúde (NASCIMENTO, 1991).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde pública no país deu um salto para tentar corrigir o tipo de modelo assistencial vigente até então, caracterizado por uma prática “hospital-dependente”, pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e, acima de tudo, pela baixa resolubilidade, gerando alto grau de insatisfação pra todos os atores sociais envolvidos no processo: gestores, profissionais de saúde e a população usuária dos serviços (VIANA; DAL POZ, 1998).

O texto constitucional de 1988 assegura por força da Lei, a “saúde como direito de todos e dever do Estado”, garantindo, de acordo com Carvalho e Santos (1995); a descentralização com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, priorizando as atividades preventivas e garantindo ainda a participação popular na gestão do SUS enquanto princípios norteadores do novo sistema de saúde.

Em 1990, foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde, embora devamos ressaltar que o governo Fernando Collor vetou várias questões importantes para a efetiva consolidação do SUS, tais como, aquela relacionada ao financiamento ou repasse de recursos pela União. No entanto, dada às pressões da sociedade civil, dos profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária e a classe política progressista, o Brasil passa a gerenciar nacionalmente a implantação do SUS, sendo criado o Fundo Nacional de Saúde, instituído por Lei, no qual seria responsável pelo repasse automático de verbas aos estados e municípios (CARVALHO; SANTOS, 1995; AGUIAR, 1998).

A 10<sup>a</sup>. Conferência Nacional de Saúde reafirmou os pressupostos da Conferência anterior, avançando em termos de legislação, mas encontrando grandes obstáculos no que se refere à conquista desses avanços constitucional para o cidadão, principalmente em relação à garantia de assistência (ANAIS DA 10.ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1993).

Segundo Gerschman (1996), a 10.ª CNS realizada em 1996,

agrega-se às conquistas anteriores – 8.<sup>a</sup> e 9.<sup>a</sup> – uma nova função, de extrema responsabilidade histórica e complexidade de reformulação, que foi a reafirmação dos SUS sob os princípios da Reforma Sanitária estabelecidos na Constituição de 1988, em uma conjuntura extremamente adversa, qual seja a intenção do governo de reformar o Estado para adequá-lo à política econômica de restrição ao gasto público, principalmente na área social. De acordo com as orientações dos organismos financeiros internacionais – Banco Mundial e FMI, obedecendo ao Consenso de Washington.

O que se observa é que o SUS, enquanto Política Nacional de Saúde, foi oriundo de um processo de lutas, principalmente do movimento de reforma sanitária, que através das Conferências de Saúde, propuseram mudanças substanciais nos paradigmas e práticas que nortearam a saúde ao longo dos últimos 50 anos (AGUIAR, 1998; MENDES, 1998).

A síntese descrita acima sobre a evolução do processo político do SUS, se torna fundamental, à medida que serviu de base de sustentação para as Conferências Nacionais de Saúde Bucal e pelo papel fundamental destas na tentativa de construir um novo perfil para a Odontologia brasileira, além de propor mudanças que envolveriam principalmente o sistema formador de recursos humanos na área odontológica (cirurgião-dentista, técnico de higiene dentária e auxiliar de consultório dentário), com o objetivo de aproxima-los ao novo modelo de atenção que estava

sendo construído a partir do SUS.

## **2.2 A ODONTOLOGIA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE**

Neste ponto buscaremos alguns referenciais que retratem esta tentativa de inserção da Odontologia às Políticas Nacionais de saúde tendo como instrumento teórico as Conferências Nacionais de Saúde Bucal e o seu papel na reorganização da Odontologia e em especial as políticas estabelecidas para os recursos humanos frente à Saúde Bucal Coletiva e ao SUS.

A 1.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Bucal foi patrocinada pelo Ministério da Saúde e pela Universidade de Brasília, com o apoio do Conselho Federal de Saúde e algumas Secretarias Estaduais de Saúde, sendo realizada em 1986. O evento teve aproximadamente a participação de mil pessoas ligadas a profissão odontológica. A Conferência foi precedida por várias pré-conferências nos municípios e estados, que receberam significativa presença de diversos segmentos da população e da categoria odontológica (GARRAFA, 1987).

A primeira Conferência contou, ainda, com a presença dos Conselhos Regionais, Associações Brasileiras de Odontologia (ABOs) e Sindicatos, e também com representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, INAMPS, ABENO, Fundação SESP, Centrais de

Trabalhadores (CUT e CGT), Associações de Moradores e Acadêmicos de Odontologia. Garrafa (1996) relata ainda que este foi um momento histórico para a Odontologia, onde a problemática da saúde bucal da população foi exposta e discutida de forma bastante pluralista, sendo a 1.<sup>a</sup> Conferência a semente inicial lançada para tentar transformar o trabalho odontológico de individual para o coletivo ( 1.<sup>a</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1986).

A 2.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Bucal realizada em setembro de 1993, foi um desdobramento da 9.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde. As grandes diretrizes aprovadas nesta Conferência foram aprofundadas nas temáticas específicas. A 2.<sup>a</sup> Conferência, paritária e deliberativa passou a ser um fórum legítimo para esta discussão. De acordo com o relato da Federação Interestadual dos Odontologistas, neste momento o país atravessava uma grave instabilidade política ocasionada pelo afastamento do presidente Fernando Collor de Mello, em um momento em que havia a necessidade de reafirmar o SUS enquanto Política Nacional de Saúde (2.<sup>a</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1993).

Em relação à saúde bucal, a situação não foi diferente. A população, com péssimos indicadores de saúde bucal sentia os efeitos da política nacional. Esses se refletiam na atenção odontológica, devido à escassez de recursos financeiros, programas públicos paralisados, equipamentos sucateados e os recursos humanos descontentes pela

baixa remuneração e com as más condições de trabalho (2.<sup>a</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1993).

Este quadro adverso reunia as condições necessárias para uma discussão mais ampla, principalmente sobre o perfil dos recursos humanos que necessitaria ser avaliado para se adequar à nova realidade que estava sendo construída naquele fórum.

Barbosa (1993), apresentou o relatório final da 2.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) descrevendo que as discussões permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a Saúde Bucal no Brasil, levando em conta a saúde como direito de cidadania, um novo modelo de atenção em saúde bucal, os recursos humanos, o financiamento e o controle social. A efetiva inserção da Odontologia no SUS deveria desmistificar modelos de programas verticais que não levam em consideração a realidade social, não contextualizando as doenças dentro do aspecto político, econômico e social. Desta forma, a 2.<sup>a</sup> CNSB aprovou que esta inserção se daria através de um processo sob controle da sociedade (Conselhos de Saúde), descentralizando de forma a garantir a universalidade de acesso e a equidade da assistência odontológica interligadas a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social.

As políticas de saúde bucal deveriam, nesta perspectiva, favorecer a transformação da prática odontológica, através da incorporação de pessoal auxiliar e de novas tecnologias, e o

desenvolvimento de ações coletivas de saúde, sem as quais não seria possível obter impacto na cobertura à população e nem alterar suas características epidemiológicas (BARBOSA, 1993).

A 2ª CNSB (1983) aponta como fatores dificultadores da incorporação da atenção à saúde bucal nos procedimentos básicos de atenção à saúde, o desconhecimento por parte da maioria dos gestores municipais ligados à Odontologia, e as instituições formadoras de recursos humanos. Acrescenta ainda a monopolização dos conhecimentos em saúde pelos profissionais da área, com a formação de elites altamente especializadas descomprometidas com o processo de construção de uma prática mais adequada e justa socialmente. A falta de integração entre as ações educativas, preventivas e restauradoras também foi citada, assim como o distanciamento do aparelho formador de recursos humanos das instituições prestadoras de serviço.

Com relação ao modelo de atenção em saúde bucal, a 2ª.CNSB propôs: Implementação dos procedimentos coletivos, desenvolvidos por equipe odontológica baseada em estudos epidemiológicos periódicos, assegurando os insumos básicos para a realização dos procedimentos coletivos. A garantia do atendimento odontológico especializado em ambulatórios através de sistema de referência e contra-referência e a celebração de convênios entre as Universidades e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, garantindo que a integração docente-assistencial se processe em consonância com as metas dos planos

municipais de saúde aprovados pelos Conselhos respectivos, e proporcionando o contato direto dos acadêmicos da área de saúde com a realidade social.

No capítulo relacionado aos Recursos Humanos da saúde bucal, a 2ª. CNSB diagnosticou e recomendou:

- A integração docente/serviço/pesquisa como processo dinamizador da transformação da prática, balizados na formação de RH em saúde bucal e a produção do conhecimento vinculado às realidades e necessidades da população;
- Necessidade de rever o currículo mínimo dos cursos de graduação em Odontologia, comprometendo o ensino, a pesquisa e a extensão universitária com a realidade social e epidemiológica do país e com os princípios do SUS;
- O desenvolvimento dos RHs deve estar atrelado com a possibilidade de solução dos problemas de saúde da população na integralidade, dentro do contexto de que saúde faz parte da saúde geral;
- A prática de saúde bucal pela equipe odontológica deve buscar na interdisciplinaridade e na intersetorialidade as estratégias de modelo de atenção proposto. Esta integração exigiria decisões comprometidas tanto de parte dos serviços, quanto das instituições produtoras do conhecimento e dos recursos humanos.
- E, ainda, a regulamentação das profissões de Técnico de Higiene

Dentária e Auxiliar de Consultório Dentário.

As contribuições emanadas pelas CNSB abriram caminho para uma série de discussões, principalmente em cidades como Brasília e algumas dos Estado de São Paulo, como Santos, que passaram a elaborar estratégias de atenção em saúde bucal vinculadas aos princípios e diretrizes do SUS.

No entanto, na maioria das cidades brasileiras o formato de prestação de serviços odontológico continuava a reproduzir o modelo clássico – centrado na doença e com soluções curativas.

Este processo de implantação do SUS gerou várias demandas nas instâncias regionais e locais. A exigência para os técnicos envolvidos nesta tarefa foi além do conhecimento científico de sua formação, baseada no tecnicismo, no biológico e fragmentação do saber, havendo a necessidade de se contemplar noções de administração e planejamento na área de saúde (BRASIL, 1990b).

Esta análise reforça a proposição de Feuerwerker (2001), que é a mudança no saber nas universidades, na produção do conhecimento de saúde, na formação do profissional. Esta autora aponta para a necessidade de uma formação onde a construção do conhecimento se dê através da problematização da realidade, da articulação teórico-prático, da interdisciplinaridade e da participação ativa do acadêmico no processo ensino-aprendizagem.

### 2.3 DEFINIÇÃO DA FAMÍLIA COMO OBJETO DE ESTUDO

A família constitui um plexo de relações de dependência indissociavelmente privada e pública, um elo de liames sociais, que organiza os indivíduos em torno da posse de uma situação: profissão, privilégio e posição social. É considerada como uma pequena organização política que é atingida globalmente pelo sistema das obrigações, das honras, dos favores e desfavores que agitam as relações sociais (DONZELOT, 1986).

No século 19 estabeleceu-se, por reciprocidade de interesses, uma aliança entre a medicina e o Estado. A medicina buscava sua independência e o Estado, por sua vez precisava instituir um sistema de controle da população. A prática higienista relacionou de forma direta a saúde da população à saúde estatal, desta forma o Estado reconheceu o valor político das ações médicas. A meta era converter a família ao Estado, pela higiene. O objetivo higiênico de recondução dos indivíduos à tutela do Estado redefiniu as formas de convivência íntima, assinalando, a cada um dos membros da família, novos papéis e novas funções. Foi estabelecida a ética compatível com a sobrevivência econômica e a solidez do núcleo familiar burguês (COSTA, 1999).

Historicamente, tem cabido às mulheres nas várias sociedades maior responsabilidade com as tarefas domésticas e cuidados com as crianças. Responsável pelo dia-a-dia do lar, é ela quem convive mais de

perto com as precárias condições de vida da família popular, mesmo quando é forçada a trabalhar fora para completar a renda familiar. É a melhor quem assume os cuidados do recém-nascido e das crianças menores (higiene, alimentação, apoio psicológico e proteção de acidentes). A educação, e a formação de hábitos, o acompanhamento na escola e a orientação do lazer dos filhos são outras tarefas coordenadas pela mulher (ZALUAR, 1994).

Dentro deste contexto, Durhan (1980) ressalta a importância da análise do significado da família para compreensão dos movimentos sociais e da participação política. Na sua visão a classe trabalhadora considera a família como a realização de um modo de vida. O cuidado com as crianças, com os idosos, o afeto familiar, a busca do lazer, as relações de parentesco e as divisões de tarefa, portanto uma análise mais abrangente que a centrada na dinâmica econômica da sociedade. A valorização da família, tão forte, nas classes populares, é resultado do modo como os trabalhadores vivem sua condição de classe, com seus desejos, projetos e limites e não produto de imposição de valores próprios de outras categorias e classes sociais.

Muitas famílias jovens do tipo nuclear, ou seja, compostas apenas os pais e os filhos, procuram morar próximas a parentes, criando uma rede de apoio mútuo. Há, portanto, uma solidariedade ao nível do grupo doméstico ou até mesmo da família extensa, que talvez seja desconhecida para outras classes sociais (VASCONCELOS, 1999b).

Vasconcelos (1999) aponta ainda em sua pesquisa que:

*“A vida familiar constitui um espaço importante para a elaboração de um destino comum, para o amadurecimento de um saber sobre o espaço, o tempo, a memória, para a transmissão de conhecimentos e informações e para a compensação da pouca escolarização com outros aprendizados transmitidos oralmente e por contato direto”.*

Nesse sentido, a vida doméstica e comunitária não é isolada, mas inserida na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo. A família se apresenta como mescla de conformismo às exigências sociais e como forma fundamental de resistência contra essa mesma sociedade, segundo o próprio Vasconcelos (1999b).

Apesar de valorizadas pelos trabalhadores, suas famílias vêm sofrendo intenso processo de desgaste. A vulnerabilidade das famílias se encontra diretamente associada à situação de pobreza e ao perfil de distribuição de renda do país. Em virtude disso, tem-se verificado o aumento das famílias monoparentais (com apenas um dos pais presentes), em especial aquelas em que a mulher assume sozinha a chefia do domicílio; a questão migratória, por motivos de sobrevivência, atingindo principalmente os homens em idade produtiva, tornou-se importante motivo de desestruturação das relações familiares. O domicílio sujeito a ameaças freqüentes devido à degradação do meio ambiente e à dificuldade de acesso ao emprego e aos serviços públicos tem significado, também, importantes causas de fragilização da família popular (ZALUAR,

1994).

Os caracteres que compõem o sofrimento cotidiano das famílias que alcançam o limite da carência são: habitações insalubres, saturadas, precárias; falta crônica de dinheiro; sub-emprego e desvalorização da força de trabalho; fraco acesso aos direitos sociais públicos (saúde, escolarização, aposentadoria, etc.); onipresença da doença e das alterações corporais por falta de cuidados; alcoolismo; drogas; importância da religiosidade e predomínio das interpretações fatalistas da existência; forte presença numérica das mulheres chefes de casa; instabilidade matrimonial e residencial dos homens; diversidade, complexidade e instabilidade familiar na composição das casas (VASCONCELOS, 1999a).

Em tom denunciador Vasconcelos (1999b) aponta a necessidade dessas famílias receberem atenção diferenciada do Estado para garantir os direitos de cidadania:

*“As atenções prestadas à família, ainda hoje, continuam sendo conservadoras e pouco eficientes porque, estão presas a uma cultura tutelar de relação com as classes populares. Cuida-se, tomando conta e criando estratégias que cerquem os possíveis desvios do caminho considerado correto, não aceitando, assim, a autonomia da família por não confiar em sua capacidade. Essa postura resulta em aumento dos custos dos programas, em expansão exagerada da burocracia gestora e em perda de qualidade”.*

Misoczky (1994), aponta que a atenção diferenciada às famílias que vivem em situações especiais de risco é uma estratégia de

aprofundamento da qualidade dos serviços diante da complexidade das situações de exclusão social tão fortemente presentes até mesmo nas regiões mais industrializadas e modernas da sociedade capitalista contemporânea.

De acordo com Carvalho (1994), a priorização da família na agenda da política social envolve três modalidades de ação: programas de geração de renda e emprego; programas de complementação da renda familiar e rede de serviços comunitários de apoio psicossocial. Em muitos municípios brasileiros, serviços locais de saúde, escolas e órgãos de assistência social ligados a igrejas, entidades filantrópicas e organizações não governamentais já vêm desenvolvendo programas de acompanhamento e apoio a famílias em situação especial de dificuldade. Mas, em geral, são iniciativas isoladas e descontínuas, voltadas para públicos restritos.

## **2.4 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Entendendo como mais uma proposta para o reordenamento da atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família apresenta diferentes leituras ou compreensões.

Em documentos oficiais do Ministério da Saúde, referentes ao Programa de Saúde da Família, encontram-se várias categorias-chave

que contribuem para a definição ora procurada, por exemplo: (a) ser a porta de entrada de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde; (b) ter um território definido com uma população delimitada (adstrita) sob sua responsabilidade; (c) ter como centro de atenção à família, inserida em seu meio social; (d) intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; (e) prestar assistência integral, permanente e de qualidade; (f) realizar atividades de educação e de promoção da saúde; (g) estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre o serviço de saúde e a população; (h) estimular a organização das comunidades para exercer o efetivo controle social das ações e serviços de saúde; (i) utilizar os sistemas de informação para o monitoramento das ações e para a tomada de decisões. (AGUIAR, 1998; BRASIL, 2001)

Goulart (2002) enumera os componentes essenciais que unem os conceitos de Atenção Primária à Saúde e de Saúde da Família, a saber:

- As práticas de saúde como objeto da intervenção do Estado, o que as caracterizaria como partes de um corpo de políticas sociais;
- O processo de trabalho tendo como resultado a intervenção do médico e de outros profissionais dentro de um âmbito generalista, ou seja, fora do caráter especializado que recorta e separa o objeto das práticas de saúde em faixas de idade, gênero, sistemas e órgãos, ou mesmo de tipos de doenças;
- Os modos de pensar e de praticar os cuidados à saúde

baseados na ampliação e superação dos conceitos tradicionais antinômicos entre individual e coletivo; prevenção e cura; biológico e social; humano e ambiental; oficial e não-oficial;

- A proteção voltada não apenas para indivíduos-singulares, mas para coletivos (famílias, grupos, comunidades), resultando em um novo tipo de práticas sociais de saúde;
- O desenvolvimento de vínculos entre a clientela e os prestadores de serviços, de natureza administrativa, geográfica, cultural ou mesmo ética.

O Programa de Saúde da Família trata-se de uma estratégia necessária à organização do distrito sanitário (no nível primário), juntamente com o consórcio de saúde (no nível secundário e terciário). Ainda que as formas de implementação possam variar, o autor busca sublinhar o caráter estratégico da proposta num sentido mais amplo que a noção de programa, na perspectiva de impulsionar o desenvolvimento da atenção primária à saúde (MENDES, 1998).

Levcovitz e Garrido (1996), desenvolvem uma análise da Saúde da Família enquanto estratégia capaz de efetivar uma mudança do modelo assistencial no âmbito do SUS através da utilização de outros parâmetros profissionais, mais econômicos e eficazes.

Do mesmo modo, os pressupostos que devem nortear a organização das práticas de saúde voltadas à família, tais como o reconhecimento da saúde como direito de cidadania; eleição da família e

seu espaço social como núcleo básico de abordagem; prestação de atenção integral; humanização das práticas de saúde; participação da comunidade etc. é parte de uma estratégia importante que induziria a mudanças tanto pela interferência sobre a dinâmica do mercado de trabalho em saúde, quanto pela reestruturação do processo de trabalho (CORDEIRO, 1996).

Contraopondo a posição desses autores, Misoczky (1994) critica o que chama de “revival” da medicina comunitária/familiar no Brasil. Tendo como referência o trabalho de Paim (1986), a autora procura mostrar as limitações de tal proposta, afirmando que *“trata-se de um modelo de atenção voltado para os pobres, muito aquém das formulações que marcaram o processo da Reforma Sanitária brasileira e configuraram o SUS”*. Critica ainda o Ministério da Saúde por assumir a proposta como modelo de atenção a ser expandido para todo o país, de forma verticalizada.

Esta preocupação também é demonstrada por Paim (1996b), quando vincula os programas PACS e PSF às propostas de focalização patrocinadas pelo Banco Mundial para a região latino americana (World Bank, 1993 a e b). Nas palavras do próprio autor:

*“As propostas de focalização patrocinadas pelo Banco Mundial, utilizando pacotes básicos para os pobres, têm uma tradução para o setor saúde que não pode ser negligenciada, sob pena de constatarmos que esforços genuínos para a democratização da saúde, tais como o uso da epidemiologia no planejamento e na gestão, e o desenvolvimento de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), como estratégias de reorientação de sistemas de saúde*

*(Mendes, 1990; Paim, 1993), sejam transformados em fundamentos e argumentos para o **apartheid** sanitário. A política de tornar os programas especiais de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF) do Brasil em carros-chefes do novo modelo assistencial do SUS não deixa de ser preocupante”.*

O Banco Mundial foi criado em 1944 para dar suporte financeiro à reconstrução da Europa no pós-guerra. Transformou-se, ao longo das décadas seguintes,, no principal financiador externo da saúde para os países em desenvolvimento. Além dos empréstimos o Banco vem se transformando também em fonte de produção de idéias e conhecimentos sobre políticas sociais, Na visão de alguns especialistas em política internacional, o Banco Mundial passa por ser “apolítico”, ‘ “técnico” e “neutro”, quando comparado com outros organismos do sistema ONU (Organização das Nações Unidas), particularmente a Organização Mundial de Saúde e UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), com os quais já manteve diversas polêmicas. As ideologias prevalentes no BM, desde a década de 70, quando se iniciaram as atividades voltadas para os sistemas de atenção à saúde dos países, têm variado de “atenuação da pobreza”, “redistribuição e crescimento”, “necessidades humanas básica” até “ajuste estrutural” em anos recentes (GOULART, 2002)

Em relação ao Brasil, o Banco Mundial se antecipou ao debate local e já no primeiro momento da implantação do SUS, produziu um

documento diagnóstico e analítico (World Bank, 1988) cujos tópicos principais são:

- ✓ Focalização do gasto público em saúde;
- ✓ Colocação de fatores restritivos à clientela e de estímulo a oferta privada;
- ✓ Descentralização para esferas nacionais e de governo;
- ✓ Fortalecimento do papel central em alguns programas, como por exemplo, qualidade em saúde e informação.

Essa política propugnada pelo BM na verdade, tinha como escopo nortear as ações de saúde para as populações carentes, oferecendo serviços básicos e baixa resolubilidade.

São inúmeras as interpretações sobre a Estratégia de Saúde da Família, ora concordando com a proposta idealizada pelo Brasil, ora concordando ser uma política focal, destinadas às populações excluídas ou marginalizadas. Na opinião de Campos (1999):

*“... O Projeto Médico de Família apenas arranha a lógica da racionalidade e da prática médico-hospitalar. Contém diretrizes interessantes que permitiriam reformar a clínica, mas há uma questão no ar: por que apenas o médico de família deveria trabalhar com vínculo, cuidado integral, atenção domiciliar, etc.? O que fazer com a imensa rede de Centros de Saúde criada nos últimos vinte anos? Ou seja, por que não poderíamos criar uma verdadeira porta de entrada baseada nesta rede e nos médicos de família, nela integrados e não dela separados, como reza o projeto normativo do Ministério? Por que não delegar a generalistas, pediatras e às equipes dos centros de saúde o poder de internar, de solicitar atendimento especializado, etc? Por que não estender as diretrizes do médico de família para todos os profissionais que trabalham na rede básica? Senão, por que*

*conservar esta imensa e dispendiosa rede? Para transformá-la em ambulatorios de baixa resolutividade, mas com capacidade de pronta-atenção, como o está fazendo o PAS em São Paulo...”*

Diante do exposto, nos parece que a Saúde da Família suscita o debate em torno de uma questão crucial e recorrente nas diversas propostas de reformas nos sistema de saúde: a universalização da atenção com integralidade e equidade *vis-à-vis* a necessidade de estabelecer mecanismos de controle e redução do consumo e gastos em saúde.

A percepção da fragmentação das políticas sociais vem propiciando o surgimento de propostas e tentativas de integração das várias ações estatais no campo social. Em 1963, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicava um documento sobre a formação do médico de família. Os Estados Unidos da América (EUA) foi o país em que a proposta do médico de família mais se expandiu inicialmente. Em 1969, a medicina familiar foi ali reconhecida como especialidade médica. Na década de 70, este movimento se espalhou com intensidade no Canadá, México e alguns países europeus. Surgia a proposta de saúde contrária à tendência mundial à hospitalização, ao aumento da complexidade tecnológica e à fragmentação do trabalho médico em especialidades. Buscava-se combater desajustes da prática médica através da reorientação da formação profissional do médico, sem se avançar na discussão da reorganização das instituições da saúde como um todo

(PAIM, 1996).

No Brasil, em 1981, o Conselho Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação aprovou a criação do curso de especialização em medicina geral e comunitária. Mais tarde, o Conselho Federal de Medicina a reconheceu como especialidade médica. A consolidação em Cuba do Programa Médico de Família foi importante para os profissionais de esquerda repensarem no atendimento médico a partir da unidade família-comunidade, além de ser importante em sua difusão (VASCONCELOS, 1999a).

Em 1984, quando se iniciou a implantação em escala nacional do programa médico de família em Cuba, toda a população era atendida, no nível primário, em policlínicas organizadas a partir das especialidades médicas e odontológicas básicas. As diretrizes do programa apontaram para a melhora nas relações entre o conhecimento médico especializado e as atividades de prevenção e promoção da saúde (MOREIRA, 1999).

Vasconcelos (1999b) relaciona a situação social do Brasil na criação do clima cultural propício à reorientação das políticas de saúde. Este pesquisador aponta os problemas da criminalidade das crianças e adolescentes vivendo na rua e as reações violentas de setores da sociedade dos mesmos. Além disso, as epidemias de cólera e dengue contribuíram para evidenciar as limitações dos serviços de saúde, principalmente nas ações de promoção à saúde mais integradas ao cotidiano da população. Expande-se neste contexto, o Programa de

Agentes Comunitários de Saúde.

Foi a partir deste programa que se começou a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não tão somente o indivíduo, e se introduziu a noção de área de cobertura, por família (VIANA; DAL POZ, 1998).

O Ministério da Saúde, em 1993, reuniu alguns coordenadores com experiências em atenção primária à saúde, centradas nas dimensões comunidade e família, para discutir um projeto nacional de reorientação dos serviços básicos de saúde, sendo então lançado o Programa de Saúde da Família. O Programa procura apoiar um modelo de atuação em nível local, buscando, portanto, o processo de descentralização. Outra mudança importante apontada pelo Programa está relacionada nas formas de remuneração, de maneira a superar a exclusividade do pagamento por procedimentos (BRASIL, 1997; VIANA; DAL POZ, 1998).

Como objetivo geral, o PSF pretende melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência voltado à família e a comunidade, que inclua desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças, além de contribuir para o rendimento do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1997). Seus objetivos específicos são:

- divulgar o conceito de saúde como qualidade de vida e direito do cidadão;
- promover a família como núcleo básico da abordagem no

atendimento à saúde da população, num enfoque comunitário;

- prestar atendimento básico de saúde, de forma integral, oportuna e contínua à população, no domicílio, em ambulatórios e hospitais;
- agendar o atendimento à população com base nas normas de programas de saúde existentes, sem descartar a possibilidade de atendimentos eventuais e domiciliares;
- intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto expressão da qualidade de vida;
- estimular a organização da comunidade para efetivo exercício do controle social.

As diretrizes operacionais a serem seguidas para a implementação do PSF requerem um espaço físico correspondente ao

sistema local de saúde para realizar atenção contínua nas especialidades básicas. Através da equipe multiprofissional apta a desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção, além da referência e contra-referência para os níveis de maior complexidade do sistema (BRASIL, 1997).

Ainda segundo o Ministério da Saúde o PSF propõe a criação de uma equipe composta de um médico generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Os profissionais devem residir no município e trabalharem em tempo integral. O agente comunitário de saúde deve residir na área sob sua responsabilidade. A equipe de Saúde da Família deve trabalhar com adscrição de clientela, definição de um território de abrangência, atuando com uma ou mais equipes de acordo com o número de famílias a ela vinculadas. O Ministério recomenda que cada equipe seja responsável por 600 a 1000 famílias, com máximo de 4500 habitantes (BRASIL, 1997).

As equipes de saúde deverão cadastrar as famílias através de visitas domiciliares, iniciando o vínculo da unidade/equipe com a comunidade e identificando a situação de saúde local. Sua atuação inclui as atividades de visita domiciliar, internação domiciliar e participação em grupos comunitários. A implantação do programa é de responsabilidade do Município, mas recebe apoio de Secretarias Estaduais e do Brasil. O Ministério sugere que a implantação do PSF seja operacionalizada no município processualmente, incluindo várias etapas, que seriam

realizadas de acordo com as diferentes realidades dos sistemas municipais de saúde. Neste sentido, é proposto que num primeiro momento haja um trabalho de sensibilização e divulgação da proposta, envolvendo gestores, profissionais de saúde e população, ou seja, a participação de todos os atores sociais envolvidos. Depois disso, seguiria as etapas de adesão do município, recrutamento, seleção e contratação dos recursos humanos, capacitação das equipes, treinamento introdutório e educação continuada (BRASIL 2000a).

A unidade de saúde da família (USF), ou unidade básica de saúde da família (UBSF) é a nova denominação do antigo posto ou centro de saúde, que deve ser reestruturado, dentro de uma nova lógica, que lhe atribui maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência. A USF deve se constituir no primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, isto é, a “porta de entrada” do sistema.

Não se deve confundir a USF como “porta de entrada” sendo um local onde se faz triagem e encaminhamento, onde a maioria dos casos é encaminhada para os serviços de maior complexidade. Ela tem que ser resolutiva, com profissionais capazes de assistir aos problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes que através de processos educativos, promovam a saúde e previnam as doenças ou agravos em geral. Enfim existe uma série de atividades individuais e coletivas que precisam ser promovidas e fomentadas pelas ESF em conjunto com a

comunidade (CURITIBA, 1999).

Trad e Bastos (1998) descrevem o PSF como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilidade e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer.

De acordo com Aguiar (1998) a otimização dos serviços torna-se imperativa diante dos argumentos de escassez de recursos, condicionados por uma política econômica restritiva. Dentro da perspectiva de imprimir maior racionalidade ao sistema de serviços, dentro dos pressupostos de qualificação da demanda, diminuição do gasto hospitalar e intervenção sobre os estágios mais precoces do processo saúde-doença; a Saúde da Família pretende o maior controle sobre a utilização de serviços médicos. Desta forma, a autora aponta o caráter complementar e não substitutivo (excludente) do PSF em relação aos princípios e diretrizes organizativas do SUS.

Para Vasconcelos (1999b), o desafio central do PSF é mostrar sua capacidade de integração com os serviços locais de saúde bem-estruturados, redefinindo qualitativamente seu modelo de atuação. Mostrar que, ao contrário de simplificação, é um alargamento da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos seus grupos mais vulneráveis.

Viana e Dal Poz (1998) identificaram os elementos que contribuem na dificuldade de expansão do programa. Em primeiro lugar esses autores apontam para a própria estrutura centralizadora do Brasil, e incluem a lentidão nas tomadas de decisões e dificuldades de estabelecimento de pactos de cooperação. Outro ponto abordado refere-se a formação de recursos humanos para explorar o campo da saúde coletiva. Em terceiro, as resistências corporativas das associações e Conselhos de Medicina e Enfermagem.

## **2.5 A ODONTOLOGIA E SUA INCLUSÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Em 1994, quando o PSF ainda era um projeto em vias de institucionalização pelo Ministério da Saúde, ocorreu a primeira discussão sobre sua expansão, de forma a incluir outras categorias profissionais e, conseqüentemente outras ações básicas. No entanto, o Ministério tinha dificuldades em operacionalizar o próprio modelo concebido com a equipe básica (ZANETTI, 2000).

Por outro lado, dados divulgados pela Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD) em 1998, apontaram ao Ministério da Saúde, um flagrante nível de exclusão no acesso aos serviços odontológicos no país, estimando em 29,6 milhões (aproximadamente 20% da população brasileira) o número de pessoas que NUNCA foi a um consultório

dentário. Dentre estes, encontram-se 32% dos residentes em área rural. O percentual dos que nunca consultaram o dentista é nove vezes superior para as pessoas com renda de até um salário mínimo (SM), quando comparadas com as que recebem mais de 20 SM (ZANETTA, 2000).

A necessidade de melhorar esses índices desfavoráveis de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas – quer em termos de promoção, quer de proteção e recuperação – impulsionou a decisão de reorganizar as práticas de intervenção, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na estratégia de Saúde da Família.

Com isso, o Ministério da Saúde em dezembro de 2000, inclui a Saúde Bucal nos Programas de Saúde da Família, sendo definida a primeira Portaria n.º 1.444, de 28 de dezembro de 2000, com o qual o Ministério estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF.

Dentro deste processo, destacam-se alguns desdobramentos dos ENATESPOS (1997, 1998) e a formação da Área Técnica em Saúde Bucal no Ministério da Saúde, que articularam esta reorganização.

A proposta Preliminar do Ministério da Saúde representado pela Área Técnica de Saúde Bucal estabeleceu como objetivo geral, ampliar o acesso da população às ações de Saúde Bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas pelo PSF, respeitando os princípios organizativos e operacionais, estimulando desta maneira a reorganização

da Saúde Bucal na atenção básica (BRASIL, 2001).

Neste contexto foi elaborado o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, contido na Portaria n.º 267, de 06/03/01, e que apresenta os seguintes objetivos:

- melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo PSF;
- assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes e cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como àquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal;
- capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais da Odontologia necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS;
- avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF.

Este Plano estabelece ainda, duas modalidades para inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família:

- *Modalidade I* – com um CD e um ACD e
- *Modalidade II* – que além do CD e do ACD, possui um THD.

Todos com carga horária de trabalho de 40h semanais. Cada equipe de saúde bucal (ESB) deverá atender, em média, 6.900 habitantes, nos municípios com população inferior a 6.900 habitantes, deverá ser

implantada uma ESB para uma ou duas ESF implantadas ou em processo de implantação; e nos municípios com população superior a 6.900 habitantes, deverá ser implantada uma ESB para cada duas ESF implantadas ou em fase de processo de implantação. (BRASIL, 2001).

A inclusão das ações de saúde bucal deverá obedecer aos seguintes princípios:

- 1.º Caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde, com eixo centrado na vigilância em saúde;
- 2.º adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde, onde as atividades de atenção à saúde bucal serão desenvolvidas para atender a população residente em um território definido;
- 3.º Integralidade e hierarquização, garantindo acesso às pessoas aos serviços na atenção básica e através do sistema de referência e contra-referência o acesso a outros níveis de complexidade;
- 4.º articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde;
- 5.º definição da família como núcleo central de abordagem;
- 6.º humanização do atendimento;
- 7.º abordagem multiprofissional (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário, técnicos de higiene dentária), em

que a equipe de saúde da família deverá incorporar ações de saúde bucal em função da magnitude dos problemas existentes no país e da especificidade tecnológica necessária para o seu enfrentamento. A dimensão desta incorporação será definida a partir dos recursos humanos disponíveis na localidade ou na região;

- 8.º estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial; à participação e ao controle social;
- 9.º educação permanente dos profissionais;
- 10.º acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas (Brasil, 2001).

As outras estratégias estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a implantação da saúde bucal no PSF são:

- A carga horária dos profissionais deverá ser de 40h/semanais;
- A adequação de espaços para a estruturação dos serviços odontológicos deverá levar em consideração as instalações já existentes e as iniciativas locais de organização dos serviços, desde que atendam os critérios de referência territorial e a facilidade do acesso da população;
- As equipes de saúde da família deverão executar integralmente, no âmbito da atenção básica, ações de saúde bucal em sua área adscrita e segundo os critérios de territorialização já estipulados;

- As ações especializadas de saúde bucal deverão ser referenciadas no próprio território municipal ou no município sede, conforme o Plano Diretor de Regionalização – PDR – do SUS;
- Os profissionais de saúde bucal e demais membros das equipes de saúde da família deverão ter responsabilidades sanitária em relação à população adscrita, desenvolvendo ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção e recuperação da saúde;
- As ações de promoção e de prevenção no âmbito da saúde bucal serão planejadas e desenvolvidas de forma interdisciplinar;
- O registro das atividades de saúde bucal deverá ser feito no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB -, para fins de planejamento, monitoramento e avaliação das equipes;
- O processo de qualificação dos municípios ao incentivo financeiro para as ações de saúde bucal será objeto da regulamentação da Secretaria de Políticas de Saúde do Brasil.(BRASIL, 2001).

A formação e educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família são um desafio crucial para o êxito da proposta. As condições para as mudanças na formação desses profissionais estão facilitadas pela Lei 9394/95 – a Lei de Diretrizes e Bases da Educação

(LDB), por uma implementação do Ministério da Educação e pelos atos normativos decorrentes de pareceres e resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE).

O PSF requer profissionais que compreendam os determinantes do processo saúde-doença e o estabelecimento de novas relações entre os mesmos com a comunidade, com as famílias e com os outros setores da sociedade, com o objetivo de superar os problemas identificados na população sob sua responsabilidade e que influenciam na qualidade de vida da comunidade (BRASIL, 1997).

Para atingir este intento, o MS recomenda que os profissionais sejam capacitados para estabelecer relações humanizadas, e sua qualificação técnica permita o desenvolvimento de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde (BRASIL, 2000a).

A capacitação deverá ser direcionada especificamente para os profissionais de saúde bucal, quando forem agregar-se a uma equipe de saúde da família já constituída. Ao instalar-se uma nova equipe de saúde da família com atenção à saúde bucal incluída, a capacitação deverá ser única para todos (BRASIL, 2001).

Neste sentido, o Ministério da Saúde sugere a abordagem dos seguintes conteúdos:

- analisar os princípios e diretrizes do SUS e do PSF e os instrumentos gerenciais e administrativos existentes;
- a organização do processo de trabalho frente aos princípios do

PSF;

- discutir aspectos da atenção a ser desenvolvida tanto individual como coletivamente, tomando como base a dinâmica familiar e as suas relações com a comunidade;
- apresentar técnicas de educação popular e avaliar o seu potencial enquanto instrumento de conscientização sobre os cuidados com a saúde do indivíduo e da família;
- analisar instrumentos que possam identificar a situação do território sob responsabilidade da equipe quanto aos seus aspectos demográficos, sócio-econômicos, ambientais e epidemiológicos;
- apresentar instrumentos sobre planejamento, contribuindo para a identificação de problemas, definição de prioridades e avaliação das ações a serem desenvolvidas;
- discutir os indicadores de saúde do SIAB.(BRASIL, 2000a).

A recomendação do MS é de que a capacitação dos profissionais seja a mais descentralizada possível, devendo-se trabalhar com dados concretos da realidade local (BRASIL, 1997).

Ainda com relação à capacitação, é tarefa do MS disponibilizar material didático sobre saúde bucal para o treinamento dos agentes comunitários de saúde (ACS), se isso não for possível, o município deverá disponibilizar material didático que atenda os seguintes conteúdos para o treinamento (BRASIL, 2000c):

- as noções de anatomia e fisiologia dentária;
- a importância das dentições decídua e permanente;
- as principais doenças bucais e os fatores relacionados ao consumo de açúcar, a ausência ou deficiência de higiene bucal, a exposição solar, o tabagismo, o alcoolismo e as suas conseqüências;
- as noções sobre os cuidados básicos para prevenir as principais doenças bucais;
- a importância do emprego do flúor para a prevenção da cárie dental tanto em espaços da família como em coletivos mais amplos;
- a necessidade da higiene bucal supervisionada e os cuidados bucais aos recém-nascidos.(BRASIL, 2001b)

Todos os profissionais de Odontologia que compõem a equipe de saúde da família possuem atribuições comuns e específicas. Destacamos inicialmente as atribuições comuns aos profissionais de saúde bucal no PSF (BRASIL, 2001):

- I Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família;
- II – Identificar as necessidades e expectativas da população (usuários) em relação à saúde bucal;
- III – Estimular e executar medidas de promoção de saúde,

atividades educativas e preventivas em saúde bucal;

IV – Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência;

V – Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal;

VI – Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde;

VII – Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas;

VIII – Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.(BRASIL, 2001b)

Seguem-se abaixo as atribuições específicas do CD, ACD, THD e ACS, de acordo com o Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica - Inclusão da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2001):

A – Atribuições Específicas do Cirurgião-Dentista

- Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade;
- Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS –96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS);

- Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita;
- Encaminhar e orientar os usuários, que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento;
- Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências;
- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;
- Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;
- Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais;
- Coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção de saúde bucal;
- Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas;
- Supervisionar o trabalho desenvolvido pela THD e o

ACD;

- Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal;
- Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB – todos os procedimentos realizados.

B – Atribuições Específicas do Técnico de Higiene Dentária (THD):

- Realizar, sob a supervisão do CD, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem supra gengival e polimento;
- Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do CD;
- Auxiliar o CD (trabalho a quatro mãos);
- Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluoretados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados;
- Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

- Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal;
- Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB – todos os procedimentos de sua competência realizados.

#### C – Atribuições Específicas do Auxiliar de consultório dentário (ACD);

- Proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- Realizar procedimentos educativos e preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como evidenciação de placa bacteriana, orientações à escovação com o uso da escova dentária e utilização do fio dental sob acompanhamento do THD;
- Preparar o instrumental e materiais para uso no consultório da UBSF;
- Instrumentalizar o CD ou THD durante a realização de procedimentos clínicos
- Cuidar da manutenção do consultório;
- Agendar e orientar o paciente quanto ao retorno para a manutenção do tratamento;
- Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à

saúde bucal;

- Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na UBSF e espaços sociais identificados;
- Registrar no SIAB os procedimentos de sua competência realizados.

#### D – Atribuições Específicas do Agente Comunitário de Saúde (ACS):

- Desenvolver ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças neste âmbito mais prevalentes no seu território de atuação;
- Identificar espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal;
- Registrar no SIAB os procedimentos de suas competências

Cabe ressaltar que o ACS funciona como elo de ligação entre a equipe e a comunidade. Ele é um contato permanente com as famílias, que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. Também é o elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular (BRASIL, 2000b).

Ainda, segundo o Ministério da Saúde, o ACS desenvolve na unidade de saúde da família atividades de programação e de supervisão de suas atividades. Mas, o seu trabalho cotidiano é junto aos domicílios de sua área de abrangência. O ACS deve realizar mapeamento de sua área; cadastrar e atualizar permanentemente o cadastro das famílias; identificar os indivíduos e família expostos à situação de risco; orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando e até agendando consultas e exames, quando necessário; realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; estar sempre bem informado e informar a ESF sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente àquelas em situação de risco; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças.(BRASIL, 2000b)

Os profissionais da equipe de saúde bucal devem ser capacitados para prestar assistência individual e desenvolver ações coletivas, voltados para a promoção de saúde, controle e tratamento das principais afecções bucais. É fundamental que ações com este propósito atinjam toda a população adscrita e que se faça uso de recursos epidemiológicos para identificar e agir segundo critérios de risco.

Este enfoque, segundo o documento elaborado pelo Ministério da Saúde, consiste em produzir ações considerando três objetivos populacionais a serem atingidos concomitantemente:

- Interromper a livre progressão da doença nos grupos populacionais, de modo a evitar o surgimento de casos novos (diminuir a incidência ou incremento);
- Detectar lesões e sinais iniciais reversíveis mediante diagnóstico precoce, empregando tecnologias não cirúrgicas (diminuir a prevalência);
- Reabilitar através de procedimentos cirúrgico-restauradores. Referenciar e acompanhar os doentes e/ou portadores de seqüelas, considerando a possibilidade de incluir a oferta de prótese dentária, mediante serviços próprios e/ou contratados para essa finalidade, sempre sob regime de custos suportáveis para o serviço. (BRASIL, 2001b)

Dessa forma, a reorganização da Atenção Básica deve contribuir para o reordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, de maneira que se mantenha o compromisso de consolidação do SUS, respeitando os seus princípios, possibilitando o acesso da população a todos os níveis de assistência à saúde.

O grande desafio hoje na área de saúde bucal é, portanto, a universalização do acesso e a integralidade das ações. Nesse sentido, o Ministério da Saúde empenhado no seu papel indutor das políticas públicas equânimes, decidiu ampliar e qualificar o acesso da população aos serviços de saúde bucal por intermédio do PSF, estabelecendo uma equipe de saúde bucal para uma de saúde da família, de modo que as

ações de promoção e proteção à saúde tenham o devido foco.

Sobre o exposto acima, o MS através da Portaria n.º 673/GM de 03 de junho de 2003, no seu Artigo 1.º estabelece:

*“... que poderão ser implantadas, nos municípios, quantas equipes de saúde bucal forma necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número existente de equipes de saúde da família, e considerem a lógica de organização da atenção básica” (BRASIL, 2003a).*

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar se as ações das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Campos dos Goytacazes – Rio de Janeiro – estão de acordo com o documento elaborado pelo Ministério da Saúde (Portaria n.º 267 de 06 de março de 2001).

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

A – Analisar a participação das equipes odontológica (cirurgiões-dentistas e pessoal auxiliar) no PSF.

B – Analisar as características da capacitação profissional da equipe de Odontologia do PSF.

C – Verificar a expectativa do usuário quanto a resolubilidade das ações da equipe de saúde bucal do Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes – Rio de Janeiro em 2002.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 NATUREZA DA PESQUISA**

Esta pesquisa é de natureza quali-quantitativa, trabalhando representações de atores sociais sobre o tema em questão. Este tipo de investigação se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1996).

Diante das várias formas de abordagem para o campo da saúde, Minayo (1996) justifica e destaca a importância da abordagem qualitativa, afirmando que a saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social. Por isso tanto no que concerne à problemática teórica, quanto à metodológica, a saúde coletiva está submetida às mesmas vicissitudes, avanços, recuos, interrogações e perspectivas da totalidade social da qual, faz parte.

A sua especificidade é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas, ideológicas, relacionadas ao saber teórico e prático sobre o

processo saúde-doença, a institucionalização, a organização, a administração e avaliação dos serviços de saúde. Dentro desta dinâmica peculiar está sua abrangência multidisciplinar e estratégica. Minayo (1994) destaca também a inadequação das discussões relativas aos métodos quantitativos e qualitativos na abordagem do social, entendendo que a dicotomia que se estabelece, deixa à margem, na prática a relevância e dados que não podem ser contidos em números de um lado e às vezes contempla apenas os significados subjetivos, omitindo a realidade estruturada, de outro lado.

Na análise quantitativa, o que serve de informação é a frequência com que surgem certas características de conteúdo. Já na análise qualitativa, é a presença ou a ausência de uma das características de conteúdo num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração (BARDIN, 1977).

## **4.2 LOCAL DA PESQUISA**

Esta pesquisa foi realizada no município de Campos dos Goytacazes – Rio de Janeiro, no segundo semestre de 2002. A escolha do município deveu-se a inúmeros fatores, tais como: por ser um município importante dentro do contexto histórico-político e social do Estado do Rio de Janeiro, e possuir algumas experiências no campo da

saúde coletiva, notadamente a utilização dos Agentes Comunitários de Saúde no início da década de noventa.

Campos dos Goytacazes tem hoje uma população, segundo a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2000), em torno de 406.000 habitantes, distribuídos de forma heterogênea nos seus 4.027 km<sup>2</sup>. Possui clima tropical, quente e úmido na estação chuvosa.

O município tem destaque no cenário político-econômico do país, por ser detentor da maior bacia petrolífera do país, a Bacia de Campos. A agroindústria açucareira ocupa 45% da economia local.(PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2003).

Com três séculos de existência, a cidade é um pólo de comércio e serviços e tem uma infra-estrutura urbana bem definida. Duas rodovias federais cortam a cidade, a BR 101 e BR 356, e possui um aeroporto de médio porte.

A cidade possui uma Universidade Pública Federal (UFF), uma Universidade Pública Estadual (UENF), três universidades privadas, um centro federal de ensino tecnológico (CEFET) e cinco instituições privadas, oferecendo cursos de Odontologia, Medicina, Psicologia, Filosofia, Direito, Enfermagem, dentre outros.

A rede pública de saúde é constituída de 2 hospitais de grande porte, Hospital Ferreira Machado e o Hospital Geral de Guarús. Apresenta 3 hospitais de pequeno porte, nos distritos de Goitacazes, Travessão e Santo Eduardo. Junto com a rede privada, o município soma 11 hospitais.

A rede pública abrange 15 clínicas, 101 postos de saúde, nove pronto socorros e 1.736 leitos.(PREFEITURA DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2003).

A cidade possui 90% da água de abastecimento tratada e 100% dos domicílios urbanos são servidos de coleta de lixo e a coleta de lixo hospitalar é feita em veículos apropriados (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2003).

Em 1999 o município implantou o Programa Saúde da Família, contando com 33 equipes cadastradas no Ministério da Saúde, sendo 52.304 famílias inscritas e 196.970 famílias atendidas. Em 02 de fevereiro de 2001 fez a inclusão da Odontologia no PSF, contando atualmente com quatro equipes de saúde bucal cadastradas no Ministério da Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2003).

Quadro 1 - Situação do Programa Saúde da Família em Campos dos Goytacazes – RJ após um ano de implantação (2002).

Início do PSF	02/02/1999
Equipes de saúde da família	33
Equipes de saúde bucal	04
Unidades básicas de saúde da família	24
Agentes comunitários de saúde	169
Numero de médicos	33
Numero de enfermeiros	33
Numero de cirurgiões-dentistas	04
Numero de auxiliares de consultório dentário	04
Numero de técnicos de higiene dental	01
Numero de ACS que atuam na equipe de saúde bucal	32

Fonte: Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes – RJ, 2003

A rede de assistência odontológica é bem complexa, oferecendo serviços de emergência durante 24h, em nove postos de saúde, atendimento para gestantes e bebês em três unidades de saúde, atendimento para pacientes especiais, atendimento nas especialidades: prótese total, endodontia, ortodontia, periodontia, prótese fixa, estomatologia, cirurgia buco-maxilo-facial e atendimento especial para pacientes fissurados (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2003).

#### **4.3 DEFINIÇÃO DOS ATORES SOCIAIS DA PESQUISA**

O critério utilizado para a seleção dos atores da pesquisa vinculou-se a área de interesse, que é um campo de práticas, onde as questões que incitam nossa curiosidade teórica se concentram. Assim, de acordo com a temática da pesquisa e sua área de concentração vinculada às Políticas Públicas, a escolha dos atores sociais nesta pesquisa buscou contemplar os segmentos envolvidos com a prestação de serviços odontológicos no Programa de Saúde da Família no município de Campos dos Goytacazes, com vínculos diferenciados com o sistema local de saúde.

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Benedito Pereira Nunes da Faculdade de Medicina de Campos para análise, sendo expedido o seguinte parecer: “O

CEP considerou ético o protocolo de estudo n.º 0049”.

Os atores sociais da pesquisa são representados por cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário, técnico de higiene dentária, agentes comunitários de saúde e os usuários dos *quatro pólos cadastrados* pelo Ministério da Saúde em 2002, no município de Campos dos Goytacazes. Os quatro pólos com equipes de saúde bucal estão localizados nos seguintes bairros:

Área 024 – PSF Jardim Carioca, Área 028 – PSF Parque Prazeres, Área 033 – PSF Cidade de Luz e Área 057 – PSF Beco (Usina Santo 3).

À guisa de informação, na cidade de Campos dos Goytacazes, a unidade básica de saúde da família é denominada de pólo.

Cada pólo é constituído de uma equipe de saúde bucal com um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório dentário e oito agentes comunitários de saúde, sendo um técnico de higiene dental para os quatro pólos. Desta forma, foram entrevistados quatro cirurgiões-dentistas, quatro auxiliares de consultório dentário, trinta agentes comunitárias de saúde e uma técnica de higiene dentária. Houve a perda de duas ACS por motivo de afastamento.

O cirurgião-dentista, o auxiliar de consultório dentário, o técnico de higiene dentária e o agente comunitário de saúde foram escolhidos como atores, por serem responsáveis diretos pela atenção odontológica, seja ela preventiva ou curativa, dentro do PSF.

. A escolha dos usuários se deu de forma aleatória nas quatro

unidades de saúde da família que possuíam consultório dentário, optou-se em entrevistar os usuários que aguardavam atendimento na sala de espera, nos turnos da manhã e tarde, nas segundas, quartas e sextas-feiras e só foram escolhidos os usuários que já haviam iniciado o tratamento. A inclusão desses atores foi motivada por permitir a avaliação subjetiva da resolubilidade dos serviços, bem como, suas expectativas sobre os mesmos.

Quadro 2 - Síntese dos atores entrevistados, por segmento, envolvidos com o Programa de Saúde da Família do município de Campos dos Goytacazes, em 2002

<b>CD</b>	<b>ACD</b>	<b>THD</b>	<b>ACS</b>	<b>Usuário</b>
04	04	01	30	40

#### **4.4 COLETA DE DADOS**

A técnica utilizada para coletar os dados com os usuários foi entrevista semi-estruturada. Através dela o pesquisador buscou obter informações contidas na fala dos atores sociais. Ela não significou uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se inseriu como meio de coleta de fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada podendo ser individual ou coletiva, segundo Minayo (1996).

A seleção dos usuários que buscam os serviços odontológicos no

PSF se deu na sala de espera do consultório odontológico do pólo ou unidade básica de saúde da família. Esta metodologia utilizada com os usuários é definida segundo Minayo (1996) como “conversa com finalidade” onde o roteiro serve de orientação para o pesquisador e não de cerceamento da fala dos entrevistados. A inclusão deles foi motivada no intuito de permitir a avaliação da percepção e resolubilidade dos serviços odontológicos oferecidos.

O roteiro utilizado na entrevista foi submetido a um piloto, buscando aprimoramento da técnica utilizada. O pesquisador submeteu aos participantes do estudo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quanto aos CD, ACD, THD, ACS, a preocupação era como interferir o mínimo possível nas suas rotinas de trabalho, estabelecendo um vínculo de confiança mútua entre o entrevistador e o entrevistado na captação das informações e nas anotações das representações coletadas.

Rangel (1999), em sua pesquisa destaca a importância de se abordar a questão introdutória como forma de melhorar a receptividade e criar um ambiente favorável entre o entrevistador e o entrevistado.

Durante as entrevistas e aplicação dos questionários, buscou-se não interferir ou influenciar nas respostas dos entrevistados, de forma a não direcionar o conteúdo de suas representações quanto ao objeto da pesquisa.

Para a coleta dos dados do CD, ACD e ACS foi utilizado um questionário previamente testado, com questões abertas e fechadas, abordando o seu engajamento nas atividades do PSF.

## **5 RESULTADO E DISCUSSÃO**

O município de Campos dos Goytacazes – RJ, o maior do Estado do Rio, com uma população estimada em 406.000 habitantes (IBGE, 2000) possui quatro equipes de saúde bucal (ESB), com quatro cirurgiões-dentistas (CD), uma técnica de higiene dentária (THD), quatro auxiliares de consultório dentários (ACD) e trinta e duas agentes comunitárias de saúde (ACS) que atuam no PSF. Os dados quantitativos das questões fechadas foram processados através do software EPI-INFO 2000.

### **5.1 – EM RELAÇÃO AO CIRURGIÃO-DENTISTA E AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO**

Todos os CD entrevistados (anexo 1) são do sexo masculino, três deles formados na Faculdade de Odontologia de Campos e um formado na Faculdade de Odontologia da Universidade Estácio de Sá, no Rio de Janeiro. Um CD formado há catorze anos e os outros três com seis, cinco e dois anos de formados respectivamente.

Para salvaguardar as identidades dos cirurgiões-dentistas demos nomes fictícios aos mesmos: PAULO SÉRGIO, JOÃO PAULO, ANTONIO CARLOS e PEDRO OTÁVIO.

Na questão em que se perguntava se possuíam curso de pós-

graduação apenas um CD afirmou ser pós-graduado em Odontologia em Saúde Coletiva pela Associação Brasileira de Odontologia – Regional Campos, e os outros três estavam cursando especialização em Saúde da Família.

Isto nos leva a inferir que os gestores demonstram interesse em querer qualificar os profissionais, pois a Prefeitura Municipal oferece aos mesmos a oportunidade de financiar seus cursos de pós-graduação na área da Saúde da Família, na Faculdade de Medicina de Campos, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde.

Ainda em relação à formação do CD, caberia à universidade redirecionar suas atividades de ensino e pesquisa para ações de impacto social que possibilitem melhores condições de vida. Por isso entendemos que a universidade que anseia por mudanças no seu acadêmico não deva só se preocupar com questões tecnicistas, biológicas, fragmentadas, mas formar um profissional comprometido com a realidade social mais global, através da reflexão sobre ela, transformando-o em sujeitos conscientes, participativos e compromissados com a coletividade (RABELLO; CORVINO, 2001).

O modelo de formação vigente sustenta-se, essencialmente, nas seguintes características: formação intensificada nas ciências biomédicas e concentração nos aspectos de prática médica individual; redução das disciplinas e/ou créditos para a saúde coletiva – prevenção das doenças e promoção da saúde; supervalorização do processo ensino-aprendizagem

nos espaços hospitalares, deslocamento das reais situações do processo saúde-doença nos indivíduos-famílias-comunidade; indução à especialização precoce; não adoção do ambiente de trabalho como lugar apropriado para desenvolver novas metodologias e técnicas pedagógicas de ensino, entre outras (SOUZA, 2002).

Sabe-se que, para mudar a prática odontológica é necessária uma nova concepção que se oponha àquela tradicional: hegemônica, ancorada no biologismo e no tecnicismo. Para isso, é importante redimensionar a formação do cirurgião-dentista numa perspectiva de aliar a competência técnica ao compromisso social (TEIXEIRA; VALENÇA, 1998).

Na opinião de Campos e Baduy (1999), a proposta de saúde da família possibilita que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades na vivência das situações, que envolvem não apenas a cura das doenças, mas também a prevenção e a promoção da saúde. Isto envolve, também, os cirurgiões-dentistas. Nesta situação são relevantes as competências profissionais relativas a:

- capacidade de respeitar culturas diversas e aprender continuamente na troca de experiências, entre os trabalhadores de saúde, mas muito mais com a população adscrita, que deverá ser compreendida em seu contexto;
- responsabilidade com a resolução dos problemas de saúde, à medida que a assistência é contínua e integral;
- trabalho em equipe desenvolvendo a comunicação interpessoal

internamente, como também na relação mais intensa com usuários/cidadãos sob sua responsabilidade;

- gerência local e programação das ações, atividades que requer dos profissionais habilidades para assumir posições de liderança e capacidade de tomar decisões tendo como arcabouço teórico conceitual a Epidemiologia, a Administração e Planejamento de Saúde e as Ciências Sociais em Saúde.

A formação na graduação e a educação permanente do CD devem ser mais reflexivas, críticas e contextualizadas para além da prática clínica, alcançando as complexidades das diferentes realidades.

Amaral (1991), enfatiza que a formação odontológica é muito deficiente em relação às disciplinas que tratam dos aspectos social e preventivo, levando em muitos casos, ao desinteresse do futuro profissional para com elas. Parece, segundo o autor, que o baixo nível de saúde bucal no Brasil, não tem sido considerado problema a ser discutido no âmbito das instituições de ensino odontológico ou em nível governamental, acarretando a formação de profissionais alheios à realidade brasileira em relação à saúde bucal.

A necessidade da transformação das práticas de saúde bucal demanda o redirecionamento da formação dos profissionais de saúde bucal, de forma que se possa garantir níveis de resolubilidade desejados no exercício da prática profissional de forma ética, vinculada ao exercício da cidadania, baseada na compreensão de que as condições de vida

determinam as condições de saúde de uma determinada população (CORDON, 1996).

Chaves (1999), afirma que o sucesso de um programa destinado a elevar o nível de saúde bucal, por melhor que seja o seu planejamento, por mais eficientes que sejam os métodos propostos, por mais favorável que seja a definição dos seus objetivos, depende fundamentalmente de recursos humanos adequados preparados. Quando se fala em preparação adequada, deve-se ter em mente não somente a utilização do profissional de saúde bucal para a solução de problemas imediatos, mas também a sua capacitação para sentir e gradualmente ajustar o seu comportamento às modificações de natureza tecnológica, sócio-econômica e cultural, cuja interação obriga a uma constante revisão do papel a ser desempenhado pela Odontologia como instituição social.

Na questão *Você recebeu treinamento específico para atuar no Programa de Saúde da Família*. As respostas foram: os cirurgiões-dentistas Paulo Sérgio e João Paulo disseram que não receberam treinamento (capacitação) e Antonio Carlos e Pedro Otávio afirmaram que foram treinados para atuar no PSF.

Moreira (1999) concorda que o cirurgião-dentista somente deve ser incorporado a ESB após treinamento. E este deve proporcionar ao profissional a compreensão da política de saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde, estimular a desmonopolização dos saberes da saúde bucal para o restante da equipe, capacitar o desenvolvimento de

atividades em grupo, tais como de educação em saúde. O profissional deve procurar desenvolver atividades de educação buscando compreender o processo saúde-doença, correlacionando-o com aspectos econômicos, culturais e da política de saúde.

Cabe ao cirurgião-dentista a capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos com a atenção à saúde bucal no PSF. Isso com vista a se promover a desmonopolização do saber-fazer. Entretanto, a necessidade de educação continuada das equipes envolvidas na operacionalização da Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família, leva-nos a recomendar a inclusão da saúde bucal nas agendas dos Pólos de Capacitação mantidos pelo PSF no país (vinculados, em geral, ao sistema formador de recursos humanos).(ZANETTI, 2000).

Em relação à questão: Qual a sua carga horária semanal de trabalho na equipe de saúde bucal Todos os CDs afirmaram que são de quarenta horas semanais.

Embora o documento do Ministério da Saúde, determine que a carga horária para todos os profissionais que atuam no PSF ser de 40h/semanais, observamos a ausência do CD no seu pólo por algumas ocasiões em que fomos visitar os mesmos. Quando perguntamos a ACD se o CD estava em visita domiciliar, a mesma respondia..."Não, ele deu uma saidinha e volta logo". Este episódio se repetiu algumas vezes nos outros três pólos em que visitamos.Cabe a pergunta: Será que os CD cumprem a carga horária determinada para o PSF?

Da mesma forma, quando indagados como é a sua forma de atuação na equipe de saúde bucal no PSF (questão oito). Os quatro cirurgiões-dentistas responderam que fazem visitas domiciliares e atendimento ambulatorial.

Nas atribuições específicas elencadas pelo Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica, cabe ao CD programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas, e também executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos (escolas, creches, asilos etc.), de acordo com plano de prioridades locais (BRASIL, 2001).

Em Niterói, no Programa Médico de Família, os profissionais trabalham com carga horária integral (40h) e esta seguindo a característica metodológica do programa é dividida entre os trabalhos de consultório (20h) e de campo (20h). Através do trabalho de campo é feito o acompanhamento da situação da comunidade. O contato permanente com essa realidade auxilia detectar os fatores intervenientes no processo saúde-doença (MOREIRA, 1999).

Na compreensão de Franco e Merhy (1999), as visitas domiciliares compulsórias, indicam dois tipos de problemas muito graves, por sinal: um diz respeito à otimização dos recursos disponíveis para assistência à saúde, pelo programa, principalmente de seus recursos humanos. Não deveria ser recomendado que profissionais façam visitas

domiciliares, sem que haja uma indicação explícita para elas, a exceção dos trabalhadores que têm a função específica da vigilância à saúde, como por exemplo, os agentes comunitários de saúde, que devem percorrer o território insistentemente. Mas pode-se considerar uma diretriz pouco eficiente a visitação de médicos, enfermeiros, dentistas, por exemplo, sem que eles nem mesmo saibam o que vão fazer em determinado domicílio.

Um outro dado importante da visita domiciliar diz respeito ao fato de que isto pode significar uma excessiva intromissão do Estado na vida das pessoas, limitando, sobretudo seu grau de privacidade e liberdade (FRANCO; MERHY, 1999).

Para a pergunta *Quantas famílias estão sob sua responsabilidade*, os CDs responderam: PAULO SÉRGIO e o JOÃO PAULO responderam que atendem, aproximadamente 2.000 famílias, cada um; o ANTONIO CARLOS respondeu que atende 2.045 famílias e o PEDRO OTÁVIO atende a 1.100 famílias.

Zanetti (2000), recomenda a inclusão de uma equipe de saúde bucal junto a cada duas equipes do PSF. Assim, cada equipe de saúde bucal da família cobrirá até 2.000 famílias, entre 5.000 a 8.000 pessoas, nunca excedendo a 9.000 pessoas, enquanto Souza et al. (2001) diz que o CD deverá ter sob sua responsabilidade no máximo 4.500 pessoas.

O Ministério da Saúde recomenda que cada ESB atenda a 6.900 pessoas e este estudo demonstra que o número de famílias atendidas

pelos CDs do PSF de Campos dos Goytacazes atende o que é recomendado. Em`ora haja diferenças entre os pólos em relação à densidade populacional, por exemplo, a área de abrangência do PEDRO OTÁVIO atende a aproximadamente 4.000 pessoas.

Na questão *Você tem conhecimento do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, contido na Portaria n.º 267, de 06/03/01 do Ministérios da Saúde*, três cirurgiões-dentistas (João Paulo, Antonio Carlos e Pedro Otávio) responderam que conhecem e um afirmou não conhecer.

É importante o profissional que ingressa no PSF ter conhecimento pleno das Leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde e o Programa de Saúde da Família, sua normatização, as atribuições que lhe são conferidas. É no mínimo estranha a participação de um profissional no PSF, que desconheça o Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica – Inclusão da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família formulado em março de 2001 (BRASIL, 2001).

Apenas um cirurgião-dentista (João Paulo) que trabalha no PSF de Campos dos Goytacazes afirma desconhecer o documento que explicita o novo modelo de atenção odontológica, o que não é adequado, pois ele atua num Sistema de Saúde que é normatizado e regulamentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

Todos os CD afirmaram que trabalham com uma auxiliar de consultório dentário (ACD), na unidade básica de saúde da família.

A auxiliar de consultório dentário (ACD) desempenha alguns papéis a ela atribuídos, como de auxiliar o cirurgião-dentista no consultório, agendar pacientes. No entanto, não executam ações de prevenção e promoção da saúde a nível individual e coletivo, como recomenda o Brasil, ou seja, o seu trabalho fica limitado a auxiliar o CD no consultório odontológico da UBSF. Todas as ACD entrevistadas (anexo 5), informaram que foram contratadas por serviços prestados, sem vínculo empregatício com a PMCG, e não fizeram curso para ACD. Obtiveram uma declaração de um dentista, atestando sua experiência na função, o que lhe conferiu o registro como ACD, que é procedimento aceitável pelo Conselho Regional de Odontologia – Rio de Janeiro.

Durante a visita nos pólos, foi possível o pesquisador observar que a ACD fica dentro do consultório odontológico, e segundo o relato delas, muitos pacientes são agendados, mas faltam às consultas. E quando perguntado o que você faz além de auxiliar o CD? A resposta foi:..."*Faço o que me mandam... tomo conta das fichas.. ajeito o consultório e fico esperando dar a hora de ir embora*".

Todos os CD afirmaram que trabalham com agentes comunitário de saúde (ACS), sendo que quando perguntados com quantas ACS cada um trabalha, obtivemos a seguinte resposta: PAULO SÉRGIO trabalha com seis ACS, o JOÃO PAULO trabalha com doze ACS, o ANTONIO CARLOS trabalha com seis ACS e o PEDRO OTÁVIO trabalha com nove ACS.

O número de ACS por cirurgião-dentista em Campos dos Goytacazes está de acordo com o que é estipulado pelo Ministério da Saúde, recomendando de quatro a seis ACS por cirurgião-dentista, podendo variar este número em função do número de famílias adscritas (BRASIL,2001).

Na questão *Qual o procedimento adotado quando o paciente necessita de tratamento de maior complexidade*. As respostas foram as seguintes: PAULO SÉRGIO: *“encaminhar o paciente para o serviço de referência em cada caso”*; JOÃO PAULO: *“encaminhamento para o centro de saúde”*; ANTONIO CARLOS: *“ele é referenciado para atendimento especializado na rede SUS”*; PEDRO OTÁVIO: *“articulação de referência e contra-referência”*.

Na opinião de Narvai:

*“Mesmo com o MS afirmando que com a inserção da saúde bucal no PSF objetiva-se a garantir a “atenção,, ao integral aos indivíduos e às famílias”, argumenta-se em sentido contrário que, na prática, o PSF tem ficado restrito apenas à atenção básica, contrariando outro princípio constitucional: o do “atendimento integral”, que pressupõe acesso a todos os níveis de atenção – acesso este não assegurado em todos os lugares onde o PSF vem sendo implantado. Afirma-se, ainda, que esta ênfase na “atenção básica” contribui, objetivamente, para desobrigar o Estado de arcar com as necessidades assistenciais em todos os níveis, empurrando a classe média ainda mais para os planos de saúde (que não param de crescer) e garantindo aos demais cidadãos apenas uma “cesta básica” de saúde, nos termos propostos claramente pelo FMI e Banco Mundial, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Com isto, também o preceito constitucional da universalização (a saúde como “direito de todos e dever do Estado”) estaria sendo contrariado”*.

Os quatro cirurgiões-dentistas informaram que a maior dificuldade é não poder resolver as necessidades de maior complexidade dos pacientes que procuram atendimento no consultório. Existe dificuldades em relação ao material odontológico, como falta, dificuldade de reposição. E, além disso, quando referenciam os pacientes para as unidades de saúde do município que oferecem atendimento de maior complexidade, os mesmos não conseguem absorver esses pacientes. Conclui-se que, existe uma grande dificuldade de fazer a referência e a contra-referência, o que vai de encontro ao recomendado pelo Ministério da Saúde, comprometendo a resolubilidade da atenção odontológica.

Na questão: Na sua opinião, existe integração entre as equipes de saúde da família e as equipes de saúde bucal. Antonio Carlos e Pedro Otávio responderam que sim e Paulo Sérgio e João Paulo disseram que não. Para quem respondeu sim, foi perguntado como se dá essa integração. As respostas foram: ANTONIO CARLOS: *“através de debates sobre casos e planejamento de ações multidisciplinares (no Pólo)”*. PEDRO OTÁVIO: *“através de reuniões, simpósios fórum, etc.”*.

O trabalho em equipe multiprofissional quer dizer trabalhar com questões decorrentes das relações de trabalho, e implica em privilegiar a reflexão do próprio processo de trabalho e das necessidades de saúde.

A análise desta dimensão sinaliza que o trabalho em equipe possibilita que se organizem, também, novas práticas sanitárias, indica

que é através das reuniões dos atores sociais envolvidos no trabalho, da democratização da informação, do conhecimento das atribuições e da valorização de cada sujeito, da busca de solução dos problemas do cotidiano em conjunto e da cumplicidade dos sujeitos nos propósitos de cada ação, que se dará a sustentação e a garantia da qualidade, da equidade e da resolubilidade da assistência, corroborando os estudos de Meneghim e Saliba (1997).

Quando questionados para opinar sobre a presença da Odontologia no PSF, os cirurgiões-dentistas responderam: PAULO SÉRGIO: *“quando se fala em saúde como um todo, temos que obrigatoriamente incluir a saúde bucal”*; JOÃO PAULO: *“consi`ero válida, mais a continuidade do serviço é prejudicada devido a falta de incentivo”*. ANTONIO CARLOS: *“é de vital importância para se atingir o objetivo do PSF; levar saúde e resgatar a auto-estima e dignidade da população assistida, que até então era privada do serviço odontológico”*. PEDRO OTÁVIO: *“de essencial importância para a reorganização do modelo assistencial da atenção básica”*.

As representações sobre o PSF no segmento dos profissionais no presente estudo parecem estar relacionadas ao próprio processo de construção deste conhecimento. Conforme os relatos, observou-se que o saber sobre a Odontologia no PSF foi adquirido através de estudos individuais, vinculados ao processo seletivo para o ingresso no serviço, com poucos conhecimentos sobre o real processo que desencadeou a

inserção da Odontologia nesse programa.

Confirmando a afirmação acima, ressalta-se que algumas definições foram meramente didáticas, contemplando alguns pontos presentes no documento do Ministério da Saúde: Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, outras demonstram preocupação e sensibilidade com relação a resolubilidade da Odontologia no PSF, da maneira como está estruturado.

Quando se fez a pergunta: Você acredita que as orientações do Ministério da Saúde relacionadas às atividades odontológicas a serem implantadas no PSF resolvam os problemas odontológicos da população?. As respostas dadas foram as seguintes: Apenas um CD respondeu negativamente e não justificou a resposta, os três restantes responderam sim e justificaram quando pedimos a sua opinião sobre o que PRECONIZA o MS com relação à Odontologia no PSF: JOÃO PAULO: *“orientação, prevenção é o caminho, mas mudanças de hábitos é muito difícil”*. ANTONIO CARLOS: *“eu penso que as atividades preconizadas, se efetivamente desenvolvidas podem resolver. O grande problema é conseguir desenvolve-las num contingente tão grande de uma população até então excluída e que reclama por atendimento clínico, não só preventivo. E conseguir mudar os conceitos dessa população, se fosse uma equipe do PSF para uma equipe de odontologia, se conseguiria melhores resultados”*. PEDRO OTÁVIO: *“sim, porém necessitamos de um dentista para cada pólo”*.

As opiniões do CD expressam preocupação em relação à resolubilidade da atenção odontológica dentro do PSF, principalmente relacionadas ao quantitativo de cirurgiões-dentistas mobilizados para o trabalho que não consegue atender a toda a demanda de serviços.

Na questão: quanto à natureza do seu vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes (PMCG) Os quatro cirurgiões-dentistas responderam que são prestadores de serviços, ou seja, não possuem vínculo trabalhista.

Os resultados apontaram algumas restrições no processo de inserção dos recursos humanos vinculados ao processo de trabalho. Enumerando problemas como vínculos precários, condições de trabalho inadequadas como barreiras na inclusão da Odontologia no PSF.

As reformas da saúde têm modificado as relações que regulam a área de recursos humanos. Neste conjunto, destacam-se as transformações das relações de trabalho focadas na flexibilização, na eficiência e na desregulação. Desta forma, assiste-se à flexibilização das relações laborais focadas na estabilidade do emprego, por um lado, que favorece a proliferação de formas e vínculos não estáveis com o Estado e formas diferenciadas de remuneração, e por outro, uma demanda por quadros qualificados, com capacidade de adaptação crescente (PIERANTONI, 2001).

Quando perguntados sobre quanto tempo atuam como dentista da família na PMCG, os quatro cirurgiões-dentistas responderam que atuam

há mais de um ano.

Deve-se ressaltar que, dos quatro CD pesquisados, apenas um (Paulo Sérgio) era formado há catorze anos, os três restantes tinham menos de quatro anos de formados. A dificuldade de se inserir no mercado de trabalho e a recente inclusão da Odontologia no PSF os levaram a ingressar no programa, com o atrativo de diferenciação salarial.

Na questão aberta: Na sua opinião, qual(ais) a(s) maior(res) dificuldade(s) do trabalho da equipe de saúde bucal no PSF . Tivemos as seguintes respostas dos dentistas:

PAULO SÉRGIO: *“a falta de integração entre os serviços no PSF e a rede pública de saúde, o que causa falta de eficiência no alcance dos objetivos do PSF”*.

JOÃO PAULO: *“conscientização da população em relação ao tratamento odontológico segundo os preceitos do PSF”*.

ANTONIO CARLOS: *“é atender duas equipes do PSF, sendo um contingente muito grande da população para assistir devidamente”*.

PEDRO OTÁVIO: *“a situação encontrada de grande quantidade de necessidades emergenciais, o que precisamos conseguir equilibrar com a prevenção e educação em saúde”*.

Com todos os cirurgiões-dentistas entrevistados foi estabelecido um diálogo após o preenchimento do questionário, onde os mesmos expuseram suas opiniões a respeito do funcionamento do PSF em relação à Odontologia. Um dos pontos que valem ser destacados é a

insegurança dos profissionais com relação aos seus vínculos empregatícios. Os quatro cirurgiões-dentistas demonstraram preocupação quanto à forma como foram contratados – serviços prestados, ou seja, podem ser dispensados a qualquer momento por não possuírem vinculação empregatícia com a Prefeitura.

Na Prefeitura Municipal de Niterói - RJ, os profissionais que atuam na Estratégia da Família são selecionados através de concurso público e entrevista. Após a aprovação ficam vinculados à Fundação Municipal de Saúde pelo regime das Consolidações das Leis Trabalhistas (CLT). A carteira de trabalho é assinada pelo Líder Comunitário da área onde vão atuar (Luiz Carlos Hubner Moreira (comunicação pessoal) Coordenador do Programa Médico de Família de Niterói –RJ, 2003).

Através de um decreto do Legislativo de Niterói, a sociedade civil organizada, via associação de moradores, é co-gestora do programa junto à Fundação Municipal de Saúde. Cabe às associações de moradores à contratação de recursos humanos para o programa, com repasse de verbas do município para esse fim. Estas associações podem indicar os componentes das equipes, mas é a coordenação municipal, através das equipes de supervisão, quem seleciona, acompanha e avalia, do ponto de vista técnico, os profissionais da equipe básica. É prevista, pelo convênio de gestão, a participação das associações na gestão administrativa (e não financeira) e na avaliação de desempenho das equipes (SENNA; COHEN, 2002).

Outra questão levantada pelos dentistas foi em relação às dificuldades em fazer funcionar o sistema de referência e contra-referência no PSF. Foi senso comum entre os quatro profissionais, que é muito difícil dar resolubilidade a atenção odontológica no PSF de Campos dos Goytacazes. O PAULO SÉRGIO relata: *"nós encaminhamos os pacientes para fazer tratamentos mais complexos nos postos da prefeitura que oferecem esses serviços e os pacientes retornam dizendo que não tem vaga"*.

O cirurgião-dentista JOÃO PAULO completa: *"não é possível a prefeitura ter apenas um consultório com a especialidade de endodontia, como referência, para dar conta da população de Campos que não pode pagar pelo tratamento odontológico,,."*

Os cirurgiões-dentistas Antonio Carlos e Pedro Otávio confirmaram as dificuldades existentes para fazer a referência e a contra-referência no PSF. O Antonio Carlos afirma: *"não existe uma integração entre o Departamento de Assistência Odontológica da Prefeitura (DAO) e o PSF. Temos dificuldades de conseguir material odontológico que deveria ser fornecido por esse departamento, não conseguimos vagas para os nossos pacientes na rede do SUS que oferece serviço odontológico de maior complexidade... daí termos a sensação de não resolver todos os problemas dos pacientes"*. O PEDRO OTÁVIO completa: *"aqui nós só podemos mesmo fazer obturações, profilaxia e extrações.... além das palestras"*.

As falas dos cirurgiões-dentistas corroboram com o que diz Narvai (2003), que a existência de diferentes níveis de atenção no sistema de saúde decorre da racionalização do trabalho com vistas a potencializar os recursos disponíveis. Assim, não são necessários determinados equipamentos ou especialidades em todos os lugares. Mas todas as pessoas daquela área de abrangência devem ter acesso a certos equipamentos e a certos especialistas sempre que precisarem deles. Dessa maneira, para que se possa assegurar acesso das pessoas aos recursos que necessitam, é imprescindível que sejam estabelecidos mecanismos de referência e contra-referência, através do qual usuários são encaminhados (referência) de uma Unidade de Saúde para outra, em geral de níveis de atenção diferentes. Nada impede, porém, que esse encaminhamento se dê no mesmo nível de atenção. Uma vez realizado o atendimento o usuário é encaminhado de volta (contra-referência) para a Unidade de Saúde de origem.

No PSF de Campos dos Goytacazes, conforme observação do autor, os cirurgiões-dentistas ficam limitados a procedimentos odontológicos de baixa complexidade, quando conseguem materiais odontológicos para trabalhar. Possuem grande dificuldade de referenciar os usuários que necessitam de procedimentos de maior complexidade, pois a rede é incapaz de absorvê-los.

## **5.2 – EM RELAÇÃO AO TÉCNICO DE HIGIENE DENTÁRIA**

A equipe de saúde bucal do PSF do município de Campos dos

Goytacazes apresenta uma técnica de higiene dentária (THD), do sexo feminino, para atuar nos quatro pólos. Quando entrevistada (anexo 3), informou que tinha vinte e oito anos de idade, trabalha no PSF há três anos, não possui vínculo empregatício com a prefeitura, apenas foi contratada como prestadora de serviços; é formada há dez anos como THD, tendo cursado o mesmo na Escola Técnica de Formação de Recursos Humanos da prefeitura desse município, hoje esta Escola está desativada.

Na questão Você sabe o que é PSF? A THD respondeu: *“é um programa de saúde que atua dando atenção básica (prevenção) às famílias que são cadastradas”*.

Outra indagação: Qual a sua atuação junto ao PSF? A resposta foi: *“auxiliar na capacitação das agentes comunitárias de saúde, ensinando as formas de prevenção da cárie, como técnicas de escovação, orientação sobre a dieta, e na preparação das fichas de cadastramento junto com o dentista, e também ajudo na preparação das reuniões realizadas nos pólos”*.

Quando foi perguntado se a THD faz visitas domiciliares, a mesma respondeu que não. E ainda, indagamos: Quem faz a visita domiciliar? A mesma respondeu: *“os dentistas e as agentes comunitárias de saúde”*.

A última questão formulada para a THD foi: O que você pensa da inserção da Odontologia no PSF? A sua resposta foi: *“acho que é uma*

*oportunidade de se fazer prevenção, ensinar as pessoas a terem cuidado com a própria saúde... é necessário conhecer a realidade da população...que é muito carente..não acredito que vá resolver todos os problemas da população. Nós precisamos de pelo menos mais três THDs para atuar nos outros pólos, eu tenho que me desdobrar e não dou conta. É só eu pra dar atenção aos quatro pólos que tem dentista..não dou conta...”.*

Os resultados apresentados neste trabalho sinalizaram também uma visão focalista dos CD e da THD convergindo suas representações para o campo da assistência, reduzindo o seu papel dentro do Programa de Saúde da Família a um simples executor de procedimentos odontológicos.

Isto vêm de encontro às ponderações de Kasper (1996) sobre a questão da saúde bucal no Brasil. A pesquisadora considera que a área de saúde bucal carece ainda de um maior processo a nível coletivo, incorporando um sentido mais amplo de saúde. Para isso, deve-se compreender a simbiose histórica entre a não mobilização da população para pressionar o Estado em torno desta questão e a concepção dominante das autoridades sanitárias, nos diferentes níveis, que entende a saúde bucal como algo específico, fora do contexto das ações mais globais em saúde.

### **5.3 – EM RELAÇÃO AO USUÁRIO**

No segmento dos usuários, as questões acerca da inserção da

Odontologia no PSF (anexo 4), buscaram captar os que buscam o serviço odontológico no pólo do PSF, suas representações referentes ao acesso aos serviços, à procura por pólos próximos as residências, e ainda ao relacionamento com os profissionais da equipe de saúde bucal da família.

De fato, entendemos ser relevante a abordagem dos usuários nas elaborações acima, haja vista a necessidade de participação popular no processo formulador das políticas públicas de saúde garantidas pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (Lei 80/80/90), e sua ação como sujeito garantida através do conselho social. Soma-se a isto, o fato dos usuários serem os objetivos últimos da atenção à saúde, isto é, a quem se destinam em última instância as ações de saúde (BADUY; OLIVEIRA, 2001).

Dos quarenta usuários entrevistados, 50% afirmaram ter recebido a visita do cirurgião-dentista em sua residência, 25% afirmaram não ter recebido a visita e 25% não sabia dizer se o CD tinha visitado sua casa.

Pretto e Franco (1999) reconhecem as visitas domiciliares como uma estratégia de atuação ampla, onde os profissionais enfatizam o coletivo. No entanto, os acessos às informações em saúde e ao tratamento devem ser facilitados e reorganizados. Para que a demanda seja organizada e a atuação da Odontologia seja efetiva, a ênfase na abordagem deve ser a motivação a autocuidados, e para a organização social).

A este respeito os autores acrescentam:

*“O real envolvimento comunitário no processo ocorre de forma lenta, a medida que se apropriem do conhecimento e de seus direitos à saúde e que estas se organizem para a solução dos seus problemas. Cabe aos profissionais de saúde e de educação iniciarem esta caminhada” (PRETTO;FRANCO, 1999).*

Na questão Você espera resolver todos os seus problemas de saúde bucal nesse programa, 72,5% disseram acreditar na resolução de seus problemas odontológicos através do PSF, entretanto, 27,5% disseram não acreditar nisso.

A interpretação desse resultado nos indica que àqueles que tem problemas odontológicos que não demandam tratamentos especializados, conseguiram atender as suas expectativas de tratamento, ao passo que àqueles que necessitam de tratamento especializado, não atingiram suas expectativas.

Quadro 3: Perfil dos usuários entrevistados, Campos dos Goytacazes RJ, 2002

<b>PERFIL DOS USUÁRIOS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>RENDA FAMILIAR</b>		
• 0 a 1 salário mínimo	24	60,0
• 2 a 4 salários mínimo	16	40,0
Total	40	100,0
<b>SEXO</b>		
• Masculino	08	20,0
• Feminino	32	80,0
Total	40	100,0
<b>FAIXA ETÁRIA</b>		
• 18 a 25 anos	13	32,5
• 26 a 35 anos	13	32,5
• 36 a 45 anos	03	7,5
• mais de 45 anos	11	27,5
Total	40	100,0
<b>OCUPAÇÃO</b>		
• autônomo	16	40,0
• dona de casa	13	32,5
• servidor público	02	5,0
• servidor privado	03	7,5
• estudante	06	15,0

Com base no perfil dos usuários, como mostra o Quadro 1, podemos observar que 60% dos mesmos possuem renda familiar que varia de zero a um salário mínimo, e que a proposta de intervenção que vem orientando a tomada de decisão da Secretaria de Saúde é implantar módulos do PSF nas áreas mais carentes da cidade, uma vez que, segundo avaliação, as famílias que vivem em condições mais precárias têm necessidades de atenção à saúde que são mais compatíveis com os princípios e diretrizes da Estratégia de Saúde da Família.(BRASIL, 2000a)

Na questão onde se pergunta: Você recebeu alguma orientação

sobre Saúde Bucal em sua casa: 62,5% respondeu que sim e 37,5% que não recebeu orientação.

Quando se perguntou aos usuários quem deu as orientações sobre saúde bucal em sua residência, os mesmos apresentaram algumas representações, conforme demonstraram algumas falas a seguir:

*“A agente comunitária que visitou a minha casa falou algumas coisas...como cuidar dos dentes, perguntou se eu tinha algum problema era pra vim aqui no posto que tinha dentista...”* ( **Usuária, 32 anos, empregada doméstica** )

*“Uma moça que trabalha aqui...a agente de saúde...ela falou alguma coisa sobre os dentes...não me lembro mais o que...mas sei que falou sim...que a gente deve procurar sempre o dentista...”* ( **Usuária, 52 anos, dona de casa** )

*“A enfermeira aqui do posto falou sobre a saúde da gente, o que tinha que fazer... e falou sobre a boca também que a gente tem que cuidar..escovar os dentes todo dia....passar fio dental...”* ( **Usuária, 44 anos, costureira** )

*“O dentista e a agente comunitária que foram na minha casa falaram sobre os cuidados com os dentes, como a gente deve escovar...não comer muito doce..”* ( **Usuária, 29 anos, empregada doméstica** )

*“O dentista falou de que a gente precisa tratar bem os dentes...escovar todo dia...usar fio dental...”* ( **Usuário, 19 anos, carregador** )

*“Uma moça... a agente de saúde foi lá em casa e disse que era pra cuidar dos dentes...escovar..essas coisas...”* ( **Usuário, 17 anos, estudante** )

Na pergunta aos usuários por que procurou atendimento odontológico na unidade de saúde da família (pólo), obtivemos algumas

falas, que se seguem:

*“Conheço o dentista que trabalha aqui e ele marcou um horário pra mim.” (Usuária, 24 anos, estudante)*

*“Ele (o dentista) disse que eu precisava tratar dos meus dentes aqui no pólo...” (Usuária, 29 anos, empregada doméstica)*

*“A agente comunitária marcou pra mim...pro meu marido...e minha filha...pedi pra minha neta também, mas ela tem medo de dentista” (Usuária, 62 anos, dona de casa)*

*“A agente de saúde veio aqui em casa e minha mãe me disse que ela falou que tinha dentista aqui...por isso eu pedi pra marcar uma hora pra mim...” (Usuária, 25 anos, empregada doméstica)*

*“Minha esposa disse que o dentista teve aqui em casa e ensinou como se deve escovar os dentes e marcou consulta pra ela...pediu pra marcar pra mim e pro meu filho...a família toda.” (Usuário, 33 anos, motorista)*

*“Eu tava precisando de ir no dentista e ele pediu a agente de comunitária pra marcar...aproveito e marcou médico também.” (Usuária, 58 anos, dona de casa)*

*“Minha mãe veio aqui e marcou” (Usuária, 18 anos, estudante)*

*“Ele (o dentista) disse que tinha consultório no pólo e eu podia vim aqui pra ele dar uma olhada nos meus dentes...ainda bem...faz tempo que não vou a uma dentista” (Usuária, 50 anos, dona de casa)*

*“Aqui é mais perto de casa...dá pra vim a pé..e é tudo muito bom...a agente marcou pra mim” (Usuária, 35 anos, lavadeira)*

Na pergunta ao usuário se ele era cadastrado no PSF, tivemos o seguinte resultado: 95% dos usuários disseram que eram cadastrados e 5% afirmaram não ser cadastrados.

Outra questão apresentada ao usuário do PSF, “você espera

resolver todos os problemas de saúde bucal nesse programa?”

72,5% disseram que sim, esperam resolver todos os seus problemas e 27,5% que não. Na mesma questão, quando perguntado por que acha que não vai resolver, obtivemos algumas falas dos usuários:

*“Porque eu já sei que aqui não faz tudo né?...só coisas simples...minha boca ta muito estragada e o dentista já disse que aqui Não faz tudo, só tira dentes e obtura”.* **(Usuária, 52 anos, dona de casa)**

*“Porque o dentista já me disse que aqui não faz bloco e eu ta precisando de três blocos... e fazer canal também..ele falou pra eu ir na faculdade de odontologia ver se consigo uma vaguinha..nem tive tempo ainda...trabalho todo dia e fica difícil.”* **(Usuária, 28 anos, cozinheira)**

*“Porque aqui não pode fazer todo o tratamento...ele disse que não faz canal e nem bloco e eu preciso disso também.”* **(Usuária, 20 anos, babá)**

Os usuários que responderam que esperam resolver todos os problemas, disseram porque acreditam nisso, como mostra algumas falas a seguir:

*“Claro...o dentista disse que preciso vim aqui umas quatro vezes e essa é terceira vez que to aqui...espero acabar logo com isso.”* **(Usuária, 35 anos, lavadeira)**

*“O dentista falou que tenho pouca coisa pra fazer.”* **(Usuária, 25 anos, empregada doméstica)**

*“Aqui é perto da minha casa e tem horários que eu posso vim.”* **(Usuário, 29 anos, ajudante de pedreiro)**

*“O dentista disse que só tem uma coisa que ele não pode fazer aqui no meu dente...um canal...mas disse que vai me mandar pro centro de saúde.”* **(Usuário, 19 anos, estudante)**

Nas entrevistas realizadas durante a presente pesquisa, a relação

usuário-profissional foi delineada, pelo mesmo, como bastante satisfatória, demonstrando uma relação de confiança e afetividade com os profissionais, como se identifica a seguir:

*“O dentista é muito atencioso e disse que vai tratar dos meus dentes e do meu filho...só que teve um dia que ele não atendeu...tava faltando material.” (Usuária, 34 anos, dona de casa)*

*“Porque eu achei o dentista maravilhoso...e só tenho umas coisinhas pra fazer aqui.” (Usuária, 18 anos, estudante)*

*“Porque aqui é muito bom e não tem que ficar esperando”.(Usuária, 31 anos, dona de casa)*

#### 5.4 – EM RELAÇÃO AO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Foram entrevistados trinta agentes comunitários de saúde (anexo 2).Os resultados e a discussão seguem abaixo:

Tabela 1– Distribuição dos ACS entrevistados de acordo com as características demográficas. Campos dos Goytacazes – RJ, 2002

<b>CARACTERÍSTICAS</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>IDADE (anos)</b>	18 a 25	15	50,0
	26 a 35	13	43,3
	27 a 45	02	6,7
	Total	30	100,0
<b>SEXO</b>	Masculino	01	3,3
	Feminino	29	96,7
	Total	30	100,0

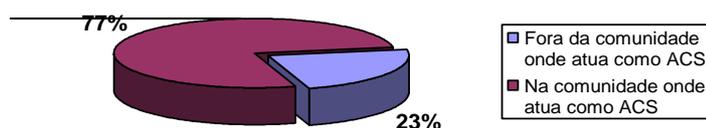
A Tabela 1 nos mostra a distribuição dos entrevistados segundo características demográficas. Os ACS de Campos são em sua maioria do sexo feminino (96,7%), as faixas etárias predominantes estão situadas entre 18 até 25 anos (47%) e 26 até 35 anos (43%).

O grau de escolaridade dos ACS é acima do que é recomendado pelo Ministério da Saúde, ou seja, 50% dos ACS entrevistados disseram ter o 2.º grau completo e para exercer a função de ACS é suficiente o 1.º grau completo (BRASIL, 2000).

O Ministério da Saúde, através da Lei 10.507 de 10 de julho de 2002, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde diz no artigo 3.º “O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão:

- residir na área da comunidade em que atuar;
- haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de ACS;
- haver concluído o ensino fundamental”.

Figura 1 – Distribuição dos ACS entrevistados de acordo com o local onde reside. Campos dos Goytacazes – RJ, 2002



O Ministério da Saúde, em seu manual de implantação do PSF preconiza que os Agentes Comunitários de Saúde devem residir na mesma comunidade onde vão exercer suas funções. O ACS funciona como elo de ligação entre o PSF e as famílias, diante disso, o fato de residir no local onde irá atuar favorece positivamente o trabalho, pois o vínculo estabelecido com a sua comunidade facilita a abordagem por todos os componentes da equipe de saúde da família. (BRASIL, 2001).

No município de Campos dos Goytacazes, das trinta ACS que trabalham no pólo onde possui dentista, 77,0% residem na própria comunidade onde atuam.

Tabela 2 – Distribuição das respostas dos ACS sobre conhecimentos de saúde bucal. Campos dos Goytacazes – RJ, 2002

<b>QUESTÕES/RESPOSTAS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Possui conhecimento sobre saúde bucal?</b>		
• Sim	26	86,7
• Não	04	13,3
Total	30	100,0
<b>Sabe o que é placa bacteriana?</b>		
• Sim	20	66,7
• Não	10	33,3
Total	30	100,0
<b>Sabe qual a importância da utilização do flúor na prevenção da carie dentária?</b>		
• Sim	26	86,7
• Não	04	13,3
Total	30	100,0
<b>Sabe por que se deve usar fio dental na higiene bucal?</b>		
• Sim	29	96,7
• Não	01	3,3
Total	30	100

A Tabela 2 representa alguns aspectos sobre conhecimentos de saúde bucal dos agentes comunitários de saúde de Campos, e os resultados mostram que o nível de conhecimento é bom, inferindo-se neste caso, que as mesmas passaram por um processo de capacitação.

Segundo normas do Ministério da Saúde, cabe a enfermeira do PSF supervisionar e desenvolver ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções. Por outro lado, os conteúdos ministrados sobre saúde bucal devem ficar a cargo de profissionais da área odontológica, como os cirurgiões-dentistas e o técnico de higiene dentária.(BRASIL, 2000c)

Tabela 3 – Distribuição das respostas dos ACS sobre percepção de problemas relacionados à saúde bucal. Campos dos Goytacazes – RJ, 2002

<b>QUESTÕES/RESPOSTAS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Na sua opinião, a doença cárie é provocada por</b>		
• falta de escovação dos dentes	05	16,6
• ação das bactérias que fermentam açúcares (sacarose) e produzem ácidos	23	76,7
• falta de uma alimentação saudável	02	6,7
• não sabe	-	-
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>
<b>Na sua opinião, quais os alimentos provocam mais a doença cárie</b>		
• frutas e verduras	-	-
• alimentos pegajosos ricos em açúcares, ex: balas toffe, biscoitos recheados	27	90,0
• bebidas açucaradas, ex: refrigerantes, sucos, achocolatados	03	10,0
• não sabe	-	-
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

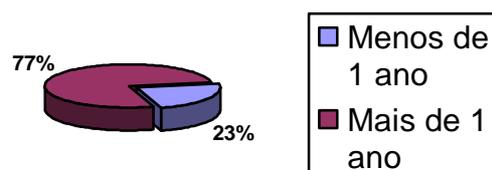
**Na sua opinião, quando se deve dar maior atenção à escovação dos dentes**

• ao acordar	03	10,0
• após o café da manhã	01	3,4
• antes de dormir	15	50,0
• outro (s)	06	20,0
• não sabe	05	16,6
Total	30	100,0

As percepções sobre os problemas de saúde bucal dos ACS que trabalham na equipe de saúde bucal do PSF são mostradas na Tabela 3. Os resultados demonstrados pelo padrão de respostas dadas pelos ACS revelam um percentual de acerto aceitável. (BASTOS J.R.M; SALIBA, N.A.; UNFER, B. ,1996 )

Ainda nesta tabela, com relação a questão quando se deve dar maior atenção à escovação dentária, seis ACS marcaram o item que dizia “outro (s)”, sendo que cinco delas disseram que deve-se escovar os dentes sempre após as refeições. Esta resposta apresenta um aspecto positivo em relação ao momento de se fazer a escovação dentária. Uma ACS anotou “outro(s)” e que se deve escovar após acordar, após o café da manhã e antes de dormir, considerando estas opções válidas.

Figura 2 - Distribuição dos ACS entrevistados de acordo com o tempo de atuação no PSF. Campos dos Goytacazes – RJ, 2002



A Figura 2 mostra que a maioria dos ACS de Campos (77,0%) atuam há mais de um ano no Programa de Saúde da Família. A aderência dos recursos humanos no PSF é importante dado na questão do vínculo e co-responsabilidade. A rotatividade de profissionais que se observa em alguns municípios brasileiros não permite o processo de consolidação da Estratégia de Saúde da Família.

Em relação à questão O que você faz quando alguém da família diz que apresenta problemas odontológicos? O resultado mostrou que 60% das ACS entrevistadas “tentam ajudar”, dando orientações sobre cuidados com a saúde bucal e ao mesmo tempo encaminham os usuários ao pólo, para que o dentista dê melhor tratamento. As 40% restantes se limitam a encaminhar o paciente para atendimento no consultório odontológico do pólo.

Este resultado mostra a iniciativa correta da ACS de encaminhar para tratamento, os usuários que se queixam de problemas odontológico, funcionando o pólo como referência para a resolução dos problemas odontológicos da comunidade assistida.

Com relação ao relato das ACS no que se refere às dificuldades encontradas no exercício de suas atividades como agente comunitária de saúde, registramos algumas falas:

*“A resistência nas famílias em muitas vezes não acatar como se deve prevenir contra as doenças”.* **(K.C.O, 26 anos, Agente Comunitária de Saúde, reside no bairro)**

*“Pessoas que tem problemas de saúde e não se cuida, não liga com a própria saúde, a agente comunitária tem muita dificuldade em cuidar da saúde dessas pessoas, eu tenho muita dificuldade em lidar com pessoas assim, pois cuidar da saúde das pessoas é nosso dever”.***(A.G.O., 21 anos, Agente Comunitária de Saúde, reside no bairro)**

*“É a falta de medicação, porque muita gente não tem condições de comprar e as medicações quando chega não dá para todo mundo. O difícil acesso a casa de alguns pacientes, etc.”***(A.M.T., 24 anos, Agente Comunitária de Saúde, reside no bairro)**

*“Com a falta de comunicação as vezes da equipe”***(S.C., 25 anos, Agente Comunitária de Saúde, reside no bairro, reside no bairro)**

*“Em relação a saúde bucal encontro dificuldade por existir apenas 1 profissional para atender 6 agentes comunitários, cada um com +ou- 200 famílias isso faz com que o trabalho torna-se um pouco demorado.”***(M.R.R., 20 anos, Agente Comunitário de Saúde, reside no bairro)**

*“Minha dificuldade por enquanto é conversar com as famílias pois sou nova na área e ainda não passei pelo treinamento.”***(R.C.S., 18 anos, Agente Comunitária de Saúde, não reside no bairro)**

*“São as resistências em não aceitar nossas visitas e muitas coisas que quero ajudar não posso ou não consigo”.***(S.M.P., 22 anos, Agente Comunitária de Saúde, reside no bairro)**

*“Falta de endodontista e de material odontológico”***(S.M.M., 27 anos, Agente Comunitária de Saúde, reside no bairro)**

*“A falta de medicamento principalmente, marcação de consulta para especialidade em hospital obs: retorno”.***(C.R.R., 36 anos, Agente Comunitária de Saúde, não reside no bairro)**

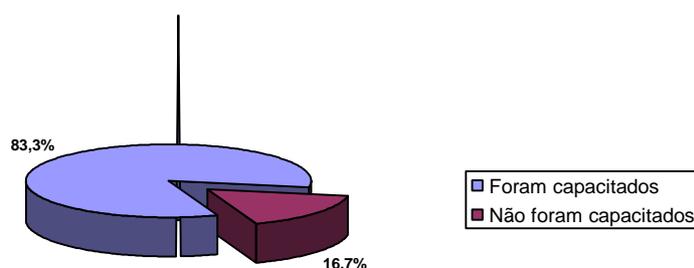
No exame das entrevistas, percebeu-se dificuldades no trabalho da agente comunitária de saúde, ora por não saberem lidar com as pessoas, ora por não terem respostas aos anseios das mesmas. Alguns depoimentos destacaram a carências sócio-econômicas dos usuários e a

falta de resolubilidade do programa

As representações acima reforçam a relevância da capacitação dos recursos humanos na área de saúde coletiva, tese defendida por L'abbate (1999), que parte do pressuposto de que trabalhadores de saúde não devem ser considerados propriamente insumos ou recursos, mas sujeitos, com potencialidade de desenvolver-se constantemente em busca da autonomia possível, capazes de aderir a projetos de transformação sem deixar de reconhecer que mudanças substanciais politicamente viáveis tendem a se realizar pela ação conjunta de indivíduos articulados com movimentos sociais de sustentação.

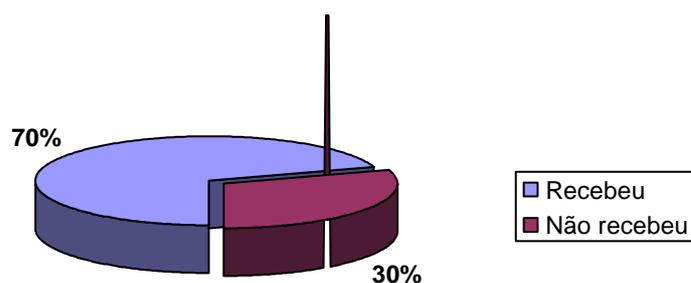
Todos os ACS afirmaram que a jornada de trabalho é de quarenta horas semanais, e todas são contratadas para prestação de serviços, ou seja, não apresentam vínculo empregatício com a prefeitura municipal. Este fato gera grande insegurança nos profissionais que atuam no PSF da cidade.

Figura 3 - Distribuição dos ACS entrevistados de acordo com a capacitação para orientar sobre prevenção e educação em saúde bucal. Campos dos Goytacazes – RJ, 2002



Os ACS quando perguntados se receberam capacitação para orientar as famílias com relação a conteúdos de saúde bucal, 83,3% afirmaram que receberam algumas orientações dos dentistas dos pólos, sobre prevenção de doenças bucais, técnicas de higienização bucal e aspectos relacionados a dieta e através de cartilhas elaboradas pelo Ministério da Saúde.

Figura 4- Distribuição dos ACS entrevistados quando perguntados se recebeu recursos materiais e didáticos para fazer prevenção e educação em saúde bucal na comunidade. Campos dos Goytacazes – RJ, 2002



Na Figura 4 relacionada a material didático e outros recursos destinados a orientação das famílias em relação à promoção da saúde bucal, 70% responderam que possuem esse material. Todavia quando o pesquisador solicitou os materiais utilizados pelas mesmas, não havia nenhum disponível para a análise, nem na Secretaria de Saúde nem nas unidades básicas de saúde.

O Programa de Saúde Bucal que vem sendo desenvolvido pelo

governo brasileiro, juntamente com o Programa de Saúde da Família ainda é motivo de muitas controvérsias quando a sua eficiência é colocada em questão. Existe uma distância entre o que é preconizado pelo MS e o que na realidade funciona a nível local (municípios).

No 2.º Fórum Internacional de Saúde Bucal (2.º FISB) realizado em Campo Grande – Mato Grosso do Sul em novembro de 2003, o Coordenador Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde – Dr. Gilberto Pucca, relatou: “*O Programa de Saúde Bucal é uma estratégia prioritária de reorganização da atenção básica do MS. Só nesta gestão (Governo Lula), as equipes de Saúde Bucal (atendimento odontológico) cresceram 26,7% e aumentaram em 10,5% as equipes de Saúde Familiar (atendimento médico)*”.

Ainda, segundo o Dr. Pucca, o panorama sobre o atendimento odontológico brasileiro identificou a necessidade de se investir em um programa como o PSF. Hoje, nas suas palavras, apenas 33% da população com 18 anos apresentam todos os dentes funcionais, 27,2% das pessoas com idade entre 65 e 74 anos possuem cinco dentes funcionais e 72% das pessoas entre 50 e 59 anos necessitam ou já possuem prótese total. Os dados são do Ministério da Saúde. (2.º FÓRUM INTERNACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2003)

Para Sylvio Gevaerd, Coordenador de Saúde Bucal da Prefeitura de Curitiba, a Saúde Bucal da Família nesta cidade funciona há dez anos, e possui uma nova concepção de saúde bucal, que valoriza as pessoas,

adota estratégias com maior eficiência e promove a inclusão social.

Entretanto, no resto do país, ele ainda está em processo de construção e apresenta falha. Os problemas citados por Gevaer, concentram-se, segundo ele, basicamente na capacidade de se organizar, na definição de como funcionar e na falta de capacitação para isso. O coordenado lembra que cada equipe tem que atender cerca de 6.900 pessoas e não consegue. “Faltam também técnicos e auxiliares e há dificuldade de integração entre as equipes familiar e bucal” (2.º FÓRUM INTERNACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2003)

Já existem hoje equipes odontológicas em 48% dos municípios, totalizando 6.789 equipes de saúde bucal da família; a meta do atual governo é atingir 7.000 unidades até dezembro de 2003.(2.º FÓRUM INTERNACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2003).

Bodstein et al.(1999) reafirmam que é ao nível do município que são tomadas decisões fundamentais em termos de alocação de recursos para a rede de saúde. Neste nível se reafirmam ou não decisões com reflexo na ponta de serviços, como ampliação da capacidade instalada, aumento da oferta de serviços, o modelo assistencial, o controle social e dentre outros a contratação e capacitação de profissionais para o setor.

Paim e Teixeira (1996a), pontuam que a formação de recursos humanos em saúde é reconhecidamente uma área crítica do processo de reorientação dos sistemas de saúde. Assim, a construção do SUS nos últimos anos, bem como, do PSF mais recentemente, tem evidenciado

antigos problemas e colocam novos desafios aos processos de formação e capacitação de pessoal em todos os níveis.

Finalmente, em 1998, Costa e colaboradores analisaram a performance dos programas PSF e PACS que contemplam ações de saúde bucal em oito municípios brasileiros. As conclusões desta avaliação são de que apesar destes programas serem estratégias importantes na transformação do sistema de atenção à saúde, apresentam deficiências referentes a capacitação e treinamento dos recursos humanos envolvidos, falta de envolvimento da comunidade e avaliação efetiva das ações desenvolvidas. Desta forma, reforçam a necessidade da reavaliação desses aspectos, para então ocorrer a promoção da saúde do usuário.

## 6 CONCLUSÃO

Baseado nos resultados deste estudo pode-se concluir que:

- Apesar do esforço da Secretaria de Saúde de Campos. A implantação das equipes de saúde bucal no PSF ainda é incipiente e não atende às necessidades da população adscrita, pois as quatro equipes implantadas não conseguem atingir a grande demanda por atenção odontológica.
- As ações da equipe de saúde bucal não estão totalmente de acordo com o que é proposto pelo documento emitido pelo Ministério da Saúde, no que concerne a Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (Portaria n.º 267 de 06 de março de 2001).
- A participação da equipe odontológica no Programa de Saúde da Família é limitada, focalizada, na maioria das vezes, para o atendimento clínico ambulatorial.
- Na visão dos cirurgiões-dentistas não existe integração entre o Programa de Saúde da Família e a rede pública que integra o Sistema Único de Saúde, dificultando o sistema de referência e contra-referência.
- A forma de contratação dos profissionais que trabalham no PSF é feita de forma precária, via de regra, por indicação política, o que compromete a consolidação efetiva do programa.
- Em relação aos usuários da atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes, o estudo mostrou que 72,5% dos mesmos acreditam que possam resolver os seus problemas

odontológicos no programa, embora reconheça as dificuldades para a resolução dos problemas de maior complexidade.

Para concretizar a inserção da Odontologia no Programa de Saúde da Família, é preciso entendê-lo como uma Estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde, respeitando seus princípios “sagrados” de PARTICIPAÇÃO POPULAR, INTEGRALIDADE, EQÜIDADE, UNIVERSALIDADE, HIERARQUIZAÇÃO e REGIONALIZAÇÃO.

## 7 REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. S. **A saúde da família no sus: um novo paradigma?** 1998, 160 f. Tese (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- AMARAL, M. C. P. **Perfil do cirurgião-dentista do serviço público do município do Rio de Janeiro** 1991.105f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) – Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- BADUY, R. S.; OLIVEIRA, M. S. M. Pólos de formação, capacitação e educação permanente para os profissionais das equipes de saúde da família: reflexões a partir da prática no Pólo Paraná. **Olho Mágico**.Curitiba. v.8, n.2, mai./ago. 2001.
- BARBOSA, S. 2 Conferência Nacional de Saúde Bucal. **Apresentação do relatório final**. Brasília: Brasil, nov, 1993,28p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70,1977. 226p.
- BARROS, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 5-17, 1996.
- BASTOS, J. R. M; SALIBA, N. A; UNFER, B. Considerações a respeito de saúde bucal e classes sociais. **Revista Paulista de Odontologia**, São Paulo, v.27, n. 4, p. 38-42, Jul/Ag. 1996.
- BODSTEIN, R. C. A; SENNA, M. C. M; SOUZA, R. G. Desafios à gestão em saúde: a experiência do município de Duque de Caxias, RJ. **Revista da Administração Pública (RAP)**. Rio de Janeiro, v.33, n.4, p.63-80,jul/ago. 1999.
- BOTAZZO, C.; TOMITA, N. E. Contribuição para a constituição de um Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Bucal Coletiva em Bauru-SP **Odontologia Capixaba**, Vitória, v.18, n.19, p.22-24, 1990.
- BOTAZZO, C. Saúde bucal coletiva: um conceito em permanente construção. **Saúde Atual**, n. 1, p. 14-23, 1991.
- BOTAZZO, C. **A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde**. São Paulo:Instituto de Saúde, 1994. 66p.

- BOTAZZO, C. **Unidade básica de saúde: a porta do sistema** revisitada. Bauru: EDUSC, 1999. 237 p.
- BRAGA, J. C. S; PAULA, S. G. **Saúde e previdência: estudos de política social**. 2<sup>a</sup>.ed. São Paulo. Hucitec, 1986. 224p.
- BRASIL. Lei 8080/ 90. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.Poder executivo**, Brasília, 19 de setembro de 1990a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Modelos assistenciais no sistema único de saúde**. Brasília, 1990b. 60 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma operacional básica do sistema único de saúde, NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo** Brasília 6 de novembro de 1996.
- BRASIL.Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Brasil.1998.34p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do programa de saúde da família - PSF**. Brasília: Brasil. 2000a. 19 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Implantação da unidade de Saúde da família. In: \_\_\_\_\_. Cadernos da Atenção Básica: **Programa de Saúde da Família**, 2000b, 44 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento da Atenção Básica. A Implantação de uma Unidade de Saúde da Família 1 (Documento Consulta). In: \_\_\_\_\_ Cadernos da Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**, 2000c, 37p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde: **A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica**. Disponível em < <http://www.saude.gov.br/programas/bucal/psf.htm>>. Acesso em: 3 de abril 2000d .
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas públicas. Departamento de atenção básica.Programa de saúde da família: informe técnico-institucional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo,v.3, n. , 34, p. 316-319, jun. 2000.
- BRASIL. Brasil. **Portaria n. ° 673/GM** de 3 de junho de 2003. Disponível em < <http://www.saude.gov.br/dab/portarias> > Acesso em: 10 de 10 de setembro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sus – 15 anos de implantação:** desafios e propostas para sua consolidação. Brasília: Ministério da Saúde. Brasil, 23p. 2003.

CAMPOS, F. E.; BADUY, R. S. Programa de saúde da família: Oportunidade para a transformação da educação dos profissionais de saúde. **Olho Mágico**, n.º especial, v 5, p. 39-40, nov. 1999.

CAMPOS, G. W. S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para o debate. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, p.53-60. 1994

CAMPOS, G.W.S., Papel do movimento sanitário na construção do novo. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.1 ,n.1, p.23-25. 1996

CARVALHO, G. I; SANTOS, L. **Sistema único de saúde:** comentários à lei orgânica da saúde. 2.<sup>a</sup> ed. São Paulo, Hucitec, 1995. 395p.

CARVALHO, M. C.B. A priorização da família na agenda política social. In\_\_\_\_\_ KALOUSTIAN, S. M. (org.). **Família brasileira base de tudo**. São1: Cortez, p-93-108. 1994.

CHAVES, M. M. **Manual de odontologia sanitária**. São Paulo: Ed Labor, 1960, 391 p.

CHAVES, M. M. Em defesa da saúde da família. **Boletim da ABEM**. n.3,v. 27, ago./set. 1999.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, Relatório Final da 8 Conferência Nacional de Saúde. In \_\_\_\_\_ Conferência Nacional de Saúde, 8 **Anais...**Brasília: Centro de Documentação do Brasil, 1986.p.381-389.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, **Anais...** Brasília:. Centro de Documentação do Brasil, 1992. 96p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10, **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996, 85p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1 **Relatório Final**. Brasília, 1986.8p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2, **Relatório Final**..Brasília: Comitê Executivo da 2 CNSB, 1993. 28p.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do sus. **Cadernos de Saúde Pública**. Brasília: Brasil, v.1, n.1, p.10-15. 1996.

CORDON, J. A. Dificuldades, contradições e avanços na inserção da odontologia no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**. n. 13, p. 36-53, 1996.

COSTA, F. F. **Ordem médica e norma familiar**. 4 ed Rio de Janeiro: Graal, 1999, p.11-110.

COSTA, I. C. C. et al. Investindo na promoção da saúde – programas saúde da família (PSF) e agente comunitário de saúde (PACS), uma análise de suas performances em oito municípios brasileiros. **ABOPREV**, v.1,n.1, p 30-37, 1998.

CUNHA, J. P. P., CUNHA, R. E. Sistema único de saúde – princípios. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JR., M.; TONON, L. M. (Org). **Cadernos de Saúde Pública 1**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p.11-26.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal para Saúde. Coordenação de Programas Especiais. **Programa de saúde da família em Curitiba**. Curitiba: 1999. 15 p.

DURHAM, E. A. A família operária: consciência e ideologia. Dados: **Revista de Ciências Sociais**, São1, v.23,n.2,p 21-30, 1980.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**, 2 ed Rio de Janeiro: Graal, 1986, 209 p.

FEUERWERKER, L .C .M. Impulsionando o movimento de mudanças na formação dos profissionais de saúde. **Olho Mágico**. v 8, n.2, mai./ago. 2001.

FÓRUM INTERNACIONAL DE SAÚDE BUCAL 2. **Notícias**. Disponível em < <http://www.fisb.ms.gov/noticias>> Acesso em: 16 de novembro de 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **PSF**: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. 1999. 34 p Disponível em: [www.saude.gov.br/psf/artigos](http://www.saude.gov.br/psf/artigos) Acesso em: 15 mai 2000.

FREITAS, S. F. T. Uma história social da cárie.1996, 179 f. Tese (Doutorado em Odontologia Social) – Universidade Federal Fluminense.Niterói.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasil. Pesquisa Nacional Por amostra de Domicílios – 1998. **Acesso e utilização de serviços de saúde**. Disponível: em < <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso: 15 de jan 2001

GARRAFA, V. 1 Conferência Nacional de Saúde Bucal. **Relatório Final**, 1987. 30 p.

GARRAFA, V. Saúde Bucal e Cidadania. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. n .41, p.50-57, dez 94.

GARRAFA, V.; MOYSES, S. J. Odontologia Brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutida, socialmente caótica. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.13, p6-17, jul. 1996.

GERSCHMAN, S. O Papel da 10 Conferência Nacional de Saúde em tempos incertos. **Política de Saúde e Inovação Institucional**. Rio de Janeiro, ENSP, 1996. p.189-193.

GEVAERD, S; CORDONI, L.; SOUZA, D; BERTONE, A. A capacitação de recursos humanos em odontologia e o sistema único de saúde. **Saúde em Debate**, n.29, p.7072, jun 90.

GOULART, F. A. A. **Experiências em saúde da família**: cada caso é um caso. 2002. 280f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

KASPER, E. **Gestão de serviços odontológicos**: uma proposta. In\_\_\_BORDIN, R.; FACHIN, R. C.; KLERING, L. R.; GOLDIM, J. R. (org) **Práticas de Gestão em Saúde: em busca da qualidade**. Porto Alegre: Dacasa, 1996. 144p.

L'ABBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacidade dos profissionais **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, p.15-27, 1999.

LEVCOVITZ, E. e GARRIDO N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos de Saúde da Família**. Brasília: Brasil, v.1, n.1, p.03-08, 1996.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. 2 ed São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec, 1994. 310 p.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In:. MENDES, E. V. (Org). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec.1998. p.17-56.

MENEGHIM, M. C; SALIBA, N. A. Odontologia: conquistas tecnológicas e evolução social. **Robrac**, Goiânia. v. 6,n. 22, p. 56-57, dez 1997.

MINAYO, M. C. S. Dimensões Metodológicas da teoria das representações sociais.In \_\_\_\_\_GUARESCHI, P. JOVCHELOCITCH,S. (Orgs). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis, Rio de Janeiro, p.113-116, 1994, 324p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1996, 269 p.

MISOCZKY, M. C. A medicina de família, os ouvidos do príncipe e os compromissos com o sus. **Saúde em Debate**, 1994, n.42, p.40-44.

MOREIRA, L. C. H. **A saúde bucal coletiva no contexto do Programa Médico de Família de Niterói – RJ: o dentista de família**. 1999. 148 f Dissertação (Mestrado em Odontologia Social). Universidade Federal Fluminense, Niterói.

NASCIMENTO, A. Municipalização: trinta anos de esperança e frustrações. **Tema**, n.12, p.3-6, nov. 1991.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994. 113 p.

NARVAI, P. C. **Saúde bucal: assistência ou atenção?** 2002. Disponível em < <http://www.geocities.com/athens/styx/4648/artigos.htm> > Acesso em: 13 de nov 2003.

NEVES, F. J. T; SOARES, E. L. Informação, atitude e campo de representação ou imagem da odontologia social entre cirurgiões-dentistas das cidades de Niterói e Rio de Janeiro. **Revista Fluminense de Saúde Coletiva**, v.1, n.2, p.7-38. 1978.

OLIVEIRA, A .G. R. C; SOUZA, E. C. F. **A Saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial**. Disponível em < <http://www.odontologia.com.br>> Acesso em: 05 jul. 2000

PIMENTA, A. L. (org.). **Saúde e humanização: A experiência de Chapecó**. São Paulo: Hucitec, 2000. 314p.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4 ed.São Paulo: Ed. Santos, 2000, 541p.

PAIM, J. S. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. **Estudos de saúde coletiva**, Rio de Janeiro: Abrasco, 1986, v.4, p.11-25.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: Conjuntura atual e perspectivas. **Saúde em Debate**. Londrina, n.12, p.19-23, Jul.1996a.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil ou recusando o apartheid sanitário. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, v.1, n.1, p.18-20. 1996b.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.341-360, 2001.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed.. São Paulo: Santos, 2000. 541p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES. **Secretaria de saúde**. Disponível em: < <http://www.saude.campos.gov.br>> Acesso em: 12 fev 2003.

PRETTO, S. M; FRANCO, F. Visitas domiciliares como estratégia de educação em saúde: relato de uma experiência. **Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, v.2, n.3, p.33-36, 1999.

RABELLO, S. B.; COBVANO, M. P. A inserção do cd no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Odontologia**. Rio de Janeiro, v.58, n.6, p.366-367,nov/dez 2001.

RANGEL, M. Representações e reflexões sobre o “bom professor”. 4.ed. Petrópolis, Vozes, p. 40-45, 1999.

SENNA, M. A.. **Municipalização e controle social: O programa médico de família em Niterói – RJ**. 1995, 121p. Dissertação (Mestrado. em Odontologia Social), Universidade Federal Fluminense, Niterói,

SENNA, M. C. M; COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.7, n. 3, p.523-535, 2002.

SOUZA, D. S. A Inserção da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**. Florianópolis, v.2, n.2, p.7-29. jul/dez, 2001.

SOUZA, M. F (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002. 219p.

TEIXEIRA, M. C. B; VALENÇA, A. M. G. A importância da educação em saúde no ensino universitário: O caso da odontologia. **Revista Fluminense de Saúde Coletiva**, Niterói, v.1, n.3, p.7-33, 1998.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do programa de saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999a, 332p.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, v.23, n.53, p.6-19, 1999b.

VIANA, A.L.A., DAL POZ, M. R. PSF: A reforma do sistema de saúde no Brasil e o psf. **Phisys**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 11-48, 1998.

WERNECK, M. A. F. A Reforma Sanitária no Brasil. In: BRASIL. **Guia Curricular para formação do Auxiliar de consultório dentário para atuar na Rede Básica do SUS**. Brasília: Brasil, 1998. v.2, p.247-260.

WORLD BANK, 1988. **Brazil public spending on social programs: issues and options**. Washington, v.1.

WORLD BANK, 1993. **The organization delivery and financing of health care in Brazil**. Washington.

WORLD BANK (WB), 1993. **World development report**. Washington.

ZALUAR, A. **A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza**. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1994, p.87-131.

ZANETTI, C. H. G., LIMA, M. A. U., RAMOS, L, COSTA, M. A. B. T. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.13, p.18-35, 1996.

ZANETTI, C. H. G. **Saúde Bucal no programa de saúde da família (PSF): proposição e programação**. Disponível em: < <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>> Acesso em: 10 de nov 2000.



6.2 – Qual o tempo de duração do treinamento?

---

7 – QUAL A SUA CARGA HORÁRIA SEMANAL DE TRABALHO NA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL?

- 20h/semanais ( )
- 30h/semanais ( )
- 40h/semanais ( )
- + de 40h/semanais ( )

8 – COMO É A SUA FORMA DE ATUAÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DO PSF?

- Somente visitas domiciliares ( )
- Somente atendimento ambulatorial ( )
- Visitas domiciliares e atendimento ambulatorial ( )
- Supervisão dos trabalhos da ESB ( )
- Outra .....descreva: \_\_\_\_\_

8.1 – QUANTAS FAMÍLIAS ESTÃO SOB SUA RESPONSABILIDADE? \_\_\_\_\_

9 – VOCÊ TEM CONHECIMENTO DO PLANO DE REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA, CONTIDO NA PORTARIA N.º267, DE 06/03/01 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE?

- SIM ( )
- NÃO ( )

10 – NA SUA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL (ESB), VOCÊ TRABALHA COM ACD (ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO)?

- SIM ( ) Quantos?: \_\_\_\_\_
- NÃO ( )

11 – NA SUA ESB, VOCÊ TRABALHA COM THD (TÉCNICO DE HIGIENE DENTAL)?

- SIM ( ) Quantos?: \_\_\_\_\_
- NÃO ( )

12 – NA SUA ESB, VOCÊ TRABALHA COM ACS (AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE)?

- SIM ( ) Quantos?: \_\_\_\_\_
- NÃO ( )

13 – QUAL O PROCEDIMENTO ADOTADO QUANDO O PACIENTE NECESSITA DE TRATAMENTO DE MAIOR COMPLEXIDADE?

---

14 – NA133SUA OPINIÃO, EXISTE INTEGRAÇÃO ENTRE AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL?

SIM ( )

NÃO ( )

Se respondeu SIM, como se dá essa INTEGRAÇÃO?

---

15 – QUAL A SUA OPINIÃO SOBRE A PRESENÇA DA ODONTOLOGIA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA?

---

---

16 – VOCÊ ACREDITA QUE AS ORIENTAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE RELACIONADAS ÀS ATIVIDADES ODONTOLÓGICAS A SEREM IMPLANTADAS NO PSF RESOLVAM OS PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS DA POPULAÇÃO?

SIM ( )

NÃO ( )

Se respondeu SIM, Qual sua opinião sobre o que PRECONIZA o Ministério da Saúde com relação a Odontologia no PSF?

---

---

17 – QUANTO A NATUREZA DO SEU VÍNCULO EMPREGATÍCIO COM A PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES:

( ) Concursado (estatutário)

( ) Contratado (regime CLT)

( ) Contrato temporário

( ) Cooperativado

( ) Outro... Qual? \_\_\_\_\_

18 – HÁ QUANTO TEMPO ATUA COMO DENTISTA DA FAMÍLIA NA PMCG?

( ) Menos de 01 ano

( ) Mais de 01 ano

19 – NA SUA OPINIÃO, QUAL(ais) a(s) maior(es) dificuldade(s) do trabalho da equipe de saúde bucal no PSF?

---

---

---

---



9 – VOCÊ FOI CAPACITADO (TREINADO) PARA ORIENTAR A COMUNIDADE SOBRE PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL?

SIM ( )

NÃO ( )

9.1 – Se respondeu SIM, onde foi feita a capacitação (treinamento)?

---

10 – VOCÊ RECEBE ou RECEBEU RECURSOS MATERIAIS E DIDÁTICOS PARA FAZER PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA COMUNIDADE ONDE ATUA?

SIM ( )

NÃO ( )

11 – VOCÊ SABE O QUE É PLACA BACTERIANA?

SIM ( )

NÃO ( )

11.1 – Se responde SIM, como você DEFINE a PLACA BACTERIANA?

---

---

12 – NA SUA OPINIÃO, A DOENÇA CÁRIE É PROVOCADA POR:

Falta de escovação dos dentes ( )

Ação das bactérias que fermentam açúcares (sacarose) e produzem ácidos ( )

Falta de uma alimentação adequada ( )

Não sei ( )

13 – QUAIS OS ALIMENTOS, QUE NA SUA OPINIÃO, PROVOCAM MAIS A DOENÇA CÁRIE?

Frutas e verduras ( )

Alimentos pegajosos ricos em açúcar: balas toffe, biscoitos recheados, etc. ( )

Bebidas açucaradas: refrigerantes, sucos, achocolatados etc. ( )

Não sei ( )

14 – VOCÊ SABE QUAL A IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DO FLÚOR NA PREVENÇÃO DA CÁRIE?

SIM ( )

NÃO ( )

14.1 – Se respondeu SIM, qual a importância do flúor?

---

---

15 – VOCÊ SABE POR QUE SE DEVE USAR FIO DENTAL NA HIGIENE BUCAL?

SIM ( )

NÃO ( )

15.1 – Se respondeu SIM, por que se deve usar fio dental?

---

---

16 – QUANDO SE DEVE DAR MAIOR ATENÇÃO A ESCOVAÇÃO DOS DENTES?

Ao acordar ( )

Após o café da manhã ( )

Antes de dormir ( )

Outro(s) ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Não sei ( )

17 – O QUE VOCÊ FAZ QUANDO ALGUÉM DA FAMÍLIA DIZ QUE APRESENTA PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS?

---

---

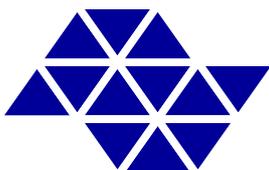
---

18 – MA SUA OPINIÃO, QUAL(ais) A(s) MAIOR(es) DIFICULDADE(s) QUE VOCÊ ENCONTRA NO SEU TRABALHO COMO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE?

---

---

---



**ANEXO 3**  
**UNESP – ARAÇATUBA**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**PREVENTIVA E SOCIAL**

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA : TÉCNICO DE HIGIENE DENTÁRIA (THD)**

**MUNICÍPIO:** CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ

SEXO M ou F IDADE

TEMPO DE SERVIÇO NA PREFEITURA DE CAMPOS

VÍNCULO EMPREGATÍCIO

VOCÊ FEZ CURSO DE THD? SIM ou NÃO

LOCAL ONDE FEZ O CURSO

QUANTO TEMPO DE FORMADA

QUAL A SUA ATUAÇÃO JUNTO AO PSF?

VOCÊ REALIZA VISITAS DOMICILIARES?  
SIM ou NÃO

QUEM REALIZA AS VISITAS DOMICILIARES?

O QUE VOCÊ PENSA DA INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA NO PSF?



**ANEXO 4**  
UNESP – ARAÇATUBA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
PREVENTIVA E SOCIAL

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA: USUÁRIO**

SEXO: M (  ) F (  ) IDADE :                      OCUPAÇÃO:  
MORA NESSE BAIRRO: SIM (  ) NÃO (  ) POSITIVO  
QUAL A RENDA FAMILIAR: 0 a 1SM (  ) 2 a 4SM (  ) mais de 5SM (  ) É  
CADASTRADO NO PSF? SIM (  ) NÃO (  ) POSITIVO

1 – VOCÊ RECEBEU A VISITA DO DENTISTA DO PSF NA SUA CASA? SIM (  ) NÃO (  ) NÃO SABE (  )

2 – VOCÊ RECEBEU ALGUMA ORIENTAÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL EM SUA CASA? SIM (  ) NÃO (  ) POSITIVO

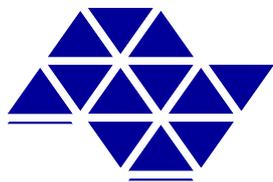
Se responder SIM, QUEM DEU AS ORIENTAÇÕES? E O QUE FALOU?

3 – POR QUE VOCÊ PROCUROU ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AQUI NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PÓLO)?

5 – VOCÊ ESPERA RESOLVER TODOS OS SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL NESSE PROGRAMA (PSF)? SIM (  ) NÃO (  )

SE RESPONDER SIM, por que você acredita nisso?

SE RESPONDER NÃO, por que acha que não vai resolver?



**ANEXO 5**  
**UNESP – ARAÇATUBA**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**PREVENTIVA E SOCIAL**

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA: ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO (ACD).**

**MUNICÍPIO:** CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ

SEXO:            IDADE:

TEMPO DE SERVIÇO NA PREFEITURA:

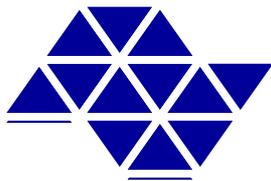
VÍNCULO EMPREGATÍCIO:

VOCÊ FEZ CURSO DE ACD?

QUANTO TEMPO DE FORMADA?

QUAL SUA ATUAÇÃO JUNTO AO PSF?

VOCÊ REALIZA VISITAS DOMICILIARES: SIM OU NÃO



**ANEXO 6**  
**UNESP – ARAÇATUBA**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**PREVENTIVA E SOCIAL**

Campos dos Goytacazes (RJ), 10 de junho de 2002.

Prezada Senhora,

Com o objetivo de produzir trabalhos científicos que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde de nossa comunidade, **peço a permissão para a coleta de dados nas Equipes de Saúde da Família, do PSF desenvolvido no município de Campos dos Goytacazes – RJ**, aplicando questionário aos profissionais envolvidos (Gestores, Dentistas, ACDs, THDs, ACS) e entrevista com usuários do PSF. Esta pesquisa poderá fornecer parâmetros para a continuidade, com maior sucesso, dos Programas de Saúde da Família que vem sendo desenvolvidos a vários anos no nosso município. A referida pesquisa é sobre “A Atenção Odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes – RJ após um ano de implantação: Uma Visão dos Atores Envolvidos”, a ser desenvolvido pelo aluno José-Luiz Carvalho de Oliveira, nível de doutorado no Curso de Pós-Graduação de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, sob orientação da Professora Doutora Nemre Adas Saliba.

Sem mais, agradeço a atenção e aproveito para reiterar os meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof. José-Luiz Carvalho de Oliveira

CD Sanitarispa/Doutorando

A Sua Senhoria, a Senhora  
Maria das Graças Castelo Branco  
MD. Coordenadora do Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Campos dos Goytacazes – RJ  
Nesta