



Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane

Universidade Federal do Amazonas
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane-CPqLMD/FIOCRUZ
Universidade Federal do Pará
Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia

ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE
SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE PARINTINS DO ESTADO DO AMAZONAS

ROSANA PIMENTEL CORREIA

MANAUS, 2009.

Universidade Federal do Amazonas
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane-CPqLMD/FIOCRUZ
Universidade Federal do Pará
Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia

ROSANA PIMENTEL CORREIA

ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE
SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE PARINTINS DO ESTADO DO AMAZONAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da UFAM, FIOCRUZ e UFPA como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosana Cristina Pereira Parente

MANAUS, 2009.

ROSANA PIMENTEL CORREIA

ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE
SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE PARINTINS DO ESTADO DO AMAZONAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em saúde, sociedade e endemias da Amazônia da UFAM, FIOCRUZ e UFPA como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

Aprovado em 26 de maio de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Rosana Cristina Pereira Parente, Presidente.
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr^a. Maria Augusta Bessa Rebelo, Membro.
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Pires Moretti, Membro.
Universidade Federal de Santa Catarina

Em memória de minhas amadas:
Avó Lali e Tia Roca, que sempre
rezaram por mim

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo apoio nos momentos solitários da construção deste trabalho.

À Minha Mãe, Zélia e meu Pai, João, pelo amor e compreensão que me deram perseverança para suportar os obstáculos.

Aos meus irmãos, Renata e Gabriel, pelo amor incondicional e palavras de carinho nos momentos difíceis.

Ao João, pelo carinho nos meus momentos de ansiedade e impaciência e pela sua colaboração para meu crescimento humano, me ensinando o quanto é valorosa esta conquista.

À minha amiga, Lúcia Góes, pelo companheirismo e colaboração durante estes dois anos.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Rosana Cristina Pereira Parente, pela colaboração, paciência e dedicação que permitiram a construção desta dissertação.

À Universidade Federal do Amazonas - UFAM, Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane – Cpq&MD e Universidade Federal do Pará – UFPA, pela oportunidade de realizar este trabalho.

Ao Ícaro, bibliotecário do Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane, pela colaboração e paciência.

Aos colegas de turma do Mestrado, Taciana, Adenilda, Eva e Jefferson pelos momentos de estudo e incentivo que tornaram esta jornada mais fácil.

À Neusa Moysés pela colaboração na elaboração deste trabalho.

À Secretaria de Saúde, ao Coordenador do Programa de Saúde Bucal e aos dentistas da Estratégia Saúde da Família do município de Parintins, pela colaboração.

À Universidade Federal do Amazonas – UFAM e à Fundação de Apoio e Amparo a Pesquisa do Amazonas, pelo apoio financeiro.

Só se pode viver perto do outro, e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura.”

João Guimarães Rosa

RESUMO

No Amazonas, as Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF) obtiveram maior cobertura populacional nos municípios do interior do estado, porém são raros os estudos avaliativos sobre a implantação destas equipes na ESF destes municípios. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a atenção à saúde bucal na rede básica de saúde pertencente à Estratégia Saúde da Família em Parintins município do interior do estado do Amazonas. Para isto foi feita a descrição do processo de inclusão das equipes de saúde na ESF e foi realizada uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação em seu segundo componente, através de um estudo de caso único, com um único nível de análise. Para descrever o processo de inclusão das equipes de saúde bucal foi realizada uma pesquisa quali-quantitativa utilizando questionários que abordavam questões relativas aos aspectos operacionais e administrativos da inclusão das equipes de saúde bucal. O questionário sobre os aspectos operacionais foi respondido pelos dentistas da ESF e o sobre aspectos administrativos foi respondido pelo coordenador das ESB. Para pesquisa avaliativa foi realizada uma avaliação normativa, utilizando-se o questionário que abordava questões relativas as ações de saúde bucal da NOAS/2001, este instrumento foi respondido pelos dentistas que compunham as ESB; para análise do contexto organizacional foi elaborado um roteiro de entrevista, respondido pelo Secretário Municipal de Saúde, foram analisadas as atas do Conselho Municipal de Saúde (2002 a 2008), os Planos Municipais de Saúde(2002 a 2008), os Relatórios de Gestão (2003 a 2007) e foram utilizados ainda os indicadores das ações de saúde bucal no período de 2003 a 2008, obtidos no Sistema de Informações da Atenção Básica. Pelo critério de classificação do grau de implantação, as ações de saúde bucal do município, foi classificada como “Não implantada” (42,3%). Os principais fatores que resultaram na não implantação das ações foram: as deficiências na capacitação dos gestores e dos dentistas, nas relações de trabalho e na reorganização da demanda. O processo de inclusão das equipes se deu de forma desestruturada, caracterizada pela insuficiente participação do CMS no processo decisório da política, sem o planejamento da inclusão nos Planos Municipais de Saúde, com deficiências na organização e realização das atividades e na integração dos profissionais das ESB com os demais componentes da ESF. Tendo como único resultado positivo o referenciamento dos casos de média complexidade para o Centro de Especialidades Odontológicas do município. Os resultados demonstram a necessidade de reorganização do serviço para que as ações de saúde bucal possam ser implementadas no município.

Palavras-Chave: Análise de implantação, Estratégia Saúde da Família, serviços de saúde, saúde bucal.

ABSTRACT

Oral Health Teams (OHT) of Family Health Strategy (FHS) has showed high population coverage at Amazonas State municipalities. However evaluation studies about the implantation of GGE at FHS in these areas are rare. The aim of this study was evaluate the attention to oral health at basic health network Family Healthcare Strategy in Parintins municipality, Amazonas state. The study was conducted through an inclusion description of oral health teams in FHS as well it was performed an evaluative research type of analysis, considering the second component of teams implantation. This latter was a single case study, with one analysis level. The description of oral health team inclusion process was based on questionnaires, which consider the administrative and operational aspects of oral health team inclusion. It was performed a qualitative and quantitative research, where each professional of health team answer a specific part. The operational aspect was answered by dentists of OHT and the administrative aspect was answered by the coordinator of OHT. Assessment normative was considered to evaluative research. It was used questionnaire based on questions related to NOAS/2001 actions of oral health care. This instrument was answered by OHT dentists. An interview script was elaborated to perform the organizational context analysis and it was answered by municipal Health Secretary. The acts of the Municipal Council of Health (2002 to 2008), the Municipal plans to Health (2002 to 2008) an Document of Management (2003 to 2007) were analyzed. The indicators of oral health actions obtained in the Information System of Basic Care in the period 2003 to 2008 were used as well. According the implantation classification criterion, the actions of oral healthcare in the municipality, were classified as "not established" (42.3 %). The main factors which contribute for that result were: the deficiencies in capacitance of managers and dentists of OHT, at work relationships and at demand reorganization. Team inclusion process has happened in unstructured way. It was characterized by insufficient participation of the Municipal Council of Health at political decision making, without planning the team inclusion in Municipal Health Plans. The organization and implementation of the activities were inefficient as well integration of professionals OHT with other components of FHS. A single positive result was found at Dental Specialities Center of the municipality, where cases of medium complexity are referenced. Dental care just can be implemented in the municipality if the service can be reorganized.

Key-words: Analysis of implantation, Family Healthcare Strategy, health services, oral health.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	10
2.OBJETIVOS	14
2.1.Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
3.REVISÃO DA LITERATURA.....	15
3.1 Estratégia Saúde da Família.....	15
3.2 Breve Histórico da Odontologia Pública do Brasil.....	18
3.3 Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal	29
3.4 Saúde Bucal na ESF.....	50
3.5A Avaliação de Programas de Saúde e a Análise de Implantação.	28
4.MATERIAS E MÉTODOS.....	Erro! Indicador não definido.
4.1 Caracterização do objeto de estudo.....	35
4.2 Tipo de pesquisa.....	38
4.3 Dados primários	38
4.3.1 Instrumento para medir o grau de implantação	38
4.2.2 Grau de implantação.....	39
4.2.3 Instrumento para descrever a inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família.....	39
4.2.4 Instrumento para coleta sobre os elementos do contexto organizacional	40
4.4 Dados secundários	40
4.5 Análise dos dados	Erro! Indicador não definido. 42
4.6 Aspectos Éticos.....	42
<u>Artigo 1:O PROCESSO DE INCLUSÃO DA ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PARINTINS NO ESTADO DO AMAZONAS.....</u>	44

<u>Artigo 2: ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PARINTINS NO ESTADO DO AMAZONAS</u>	66
APÊNDICE A - Termo de compromisso do Pesquisador.....	89
APÊNDICE B - Solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para base de dados SIA/SUS e SIAB/SUS.	90
APÊNDICE C - Termo de Consentimento livre e esclarecido para entrevista de campo.	91
APÊNDICE D - Instrumento para medir o grau de implantação	92
APÊNDICE E - Instrumento para descrever a inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família	96
APÊNDICE F - Instrumento de análise dos elementos do contexto organizacional.....	100
APÊNDICE H - Aprovação do Projeto pelo CEP-UFAM.....	101

1. INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), formulado pelo Ministério da Saúde em 1994, passou por diferentes concepções. Começando como programa de assistência à saúde para desenvolver ações de promoção e proteção do indivíduo, da família e da comunidade, na atenção primária. Foi considerado estratégia quando enfocou a reorientação do modelo assistencial e a vigilância à saúde para reorganizar o modelo assistencial, segundo os princípios da atenção básica (FNS, 1994; MS, 1996, CANESQUI, SPINELLI, 2008).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é organizada através de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica adstrita, atuando através de um conjunto de ações individuais e coletivas, para reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde, de modo a ampliar o acesso e a cobertura da atenção básica. (FNS, 1994).

Estas equipes, em seu primeiro momento, eram compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde (estes dependentes do número de famílias atendidas).

A partir de 2000, houve a regulamentação, pela Portaria nº 1444/GM/MS de 28 de dezembro de 2000, do incentivo financeiro para inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB), devido aos resultados da Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio (PNAD/IBGE) de 1998, sobre o acesso da população brasileira aos serviços odontológicos, que comprovou que 18,7% da população nunca tinha consultado o dentista. (IBGE, 1998; MS, 2000).

Em 2003, os resultados do SB Brasil 2000 (terceiro levantamento epidemiológico em Saúde Bucal) revelaram que as crianças e os adultos, principalmente das regiões Norte e Nordeste apresentaram maiores índices de dentes cariados não tratados e perdidos,

incentivando a ampliação do número de ESB na ESF através da Portaria nº673/GM/MS de 30 de junho de 2003. (MS, 2003; MS, 2004).

As equipes de saúde bucal na ESF atuam através de quatro linhas de ação (prevenção, cadastramento do usuário, tratamento e atendimento de urgências odontológicas) para o planejamento das atividades. (MS, 2004)

Estudos relatam que a inserção tardia das equipes de saúde bucal na ESF e as novas atribuições destes profissionais dentro do modelo assistencial de atenção primária familiar – que difere da sua formação acadêmica- são dificuldades enfrentadas na implantação das ações de saúde bucal e na integração dos profissionais das ESB com os demais profissionais das equipes da ESF. (PEREIRA, PEREIRA, ASSIS; 2003, MOYSÉS, 2004; SOUZA, RONCALLI, 2007).

Por isso para a reorientação do modelo de atenção a saúde bucal são importantes instrumentos, o acompanhamento, o monitoramento e avaliação das ações implantadas, tendo os estudos avaliativos um papel decisivo na elaboração de políticas e na tomada de decisão dos gestores da atenção básica, principalmente após a criação em 2000, da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), pelo Ministério da Saúde. Estes estudos são uma das exigências do Banco Mundial para manutenção das linhas de financiamento do setor saúde. (BRASIL, 2005; STEPANOU, 2005).

Pesquisas comprovam que o processo de implantação de programas de saúde no Brasil tem um caráter autônomo, resultado das diferentes concepções das políticas quando confrontadas com o conceito original. Deste modo, estudos do processo de implantação do programa são importantes ferramentas para análise dos componentes operacionais e contextuais dos programas que influenciaram na variação dos resultados. (DENIS,

CHAMPAGNE, 1997 in HARTZ, 1997; MINAYO, 2005; FACCHINNI *et al*, 2006; TANAKA, 2007).

A Estratégia Saúde da Família no estado do Amazonas, como em todo o Brasil, obteve maior adesão e cobertura populacional nos municípios de menor densidade demográfica, particularmente os do interior do estado, no entanto, raros são os estudos sobre a análise de implantação desta estratégia nestes municípios. (FACCHINNI *et al*, 2006; SIAB,2008)

Além disso, a realidade do estado do Amazonas, por ser um estado continental com mais de um milhão de quilômetros quadrados, com a grande maioria dos municípios do interior com acesso exclusivamente por via fluvial ou aérea, faz com que a realização de estudos avaliativos seja mais difícil, devido à complexa logística envolvida para a coleta de dados, sistematização e integração de processos, comprometendo assim ações decisórias mais eficientes. (ROJAS e TOLEDO, 1998).

Parintins é objeto deste estudo por ter sido um dos primeiros municípios do interior do Amazonas a implantar as equipes de saúde bucal na ESF, sendo um importante município na organização do sistema de saúde estadual, pois é uma das dezenove microrregiões de saúde do estado, referência para os municípios de Nhamundá e Barreirinha e pela sua relevância cultural devido à realização do Festival de Parintins, festival folclórico dos bois-bumbás, Garantido e Caprichoso referência turística nacional e internacional.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a atenção à saúde bucal na rede básica de saúde pertencente a Estratégia Saúde da Família (PSF) no município de Parintins no estado do Amazonas

2.2 Objetivos Específicos

-Descrever a inclusão da odontologia na Estratégia Saúde da Família no município;

-Estimar o grau de implantação da atenção à saúde bucal na rede básica de saúde pertencente à Estratégia Saúde da Família;

-Analisar os elementos do contexto organizacional que possam ter influenciado o grau de implantação da intervenção no município;

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A Estratégia Saúde da Família

O Art. 196 da Carta Magna, de 1988, consagrou as teses defendidas pelo movimento de Reforma Sanitária e as Leis Federais 8080 e 8142, de 1990, regulamentaram os preceitos constitucionais através da institucionalização do Sistema Único de Saúde. Este sistema tem como princípios a universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade. (FNS, 1994)

A participação da comunidade é feita, principalmente, pelos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) que tem caráter deliberativo para efetuar o controle social das ações e serviços de saúde a serem implantados em seu território.

Este princípio tem sido um dos desafios para consolidação do SUS como comprovado por Gerschman(2004) que ao analisarem a participação dos Conselhos Municipais de Saúde nos municípios do estado do Rio de Janeiro, com as melhores políticas de descentralização da saúde, aplicaram questionários aos representantes dos usuários nos CMS e observaram que os conselheiros tinham pouco conhecimento do fundamento do controle social sobre as políticas públicas.

A dificuldade de concretização deste princípio também foi demonstrada por Bispo Jr e Sampaio (2003) ao analisarem a participação social por meio dos Conselhos Municipais de Saúde em dois municípios do Nordeste brasileiro. Os autores realizaram entrevistas com os conselheiros e analisaram documentos referentes à gestão da saúde, e comprovaram que os conselhos, de ambos os municípios, eram pouco participativos do processo decisório das políticas de saúde implementadas nos municípios.

A implantação da Estratégia Saúde da Família, em 1994, objetiva a concretização dos princípios do SUS e tem como desafio a reformulação e implementação da atenção primária em um país com grande diversidade regionais, através da descentralização e municipalização das ações em saúde. (FNS, 1994; VAN STRALEN *et al*, 2008; MOYSÉS, KRIGER, MOYSÉS, 2008.).

Para a normatização deste processo, desde 1991, foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs), tendo na NOB/96 o principal instrumento para descentralização do sistema de saúde e para municipalização da atenção básica, através da habilitação dos municípios em gestão plena da atenção básica ou em gestão plena municipal, modelos de gestão que vigoram até hoje. (BODSTEIN, 2002; PEREIRA, PEREIRA, ASSIS, 2003; CONNAS, 2007).

A NOB 96 determinou, ainda, o Piso de Atenção Básica (PAB), modelo de transferência per capita de recursos federais para os municípios. As transferências são realizadas através de repasse automático com base *per capita* de R\$ 10,00/ano (PAB fixo); ou repasses de incentivos aos programas como Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, por meio do PAB variável. Estes modelos de repasse se iniciaram em maio de 1998 e foram determinantes para a ampliação do número de equipes de saúde da família nos municípios. (MARQUES, MENDES, 2006)

A partir de 2001 as NOBs passaram a ser chamadas de Normas Operacionais da Assistência a Saúde (NOAS). A NOAS/2001 teve um importante papel no planejamento das ações no nível regional e estadual, pois definiu o Plano Diretor de Regionalização, o Plano Diretor de Investimento e disciplinou as sete “*Responsabilidades e ações estratégicas de atenção básica*”, definindo metas a serem alcançadas em áreas estratégicas da atenção primária a saúde. (CONASS, 2007).

Para realização destas ações, cada equipe multiprofissional da ESF é responsável por 600 e 1.000 famílias (2.400 a 4.500 habitantes) e têm como funções: “[...] *identificar os problemas de saúde e as situações de risco existente na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica.*” (FNS, 1994).

As diretrizes da ESF foram determinadas pelo documento: “*Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*” do Ministério da Saúde em 1994. Inicialmente o processo de implantação da ESF priorizava as áreas de risco, definidas pelo do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), as áreas do “*Mapa da Fome*”, hoje o programa está inserido no nível nacional e cobre 49,51% da população do país. (VIANA, DA POZ, 2005; SIAB dez/2008).

No estado do Amazonas a inserção das primeiras equipes se deu em 1999, mas quase uma década depois, ainda não apresenta a estratégia implantada na totalidade de seus municípios, estando presente em 51(cinquenta e um) dos 62 (sessenta e dois) municípios do estado, cobrindo somente 49,68% de sua população. (SIAB dez/2008).

No município de Parintins, objeto deste estudo, a Estratégia Saúde da Família foi implantada em 2000 e atualmente, possui vinte e quatro equipes que fazem a cobertura de 71,06% da população. (SIAB dez/2008).

3.2 Breve histórico da Odontologia Pública do Brasil

A Odontologia na assistência pública do Brasil desde sua inserção, em 1912, através das Clínicas Dentárias Escolares, no estado de São Paulo, seguiu o modelo Flexneriano de prestação de serviços, individualista, mecanicista e biologicista, com enfoque clínico restaurador, que priorizava a população escolar. (CALADO, 2002; SOUZA, 2005, p.19; NARVAI, 2006).

Mott *et al* (2008) afirmam que a década de 20, foi marcada pela preocupação com a saúde oral das crianças de escolas públicas. A boca era porta de entrada para doenças, tendo assim a saúde geral uma íntima relação com a condição dentária, o que estimulou os “[...]dentistas e educadores a iniciar campanhas, implantar serviços, escrever contos infantis pedagógicos, livros educativos para as mães e divulgar a necessidade do uso de escovas de dentes e dentífrícios.

Até a década de 40, a odontologia pública brasileira permaneceu com enfoque individual e técnico-biologista, com poucas iniciativas de abordagem comunitária, sendo estas destinadas a população escolar, restando à população adulta o tratamento e o atendimento de urgências em clínicas particulares. (PEREIRA, 2006).

Na década de 50, com a implantação da odontologia no Serviço Estadual de Saúde Pública (SESP), houve a expansão dos serviços odontológicos para as regiões Norte, Nordeste e Sudeste. (CALADO, 2002)

O SESP difundiu o Sistema Incremental em escolares, com as propostas de completo atendimento dental desta população, a eliminação da necessidade acumulada e o “controle” da saúde bucal. Neste contexto, houve o impulso da chamada odontologia sanitária, através de ações programáticas voltadas para escolares como Norma Técnica do SESP. (CALADO, 2002; NARVAI, 2006).

A partir da década de 70, os reflexos do Sistema Incremental baseado em um modelo de odontologia curativo, cumulativo de doença e com baixa cobertura da população, geraram uma cobrança por aumento da produtividade dos serviços odontológicos, resultando na Odontologia Simplificada, caracterizada pela fragmentação da atenção, visando à redução dos gastos. (COSTA *et al.*2006).

Na metade da década de 70 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS), que tinha como estratégia a compra de serviços, fortalecendo o setor privado dos serviços odontológicos. Isto repercutiu na formação acadêmica odontológica, que prioriza o setor privado, como profissionais liberais, sem real dimensão social da população assistida. Este modelo vigora até hoje como demonstrado pelo currículo tecnicista e individualista dos cursos de odontologia do Brasil. (SOUZA e RONCALLI, 2007)

Nesta mesma época difunde-se na América Latina o pensamento de saúde integral da Medicina Social e Preventiva. No Brasil isso se configura pelo ideário da Reforma sanitária, no entanto, na prática somente na década de 90 a odontologia começa a difundir a filosofia da Saúde Coletiva, pelo incentivo às ações programáticas e preventivas em saúde bucal. (WERNECK, ROCHA, in MOYSÉS, KRIGER, MOYSÉS, 2008.).

Narvai e Frazão (2008, in MOYSÉS, KRIGER, MOYSÉS) afirmam que o modelo de atenção majoritário no Brasil no século XX foi a Odontologia de Mercado, devido às mudanças políticas, sociais e econômicas que marcaram o país.

A Odontologia de mercado é definida por Garrafa (1993) *apud* Secco e Pereira (2004) como: “[...] odontologia tecnicamente elogiável (pelo nível de qualidade e sofisticação inegavelmente alcançado nas diversas especialidades), cientificamente

discutível (uma vez que não tem demonstrado competência para expandir esta qualidade para a maioria da população) e socialmente caótica (pela inexistência de impacto social ante as iniciativas e programas públicos e coletivos implementados).

Este modelo resultou no aumento gradativo do número de cursos de odontologia no Brasil e cirurgiões-dentistas, todavia, isto não significou acesso regular da população aos cuidados odontológicos e melhora da saúde bucal da população como demonstrado pelos resultados dos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal realizados no país. (MOYSÉS, 2004)

Na tentativa de minimizar estas distorções, em 2001, o governo federal regulamentou a inserção das Equipes de Saúde bucal na ESF. (MS, 2001)

3.3 Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal

Segundo Oliveira *et al* (1998) os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal são importantes instrumentos para o planejamento e avaliação das ações em saúde, pois ao demonstrarem as diferenças epidemiológicas das regiões do Brasil permitem o conhecimento da prevalência de doenças bucais e das necessidades de tratamento da população .

Foram realizados quatro levantamentos epidemiológicos com base nacional no Brasil, o de 1986, 1993, 1996 e o de 2003, porém suas diferenças metodológicas dificultam a comparação dos resultados e a determinação da transição epidemiológica das doenças bucais.

O primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal (1986) foi realizado nas 16 capitais brasileiras com SESP e teve como base a população escolar e das

faixas etárias 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e de 50 a 59 anos. Foram investigados cárie, doença periodontal (através do Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal - CPITN), prótese, utilização de serviços e hábitos de higiene bucal, porém não foram apresentados os resultados deste último. (MARTINS *et al*, 2005).

Os resultados do primeiro levantamento mostraram a média nacional do índice CPO-D(dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) de 6,7 para crianças de 12 anos, de 12,68 para faixa etária 15 a 19 anos, de 22,50 para faixa etária de 35 a 44 anos e de 27,22 para faixa etária de 50 a 59 anos. No estado do Amazonas o índice CPO-D para as crianças de 12 anos foi de 7,49. (CNSB, 1986; OPAS, 1998).

Os resultados sobre a utilização dos serviços odontológicos demonstrou que conforme aumentava a faixa etária analisada maior era o percentual da população que não utilizava os serviços odontológicos, sendo de 32,40 % para faixa etária de 15 a 19 anos, de 55,71% para faixa etária de 35 a 44 anos e de 68,48% para faixa etária de 50 a 59 anos. (MARTINS *et al*, 2005).

O segundo levantamento epidemiológico (1993) foi realizado em 114 cidades dentre elas, 22 capitais e teve como base a população escolar das Escolas do Serviço Social da Indústria (SESI) e das escolas públicas. Foi investigada a cárie dental através do CPO-D e do Ceo (índice estimado pela soma dos dentes decíduos cariados, extraídos e obturados).

Este levantamento tem falhas metodológicas como o não registro de calibração dos pesquisadores. Os resultados do ceo-d nacional, na população de 6 anos, foi de 3,64 e o CPO-D para faixa etária de 12 anos foi de 5,94. (MARTINS *et al*, 2005).

No terceiro levantamento epidemiológico (1996), foi investigado o CPO-D e o ceo-d da população escolar da zona urbana das 26 capitais e de Brasília, sendo o

primeiro levantamento epidemiológico a definir a amostragem a partir do Manual da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde e com calibração dos pesquisadores.

Neste levantamento a média nacional do CPO-D para população de 12 anos foi de 3,06 e o estado do Amazonas apresentou um CPO-D de 2,54. Apesar de estes índices estarem dentro das metas da OMS eram distantes da média mundial de CPO-D aos 12 anos de 1,76, mesmo com a propagação do uso de flúor, seja na água de abastecimento ou em dentifrícios, e das novas técnicas de higiene oral. (BARROS, BERTOLDI, 2002; MARTINS *et al*, 2005).

Cabe citar que em 1998, os resultados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) evidenciaram dados relevantes sobre o acesso da população brasileira aos serviços odontológicos, como que 18,7 % da população brasileira nunca tinha consultado um dentista, apesar de 30% da população brasileira ter acesso regular aos serviços odontológicos. Esta contradição é resultado do alto custo dos serviços odontológicos privados e da “*dificuldade*” de acesso aos serviços públicos. Estes resultados foram decisórios para inserção às equipes de saúde bucal na ESF. (IBGE, 1998; MOYSÉS, 2004.)

Também utilizando os dados do PNAD/1998, Barros e Bertoldi (2002) relacionaram a utilização e o acesso aos serviços de odontologia no Brasil com os estratos socioeconômicos e comprovaram (dentre outros resultados) que o percentual da população que nunca tinha consultado o dentista era mais significativo nas faixas etárias mais jovens e mais velhas com menor renda per capita.

Barros e Bertoldi (2002) comprovaram ainda que a participação do SUS no atendimento odontológico da população brasileira era pouco significativa,

representando somente 24% dos atendimentos, reafirmando a necessidade do fortalecimento da atenção a saúde bucal no sistema público de saúde.

O quarto e último levantamento epidemiológico, o SB Brasil 2000 foi o mais completo levantamento epidemiológico realizado no país, pois analisou a população da zona urbana e rural de 250 municípios brasileiros e investigou aspectos socioeconômicos, acesso, autopercepção, sexo, grupo étnico, flúor na água, os índices CPOD, ceo-d, CPI(Community Periodontal Index), PIP (índice de perda de inserção periodontal), AG(Alterações gengivais, para população até 5 anos), Índice de Dean (registra a ocorrência de fluorose), DAÍ (Índice de Estética Dental, registra anormalidades dentofaciais), uso e necessidade de próteses, necessidade de tratamento e alteração de tecido mole. (BRASIL, 2003)

Os resultados deste levantamento evidenciaram dados sobre o acesso aos serviços odontológicos, como o fato de 13% da população de 15 a 19 anos nunca ter ido ao dentista. Com relação ao quadro epidemiológico da população brasileira, a média nacional de CPO-D na faixa etária de 12 anos foi de 2,78, apresentando-se maior nas regiões Norte e Nordeste, com índices de CPO-D, de 3,13 e 3,19, respectivamente. Além disso, estas regiões demonstraram os mais elevados números de dentes perdidos e cariados na população adulta e idosa. (BRASIL, 2003)

Os resultados do SB Brasil 2000 foram o impulso para construção da Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente, e para fortalecimento da atenção básica a saúde bucal pela ampliação das equipes de saúde bucal na ESF.

3.4 Saúde Bucal na ESF

Em 1980 o município de Curitiba, no estado do Paraná, foi o pioneiro na implementação do atendimento odontológico integrado ao da enfermagem e ao da medicina no sistema municipal de saúde, seguindo o conceito de atenção integral à saúde (SOUZA, p.136 in MOYSÉS, KRIGER, MOYSÉS, 2008).

Quase uma década depois da iniciativa de Curitiba, a 1^a. Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 1986, discute a participação da odontologia na manutenção da saúde da população e a necessidade de uma Política Nacional de Saúde Bucal sensível a maioria da população. (CNSB, 1986)

Todavia, foi em 1994 que se iniciou o processo nacional de fortalecimento da atenção primária a saúde com a implantação da ESF. Desde sua implementação tinha a proposta de inserção das Equipes de Saúde Bucal, sendo o município de Curitiba o primeiro a incorporar a saúde bucal na ESF em 1995.

O fortalecimento do financiamento da atenção básica dos municípios, através da determinação do Piso da Atenção Básica (PAB) pela NOB/96 foi um impulso para ampliação das equipes da ESF e um dos fatores determinantes para introdução das equipes de saúde bucal nesta estratégia, juntamente com a experiência positiva de Curitiba e os resultados sobre acesso aos serviços odontológicos do PNAD/1998, que comprovou que 18,7 % da população brasileira nunca tinham consultado o dentista. (MARQUES, MENDES, 2002; SOUZA, RONCALLI, 2007).

Deste modo, houve a regulamentação, pela Portaria 1444GM/MS de 28 de dezembro de 2000, do incentivo para inserção das equipes de Saúde Bucal na ESF,

numa relação de uma ESB para duas equipes da ESF. O objetivo das ESB é a melhora da qualidade da atenção a saúde bucal e o aumento do acesso da população aos serviços odontológicos. Para isto, a NOAS/2001, disciplinou as ações de saúde bucal como uma das sete “*Responsabilidades e ações estratégicas de atenção básica*” a serem alcançadas pela atenção básica. (quadro 1).

Responsabilidades	Atividades
PREVENÇÃO dos problemas Odontológicos, prioritariamente na população de 0 a 14 anos e gestantes	Procedimentos Coletivos -Levantamento Epidemiológico -Escovação supervisionada e evidenciação de placa -Bochechos com flúor -Educação em Saúde Bucal
Cadastramento de usuários	Alimentação e análise de sistemas de informação
TRATAMENTO dos problemas Odontológicos prioritariamente na população de 0 a 14 anos gestantes	Consulta e outros procedimentos odontológicos
Atendimento a urgências Odontológicas	Consulta não agendada

Quadro 1: Ações de saúde bucal.

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001.

Em seu primeiro momento, cada equipe de saúde bucal deveria atender 6.900(seis mil e novecentos) habitantes, mais habitantes que as equipes da ESF, podendo ser de duas modalidades, a modalidade I (um Cirurgião-Dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal) e a modalidade II (um Cirurgião Dentista, um Auxiliar de Saúde Bucal e um Técnico de Saúde Bucal). (MS, 2001)

Em 2003 a Portaria 673 GM/MS de 30 de junho de 2003 regulamentou a implantação de uma ESB para cada ESF e que estas deveriam ser instaladas em unidades básicas de saúde com uma estrutura mínima de um consultório odontológico com equipamentos, instrumentos e materiais e com carga horária dos profissionais de 40 horas semanais. (MS, 2003)

Os componentes da ESB tem atribuições definidas pelo Ministério da Saúde. O pessoal auxiliar, ASB e TSB, têm um papel estratégico na consolidação da atenção básica à saúde bucal na ESF, como responsáveis pela execução de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde bucal integradas com os demais componentes da estratégia, pela manutenção dos equipamentos odontológicos e pelo gerenciamento dos insumos para funcionamento da Unidade Saúde da Família. (MS, 2007)

Além das ações comuns ao TSB e ao ASB, o TSB é responsável pela realização de atenção a saúde bucal individual e coletiva (respeitando suas competências técnicas e legais) da população assistida e o ASB é responsável pelos procedimentos de organização, desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados, auxílio do cirurgião dentista e/ou o TSB nos procedimentos clínicos e organização da agenda clínica. (MS, 2007)

Os cirurgiões-dentistas na ESF, além de suas funções clínicas, são responsáveis por programar e organizar visitas domiciliares, participar do processo de planejamento e acompanhamento das ações desenvolvidas para sua população de abrangência, organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do SUS, entre outras determinações contidas no “*Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal da Atenção Básica*”. (MS, 2001)

Estas novas atribuições são comprovadamente uma dificuldade para os cirurgiões-dentistas, como verificado no estudo de Pereira, Pereira e Assis (2003), que ao realizarem uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória sobre a atuação dos Cirurgiões-dentista de duas Equipes de Saúde Bucal do PSF do município de Feira de Santana (BA), concluíram que, o ensino odontológico brasileiro é preponderantemente

tecnicista, individualista e curativista não preparando estes profissionais para a modelo de atenção generalista, familiar e preventivo do PSF.

Como dito, em 2003, os resultados do SB Brasil 2000 incentivaram a elaboração do Programa Brasil Sorridente, a primeira Política Nacional em Saúde Bucal do Brasil. Lançada em 2004, dentre suas propostas tem-se a reorganização da Atenção Básica através da ampliação das equipes de saúde bucal na ESF, e implantação da atenção especializada através dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. (MS,2006)

Os Centros de Especialidades Odontológicas são unidades de referência para as ESB na oferta de procedimentos nos níveis secundário e terciário, podendo apresentar três modalidades, dependendo do número de cadeiras odontológicas, profissionais e da oferta de serviços especializados. (MS, 2006)

Ainda com o objetivo de colaborar no processo de fortalecimento e planejamento das políticas setoriais da atenção básica é estabelecido anualmente o "*Pacto de Indicadores da Atenção Básica*" entre as três esferas do governo, tendo no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) sua principal ferramenta de monitoramento, pois disponibiliza dados como cobertura populacional, número de equipes, entre outros indicadores que permitem o acompanhamento mensal da atenção básica. (BARROS, CHAVES, 2003, FELISBERTO, 2004)

Até o ano de 2005, os indicadores para ações de saúde bucal no "*Pacto de Indicadores da Atenção Básica*" eram: a cobertura de primeira consulta odontológica; a razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos e a proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.

A partir de 2006, através da Portaria nº 493/GM/MS de 13 de março de 2006, os indicadores passaram a ser a cobertura de primeira consulta odontológica programática, a cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, a média de procedimentos odontológicos básicos individuais e proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais. (MS, 2006; SUSAM, 2006).

O indicador, cobertura de primeira consulta odontológica programática ao definir o percentual de pessoas que realizaram o exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT) no âmbito do SUS, analisa o acesso da população a atenção básica a saúde bucal. (MS, 2006).

O indicador da cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, determina o percentual de pessoas que tiveram acesso à escovação com orientação ou supervisão de um profissional de saúde, visando à prevenção de doenças bucais. (MS, 2006)

O indicador da média de procedimentos odontológicos básicos individuais expressa em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo às necessidades de atenção básica a saúde bucal da população. (MS, 2006)

O indicador de proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais permite a análise do acesso da população a atenção odontológica especializado e o grau de resolutividade da atenção básica. (MS, 2006)

Desta forma os indicadores são ferramentas para avaliação dos programas, pois traduzem os efeitos esperados a partir de uma medida específica e válida. Isto foi

observado no estudo de Barros e Chaves (2003) que ao analisarem o processo de reorganização das ações de saúde bucal em dois municípios baianos, habilitados na gestão plena do sistema municipal de saúde, construíram uma série histórica dos indicadores de saúde bucal e fizeram a análise quantitativa da produção odontológica propondo um modelo de avaliação da atenção a saúde bucal.

Atualmente as equipes de saúde bucal realizam a cobertura de 44,41 % da população brasileira. No estado do Amazonas a inserção das primeiras equipes foi em 2001 e cinco anos após sua introdução o Plano Estadual de Saúde (2006/2007) do Amazonas já comprovava - com base nos sistemas nacionais de informações- que dos 1.459.083 procedimentos odontológicos realizados pelo setor público, 92,7 % foram efetuados pelas equipes de saúde bucal da atenção básica. (SUSAM,2006; SIAB dez/2008)

Hoje as ESB do estado cobrem 46,70% da população e o município de Parintins apresenta 11 equipes instaladas, sendo 10 equipes modalidade 2 e uma equipe modalidade 1, que cobrem 65,13% da sua população.(SUSAM,2006; SIAB dez/2008)

3.5 A Avaliação de Programas de Saúde e a Análise de Implantação

Avaliação é “o valor determinado por quem avalia, ou ainda a apreciação ou conjectura sobre condições, extensão, intensidade, qualidade de algo”. (HOAUISS, 2006)

Contandriopoulos *et al* (1997) afirmam que a avaliação é a emissão de opinião sobre os efeitos de um conjunto de estruturas, organizadas em um dado contexto e momento, na busca de resolução da situação problema. Ao realizar uma avaliação não se toma simplesmente como base perguntas e hipóteses, mas também o contexto no qual a questão está inserida, refletindo sobre seus vários fatores e/ou atores envolvidos.

A primeira avaliação de serviços de saúde foi a análise da qualidade de serviços médicos, em 1910, o Relatório Flexer. Após a II Guerra Mundial, devido ao novo papel do Estado em diversas áreas, a avaliação de políticas tornou-se um instrumento de análise de controle dos gastos públicos em programas sociais. (DOS REIS, 1990; HARTZ, 1997).

Segundo Stephanou (2005), a partir da década de 70, se iniciou um movimento mundial de institucionalização da avaliação e na década de 90, tem-se a ascensão das avaliações de políticas públicas no Brasil, para avaliação do funcionamento e dos resultados dos programas, como parte essencial do processo decisório institucional e exigência do Banco Mundial (BIRD).

Em 2000, foi criada pelo Ministério da Saúde, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) que tem como missão: *“[...] formular e conduzir os processos avaliativos relacionados a esse nível de atenção, compreendendo-se seu papel estratégico para o redirecionamento da organização do sistema de saúde no país.”*

Os estudos avaliativos em saúde se baseiam em dois modelos operacionais. O primeiro seria *“avaliação normativa”* que analisa a intervenção utilizando critérios e normas, ao *“[...] fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os*

recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos.” O segundo utiliza um procedimento científico que busca responder as questões através de métodos e técnicas, caracterizando uma “*pesquisa avaliativa*”. (CONTANDRIOPOULOS *et al* 1997,p. 34)

A avaliação normativa analisa os preceitos técnicos e estratégicos para realização das atividades, determina as responsabilidades e as funções da intervenção e os critérios para adequação dos recursos materiais, humanos e tecnológicos desta intervenção. Todavia, este modelo de avaliação sozinho não consegue apreender todos os componentes da intervenção, sendo necessário para isto, a realização de uma pesquisa avaliativa. (DOS REIS *et al* , 1990, CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1993; FELICIANO, 2005).

A literatura é vasta em afirmar que as pesquisas avaliativas analisam a pertinência da intervenção, a produção teórica sobre o programa, os efeitos e resultados da intervenção e as correlações destes fatores, fazendo um julgamento da intervenção através de metodologias científicas. (DOS REIS *et al* , 1990, CONTANDRIOPOULOS *et al* 1993; FELICIANO, 2005).

Os modelos de Donabedian são citados por diversos autores, como principais instrumentos conceituais das pesquisas avaliativas. O primeiro modelo, de 1980, é a tríade estrutura, processo e resultado. A estrutura avalia os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência, o processo analisa a relação entre profissionais da saúde e pacientes e o resultado analisa o impacto da assistência prestada. O segundo modelo, de 1990, são os "sete pilares da qualidade": eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. (DOS

REIS, 1990; HARTZ, 1997; HARTZ, VIEIRA - SILVA 2005, ESPERIDIÃO, TRAD, 2005;).

Da Silva e Formigli (1994) resumem estes pilares, das pesquisas avaliativas, através de 5 enfoques: “[...] a) *disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade); b) o efeito das ações (eficácia, efetividade e impacto); c) os custos (eficiência); d) adequação das ações ao conhecimento técnico-científico (qualidade técnico-científica); e à percepção dos usuários (satisfação dos usuários, aceitabilidade).*”

Em pesquisas avaliativas os estudos de caso são importantes instrumentos por permitirem a percepção dos problemas e dos rumos seguidos pelo programa dentro de um contexto específico. Estes estudos podem ser: estudo de caso único ou de casos múltiplos. (BODSTEIN, 2002; HART, VIEIRA - SILVA 2005,).

Os estudos de caso com um só nível de análise estudam profundamente a intervenção, explicando o funcionamento e a organização do programa e definindo a importância de fatores contextuais que colaboram para o alcance dos objetivos da intervenção, tendo grande validade interna, pois se apóia em uma investigação detalhada da proposta teórica da intervenção e tem certo potencial de validade externa, isto é, capacidade de generalização dos resultados. (DENIS, CHAMPAGNE, p.76 in HARTZ, 1997).

Segundo Hartz, 1997, a pesquisa avaliativa pode ser dividida em seis tipos de análise:

a) Estratégica - enfoca a real necessidade da intervenção;

b) Intervenção - verifica a relação que existe entre os objetivos da intervenção e os meios adotados, ou seja, a capacidade dos recursos que foram alocados e dos serviços que foram produzidos para atingir os objetivos definidos;

c) Produtividade - estuda a forma como o recurso é utilizado para produzir serviços - em se tratando da área de saúde, é uma análise difícil de ser empreendida;

d) Efeitos - verifica a influência dos serviços sobre os estados de saúde, determinando a eficácia desses serviços no estado de saúde;

e) Rendimento ou eficiência - analisa os recursos empregados com os efeitos obtidos;

f) Implantação- Tanto pode mensurar a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos, quanto pode observar a influência do contexto nos efeitos da intervenção.

Hartz e Vieira-da-Silva (2005) definem a análise de implantação como: “[...] estudos que investigam as relações entre o grau de implantação, o contexto e os efeitos das ações.” Sendo um importante instrumento quando o programa avaliado é complexo e os componentes podem sofrer variações dependendo do contexto que estão inseridos, já que permite a análise do processo de operacionalização do programa.

Denis e Champagne (1997 in HARTZ) definem a análise de implantação como a análise da influência dos fatores contextuais nos efeitos e no grau de implantação da intervenção, através de três componentes: “[...] o componente 1-análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção; componente 2-análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados e

componente 3-análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados”.

Os estudos com base no componente 2, são aplicados, quando a intervenção analisada é complexa e apresenta resultados variáveis, influenciados por diferentes fatores no contexto da intervenção.

Os estudos do tipo análise de implantação ao definir o grau de implantação, medem a qualidade das ações oferecidas com base nas normas do programa e definem a influência dos componentes operacionais e contextuais dos programas que influenciaram na variação dos resultados, sendo deste modo um pré-requisito para a posterior análise do impacto do programa. (DENIS, CHAMPAGNE, 1997 in HARTZ 1997;).

Vários estudos tem utilizado esta técnica de análise quando se propõem a estudar a implantação de programas, como o de Felisberto (2001) que ao avaliar o processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no PSF de Pernambuco, realizou uma avaliação normativa (estrutura e processo), com base nas determinações do Ministério da Saúde, e uma pesquisa avaliativa dos fatores do contexto organizacional da intervenção que influenciaram no grau de implantação, concluindo que a maioria dos municípios apresentava o grau de implantação “aceitável” e os municípios que apresentaram grau de implantação “insatisfatório” foi devido insatisfação na relação usuário-profissional.

Samico *et al* (2005) ao analisarem o processo de implantação AIDPI em dois municípios de Pernambuco, avaliaram unidades com e sem PSF, através de um estudo de casos múltiplos com níveis de análise imbricados. Para isto, basearam-se no modelo de avaliação normativa do estudo de Felisberto (2001) e realizaram uma abordagem

quali-quantitativa, do processo de trabalho e da satisfação dos usuários. Os resultados apresentaram um grau de implantação satisfatório da intervenção para as unidades com PSF em um dos municípios e insatisfatória para ambos os municípios, nas unidades de saúde sem PSF.

Copque e Trad (2005) ao analisarem a implantação do PSF em dois Municípios baianos analisaram a gestão da saúde, o perfil das práticas das equipes do PSF e a cobertura populacional das equipes. Os resultados demonstraram que o comprometimento dos gestores e das equipes e a organização da gestão da saúde influenciaram no grau de implantação das ações de saúde do PSF.

Palú (2004) analisou o processo de inserção da saúde bucal no PSF do Paraná, através de entrevistas com os dentistas participantes do programa e concluiu dentre outros resultados, que a inserção se deu de forma desorganizada, caracterizada pela precarização das relações de trabalho, pela não realização das ações determinadas pelo programa e pela falta de capacitação dos profissionais.

Baldani *et al* (2005) ao avaliarem o processo de implantação das Equipes de Saúde Bucal do PSF de 136 municípios do Paraná, realizaram uma pesquisa quali-quantitativa dos aspectos administrativos e operacionais da implantação desta intervenção, encontrando distorções entre a teoria do programa e o modelo de intervenção implantado, em vários componentes como, por exemplo, nas ações instaladas, nas relações de trabalho e na reorganização da demanda.

O estudo de Cavalcante *et al* (2006) analisou a implantação do PSF no município de Camaragibe, do estado de Pernambuco, também através de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação em seu segundo componente, considerando as sete áreas estratégicas mínimas da NOAS/2001. Os resultados

demonstraram que estas áreas estratégicas estavam parcialmente implantadas no município, porém o grau de implantação de cada área estratégica era diferente dependendo do indicador para área estratégica analisada.

Chaves e Vieira e Silva (2007) ao analisarem a implantação de processos para reorganização da atenção à saúde bucal em dois municípios do Estado da Bahia, construíram uma imagem-objetivo com base na avaliação da gestão da saúde e nas práticas em saúde bucal. Os resultados demonstraram que as características da gestão da saúde têm certa influência na organização da atenção à saúde bucal, interferindo no grau de implantação destas ações.

Souza e Roncalli (2007) analisaram a mudança do modelo assistencial em saúde bucal no PSF de estado do Rio Grande do Norte através da análise do grau de implantação dos elementos políticos e organizacionais. Para isto, entrevistaram os gestores da saúde bucal e os dentistas do PSF, realizaram uma pesquisa documental e a análise da estrutura instalada para a realização das ações em saúde bucal. Os resultados demonstraram, que a maioria dos municípios não tiveram uma mudança significativa do modelo assistencial em saúde bucal.

O estudo de Martelli *et al*(2008) também analisou o modelo de atenção à saúde bucal em nove municípios do estado de Pernambuco, realizou entrevistas com os coordenadores de saúde bucal, abordando o modelo de atenção a saúde bucal, as atividades e formação dos coordenadores e cirurgiões-dentista inseridos na ESF. Os resultados demonstraram que a maioria dos municípios tinham dificuldade na incorporação de novas práticas assistenciais, na qualificação cirurgiões-dentistas e dos coordenadores de saúde bucal, não havendo mudança do modelo assistencial de saúde bucal.

Henrique e Calvo (2008) ao analisarem o grau de implantação do PSF nos municípios de Santa Catarina, realizaram uma pesquisa quantitativa através de indicadores construídos com base nos dados do SIAB, do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIH) e do DATASUS, dos anos de 2001 e 2004. Os indicadores eram representativos de cobertura, indícios de mudança do modelo assistencial e impacto. Os resultados comparativos dos dois anos analisados demonstraram ampliação na cobertura do programa, que a maior parte dos municípios não apresentou mudanças do modelo assistencial e o indicador impacto foi o menos significativo, demonstrando a necessidade de um período maior de tempo para real análise.

Deste modo para a análise do grau de implantação das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família do município de Parintins será realizada uma avaliação normativa através das normas preconizadas na NOAS/2001 e uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação em seu segundo componente.

4. METODOLOGIA

4.1 Caracterização da área de estudo

Parintins é um município do estado do Amazonas, com sede na ilha de Tupinambarana, ilha que foi descoberta durante as viagens exploratórias da Coroa Portuguesa em 1796. A região era habitada pelos índios Tupinambá (que deu nome a ilha) e também pelas tribos Sapupé, Peruviana, Mundurucu, Mawe e Parintins. Em 1803, houve a instalação da primeira missão religiosa, a missão Vila Nova da Rainha. (MDA, 2006).

De 1850 a 1920, a Amazônia viveu o crescimento econômico acelerado devido à borracha, que resultou na divisão do estado do Amazonas em 23 municípios, dentre eles o município de Parintins, em 1880, seu nome veio dos índios Parintins ou Parintintins, antigos habitantes do local. Nesta época ocorre o revigoramento da cidade e o início do processo de transformações de Parintins em uma das cidades médias do estado, estando hoje entre as seis maiores cidades do estado. (OLIVEIRA, 2006, MDA, 2006,).

Parintins está localizado na região do baixo Amazonas, distante 420 km da capital Manaus. Está bem próximo da fronteira com Pará, tendo como municípios vizinhos Barreirinha, Urucurituba e Nhamundá. (IBGE, 2008)

O município tem as peculiaridades urbanas dos municípios ribeirinhos do Amazonas, onde as distâncias planas são percorridas a pé, de bicicleta ou de moto, pela inexistência de ônibus, criando um modelo diferenciado de acesso aos serviços. A vida da população transita entre o rio e a floresta. O porto é a via de ligação entre o

rio, a cidade e a floresta, sendo o principal local de saída e chegada, com grande movimentação de produtos e pessoas. O acesso a cidade é exclusivamente de barco ou avião. (ROJAS, TOLEDO, 1998; OLIVEIRA, 2006).

Segundo o censo de 1999, a população do município era de 82.744 habitantes, destes 56.122 viviam na sede e 24.622 habitavam a zona rural, em grande parte, composta pelos moradores de comunidades ribeirinhas. A população estimada pelo IBGE em 2007 foi de 102.044 habitantes, sendo o segundo município em porte populacional do estado e que representa 3,16 % da população do Estado e 0,05% da população do País. (IBGE, 2008)

No ano de 2000, apresentou Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,69. Segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a cidade é considerada com médio desenvolvimento humano. Parintins ocupa no estado uma situação classificada como boa, sendo o 6º maior IDH. (SEPLAN, 2008)

A cidade possui um dos maiores rebanhos de bovinos do estado, sendo a pecuária o seu principal recurso econômico somado aos recursos gerados com a realização do festival folclórico. (SEPLAN, 2008).

O “Festival de Parintins” fez com que a cidade ficasse conhecida nacional e internacionalmente, pois o festival folclórico dos bois-bumbás, Garantido e Caprichoso é a segunda maior festa popular do Brasil. Esta manifestação cultural acontece nas três últimas noites do mês de junho e um grande contingente de pessoas se desloca para o município mudando o cotidiano da população, gerando empregos e incrementando a economia local. (MACHADO, 2000).

Cavalcanti (2000) ao realizar um estudo histórico-cultural sobre o Festival de Parintins descreve que o folclore do Boi-Bumbá teve seu primeiro relato em 1840 em

Recife, ocorrendo a primeira descrição de manifestação na região Norte em meados do século XIX, já com “identidade indígena”, com a incorporação das lendas, mitos amazônicos e presença de figuras indígenas, como o Pajé, como vista no Boi de Parintins.

A importância do Festival sobre a geografia do município foi mostrada pelo estudo de Tavares e Nogueira (2005), que observou que a urbanização do município foi maior nas áreas próximas ao bumbódromo, com exclusão das zonas periféricas.

Isto também é confirmado pela organização dos serviços de saúde que têm maior concentração nos bairros próximos ao bumbódromo, bairros Itaúna I e Itaúna II, que apresentam dois centros de saúde em atividade e um em construção, com quatro equipes da ESF, quatro ESB, além do Centro de Especialidades Odontológicas. (CNES, 2008)

Ainda com relação à saúde, o município encontra-se em gestão plena da atenção básica e é uma das 19 microrregiões de saúde do estado, sendo referência no sistema local de saúde para os municípios de Barreirinha e Nhamundá.(SUSAM, 2003)

A cidade apresenta trinta e um estabelecimentos de saúde, destes, nove são centros de saúde, duas unidades básicas de saúde, uma policlínica de saúde, na sede da cidade, destinada ao atendimento de pronto-socorro, maternidade, cirúrgico e hospitalar; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Tipo II, com quatro consultórios odontológicos e um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) e um Centro de Atenção Psicossocial (Caps), o primeiro do estado, que é uma rede de atenção em saúde mental. (CNES/maio 2008).

O Programa Saúde da Família foi implantado em 2000 e atualmente, possui vinte e quatro equipes que fazem a cobertura de 71,06 % da população. Em 2003, as

equipes de saúde bucal (ESB) foram inseridas no PSF, sendo hoje uma equipe modalidade I e dez equipes modalidade II que fazem a cobertura de 65,13% da população, em uma relação de 2 equipes de SF para 1 equipe de SB.

Em julho de 2006, foi inserido no município o projeto Telessaúde, cuja proposta é capacitar os profissionais da área de saúde e melhorar a assistência da população.

Parintins foi um dos municípios escolhidos para participar do Programa Federal “Territórios da Cidadania”, lançado em fevereiro de 2008, norteado pelo princípio da co-gestão. Este programa é interministerial, dentre eles o temos o Ministério da Saúde, com a proposta de ampliação da atenção básica e do Programa Brasil Sorridente.

4.2 Tipo de pesquisa

Foi uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação em seu segundo componente - análise da variação na implantação sobre os efeitos observados, do Programa Saúde da Família, considerando a área estratégica definida na NOAS - ações de saúde bucal. Como estratégia de pesquisa foi adotado o estudo de caso único, com um único nível de análise. (DENIS, CHAMPAGNE, 1997, p.75 in HARTZ, 1997).

E, a exemplo dos estudos de: Felisberto (2001); Samico(2005); Copque e Trad(2005); Baldani(2005); Cavalcante *et al*(2006); Martelli *et al*(2008); Henrique e Calvo(2008), esta pesquisa também não adotará como princípio de análise a construção do modelo lógico.

4.3 Dados primários

4.3.1 Instrumento para medir o grau de implantação

Para a coleta dos dados primários, foi utilizado o questionário (Apêndice D) construído, testado e já utilizado por Cavalcante *et al* (2006) abordando questões relativas as ações de saúde bucal da NOAS/2001 (Prevenção dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e Gestantes; Cadastramento de usuários; Tratamento de problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes e Atendimento a urgências odontológicas.)

O instrumento foi preenchido pelos dentistas que compõem as Equipes de Saúde Bucal do município.

4.3.2 Grau de Implantação

Para a obtenção do grau de implantação foi realizada uma avaliação normativa, tomando como base as responsabilidades e atividades preconizadas pela NOAS/2001. Este foi construído considerando o número de respostas positivas em relação ao total de perguntas de todos os dentistas das equipes de Saúde Bucal

A classificação do grau de implantação adotou os critérios seguidos por Cavalcante *et al*, 2006:

“Implantado”: Entre 80 a 100% de respostas positivas;

“Parcialmente implantado”: Entre 60% e menor que 80* de respostas positivas;

“Não implantado”: Abaixo de 60% de respostas positivas

4.3.3 Instrumento para descrever a inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família

Para esta coleta de dados, foram utilizados dois tipos de questionários (Apêndice E) construído, testado e já utilizado por Baldani *et al* (2005). O primeiro abordava questões administrativas e o segundo questões operacionais. Os dois tipos de questionários são constituídos de perguntas fechadas e contavam com uma questão aberta para que os participantes pudessem expressar sua opinião sobre experiências, sucessos ou dificuldades na operacionalização do programa.

O que abordava questões administrativas foi respondido pelo Coordenador de Saúde Bucal e o de questões operacionais os respondentes foram todos os dentistas que estavam atuando na Estratégia Saúde da Família.

4.3.4 Instrumento para coleta sobre os elementos do contexto organizacional

Foi utilizado um roteiro de entrevista, com o Secretário Municipal de Saúde, contendo as seguintes variáveis do contexto organizacional: tipo de gestão municipal, qualificação dos gestores (Secretário (a) Municipal de Saúde e Coordenador (a) do PSF), existência de registro em atas do Conselho Municipal de Saúde, existência de plano de trabalho referente à estratégia, recursos financeiros empregados (municipal e/ou estadual/federal), existência de relatórios sistemáticos de supervisão das unidades, simultaneidade das coordenações do PSF e da Saúde Bucal e mudanças dos atores locais. Este roteiro foi adaptado do utilizado no trabalho de dissertação de Felisberto (2001) (Apêndice F).

Para a análise do contexto organizacional também foram utilizados: as atas do Conselho Municipal de Saúde (2002 a 2008), os Planos Municipais de Saúde (2002 a 2008) e Relatórios de Gestão (2002 a 2007).

4.4 Dados secundários

Para complementação da análise da implantação da odontologia no PSF, foram utilizados os quatro indicadores do Pacto da Atenção básica (cobertura de primeira consulta odontológica programática, cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, média de procedimentos odontológicos básicos individuais e proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais) e a cobertura das equipes de saúde bucal. Todos os dados coletados na base de dados do Sistema de Informações da Atenção Básica.

De modo geral o seguinte quadro resume os instrumentos por dimensão:

Dimensão	Variável	Instrumento	Dados	Sujeitos
Aspectos administrativos das equipes de saúde bucal	a) Início da atuação das ESB b) Número e modalidade das ESB c) População coberta pelo PSF d) Localização das unidades de saúde da família e) Forma de contratação dos dentistas para atuarem nas ESB f) Faixa salarial dos dentistas, dos ACDs e dos THDs que atuam no programa g) Jornada de trabalho desses profissionais	Questionário proposto por Baldani <i>et al</i> (2005) e gentilmente cedido para esta pesquisa	Primários	Coordenador de Saúde Bucal
Aspectos operacionais das equipes de saúde bucal	a) Tempo de atuação no PSF b) Participação em cursos de capacitação c) Clientela atendida pelas ESB d) Forma de agendamento dos pacientes em relação ao tratamento odontológico e) Periodicidade de visitas domiciliares pelo dentista f) Encaminhamento dos casos de maior complexidade g) Ações desempenhadas pelo dentista e pessoal auxiliar h) Envolvimento da ESB com o restante da ESF i) Periodicidade das reuniões entre toda a ESF incluindo a ESB. j) Utilização ou não de prontuários únicos.	Questionário proposto por Baldani, <i>et al</i> (2005) e gentilmente cedido para esta pesquisa	Primários	Cirurgiões dentista do Programa Saúde da Família
Grau de implantação	a) Prevenção dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes; b) Cadastramento de usuários; c) Tratamento de problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes; e d) Atendimento a urgências odontológicas.	Questionário proposto por Cavalcante <i>et al</i> (2006) e gentilmente cedido para esta pesquisa	Primários	Equipes de Saúde Bucal
Contexto organizacional	a) Roteiro proposto por Felisberto(2001)	Roteiro proposto por Felisberto (2001)	Primários	Secretário de Municipal de Saúde
Indicadores	a) Cobertura de primeira consulta odontológica programática b) Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada c) Média de procedimentos odontológicos básicos individuais d) Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais e) Cobertura das ESB do PSF	Sistema de Informações da atenção básica	Secundários	-

4.5 Análise dos dados

Os dados dos questionários foram transcritos em uma planilha Excel e a partir dela foram construídas tabelas de distribuição de frequência.

4.6 Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas sendo aprovado conforme registro nº. 0039.0.115.000-08, em 11 de junho de 2008(Apêndice H).

ARTIGO 1: O processo de inclusão da Odontologia na Estratégia de Saúde da Família em um contexto amazônico.

¹Rosana Pimentel Correia

²Rosana Cristina Pereira Parente

Resumo

No âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Estado do Amazonas, a maior cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal (ESB) encontra-se no interior. O presente artigo analisou o processo de inclusão das ESB em Parintins (AM). Realizou-se análise documental das Atas do Conselho Municipal (CM) e Planos Municipais de Saúde, além de levantamento dos aspectos operacionais e administrativos do processo, aplicando questionário aos cirurgiões dentistas da ESB e à Gestão deste município. O processo de inclusão das ESB caracterizou-se por: pouca participação do CM no processo decisório; deficiências na gestão, organização e implementação das ações; desarticulação das ESB com os demais profissionais e atividades da ESF. O modelo de atenção é preponderantemente tecnicista, individualista e curativista, sendo o único resultado positivo a existência ao Centro de Especialidades Odontológicas do município.

Palavras-Chave: Saúde bucal, Estratégia Saúde da Família, Serviços de saúde, Parintins

¹ Mestranda do Curso de Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia da UFAM, UFPA e CPqL&MD/FIOCRUZ-Amazônia.

² Professora Titular do Departamento de Estatística da Universidade Federal do Amazonas – UFAM e do Curso de Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia da UFAM, UFPA e CPqL&MD/FIOCRUZ-Amazônia.

INTRODUÇÃO

O Artigo 196 da Carta Magna, de 1988, consagrou as teses defendidas pelo movimento de Reforma Sanitária; e as Leis Federais 8080 e 8142, de 1990, regulamentaram os preceitos constitucionais através da institucionalização do Sistema Único de Saúde. A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994 é uma operacionalização destas propostas, tendo como desafio a reformulação e implementação da atenção primária em um país com grandes diversidades regionais, através da descentralização e municipalização das ações em saúde. ^{1,2}

A ESF é organizada através de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica adscrita, atuando através de um conjunto de ações individuais e coletivas, para reorganização dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde, de modo que a atenção básica seja a porta de entrada deste sistema. ¹

Inicialmente estas equipes eram compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde (estes dependentes do número de famílias atendidas), mas desde sua implementação tinha a proposta de inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB), sendo o município de Curitiba, no estado do Paraná, o primeiro a incorporar a saúde bucal na ESF em 1995. ^{1,2}

A partir de 2000, houve a regulamentação, pela Portaria nº 1444/GM/MS³ de 28 de dezembro de 2000, do incentivo financeiro para inserção das ESB, impulsionada pelo fortalecimento do financiamento da atenção básica dos municípios através da NOB/96, pela experiência positiva destas equipes em Curitiba e pelos resultados negativos sobre acesso aos serviços odontológicos do PNAD/1998. ^{4,5}

Há indícios na literatura de que a inserção tardia da ESB na ESF dificultou a integração destes profissionais com os demais profissionais das equipes da ESF, prejudicando o processo de reorientação do modelo assistencial em saúde bucal e consolidação das ações de saúde bucal na ESF.^{5,6,7}

Outro ponto são as novas atribuições dos cirurgiões-dentistas na ESF, que além de suas funções clínicas, são responsáveis por programar e organizar visitas domiciliares, participar do processo de planejamento e acompanhamento das ações desenvolvidas para sua população de abrangência, organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do SUS, entre outras.⁸

Pereira, Pereira e Assis⁶, em estudo sobre a atuação dos Cirurgiões-dentista de duas Equipes de Saúde Bucal do PSF do município de Feira de Santana (BA), apontam que estas novas atribuições são dificultosas para os cirurgiões-dentistas, defendendo que o ensino odontológico brasileiro é preponderantemente tecnicista, individualista e curativista, não preparando estes profissionais para a modelo de atenção generalista, familiar e preventivo da ESF.

No Amazonas as ESB obtiveram maior adesão e cobertura populacional nos municípios no interior do Estado. No entanto são raros os estudos sobre a inclusão destas equipes nestes municípios⁹.

Parintins implantou as ESB na ESF em 2003, um dos primeiros municípios do interior do Amazonas e, também, é uma das dezenove microrregiões de saúde do estado, referência para os municípios de Nhamundá e Barreirinha, tendo importância na organização do sistema de saúde estadual, portanto.

O presente artigo objetiva avaliar o processo de implantação da ESB no município de Parintins, Estado do Amazonas.

PERCURSO METODOLÓGICO

Caracterização do Sistema Municipal de Saúde

Parintins está localizado na região do baixo Amazonas, distante 420 km da capital do estado, Manaus. A cidade tem as peculiaridades urbanas dos municípios ribeirinhos do Amazonas, onde as distâncias planas são percorridas a pé, de bicicleta ou de moto, pela inexistência de ônibus, criando um modelo diferenciado de acesso aos serviços. A vida da população transita entre o rio e a floresta. O porto é a via de ligação entre o rio, a cidade e a floresta, sendo o principal local de saída e chegada, com grande movimentação de produtos e pessoas. O acesso a cidade é exclusivamente de barco ou avião.¹⁰

Segundo o censo de 1999, a população do município era de 82.744 habitantes, destes 56.122 viviam na sede e 24.622 habitavam a zona rural, em grande parte, composta pelos moradores de comunidades ribeirinhas. A população estimada pelo IBGE¹¹ em 2007 foi de 102.044 habitantes, sendo o segundo município em porte populacional do estado.

O “Festival de Parintins” fez com que a cidade ficasse conhecida nacional e internacionalmente, pois o festival folclórico dos bois-bumbás, Garantido e Caprichoso é a segunda maior festa popular do Brasil.

A importância do Festival sobre a geografia do município foi estudada por Tavares (2005)¹², que observou que a urbanização do município foi maior nas áreas próximas ao bumbódromo – com exclusão das zonas periféricas. Esta observação parece ter sustentação, uma vez que existe maior densidade na distribuição espacial dos serviços de saúde nos bairros próximos ao bumbódromo, os bairros Itaúna I e Itaúna II, que apresentam dois centros de saúde em atividade e um em construção, com quatro equipes da ESF, quatro ESB, além do

Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), em comparação aos demais que apresentam.¹³

O município é de modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal. É uma das 19 microrregiões de saúde do Estado. Apresenta trinta e um estabelecimentos de saúde, destes, nove são centros de saúde; duas unidades básicas de saúde; uma policlínica de saúde na sede da cidade, destinada ao atendimento de pronto-socorro, maternidade, cirúrgico e hospitalar; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Tipo II, com um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), que oferece serviços especializados na área de Odontologia referenciados pelo PSF; e rede de atenção em saúde mental, com o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Estado do Amazonas.^{13,14}

A ESF foi implantada em 2000 e, em 2009, era estruturada em vinte e quatro equipes, com cobertura de 71,06% da população do município. Em 2003 foram inseridas as duas primeiras ESB (modalidade I), cobrindo 14,26% da população. Em 2009, o município apresentava uma ESB - modalidade I e dez ESB - modalidade II, com cobertura de 65,13% da população, mantendo uma relação de 2 equipes de Saúde da Família para cada ESB.⁹

Coleta e análise dos dados

Os dados primários foram coletados através de dois tipos de questionários construídos, testados e utilizados anterior por Baldani *et al* (2005)¹⁵. O primeiro questionário abordava questões administrativas e foi respondido pelo Coordenador de Saúde bucal, enquanto o segundo abordava questões operacionais e foi respondido pelos cirurgiões-dentistas da ESF. Ambos são constituídos de 21 questões objetivas e uma questão subjetiva para que os participantes pudessem expressar sua opinião sobre experiências, sucessos ou dificuldades na operacionalização do programa.

Os questionários foram digitados em planilha do programa Excel e, a partir dela, foram construídas tabelas de distribuição de frequência. Realizou-se análise documental das atas do Conselho Municipal de Saúde do período de 2002 a 2008¹⁶ e os Planos Municipais de Saúde de 2002 a 2008¹⁷, para avaliação do controle social no processo de implantação.

Aspectos éticos e conflitos de interesse

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas conforme registro nº. 0039.0.115.000-08, sendo que todos os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Inexistem conflitos de interesses envolvendo o presente trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atuação das instâncias de Controle Social na consolidação das diretrizes do Sistema Único de Saúde tem potenciais diversos e várias formas de manifestação, em decorrência de como este espaço de cidadania se estrutura e tem real participação nos processos decisórios do município que se analisa. No presente estudo, analisaram-se os documentos originados de espaços de Controle Social procurando o momento em que a temática da Saúde Bucal aparece nos debates em Parintins, tanto quanto a participação do Conselho Municipal de Saúde (CSM) no processo de inclusão destas ações no município. Analisando as atas do CMS¹⁶ e os Planos Municipais de Saúde¹⁹, encontrou-se que a inclusão das primeiras ESB na ESF do município de Parintins ocorreu no ano de 2003. Apesar dos Planos Municipais de Saúde do município serem aprovados pelo CMS, em nenhum deles há registro de planejamento da inclusão das equipes de saúde bucal na ESF.^{13,17}

Encontrou-se que a inclusão do Cirurgião Dentista na ESF está em ata de 2005, Resolução nº 34/05 de 23 de setembro de 2005, que decidiu: “[...] Autorizar a inclusão do

CD na equipe do PSF- O presidente esclareceu como vai funcionar o atendimento desse profissional na equipe do PSF.” É interessante notar que esta discussão sobre a inserção das equipes ocorreu dois anos após a implantação, que se deu em 2003. ^{13,17}

As equipes de Parintins foram qualificadas em modalidade II, nos anos de 2003 e 2004, porém foi somente em 2006 que este processo foi discutido no CMS, mencionando uma única equipe, conforme Resolução nº 04/06 de 24 de fevereiro de 2006 que decidiu: “*[...] Autorizar a troca da Equipe de saúde bucal do centro de saúde Dr. Toda de modalidade 1 para modalidade 2.*” ^{13,17}

A última resolução que faz menção à inserção da saúde bucal na ESF do município foi a Resolução nº 07/08 de 22 de fevereiro de 2008, que decidiu: “*[...] Autorizar a criação de 03 equipes de saúde bucal para atuar nas unidades de saúde Waldir Viana, Darlinda Ribeiro e Dom Arcangelo Cerqua.* Porém, todas estas equipes já estavam instaladas desde 2004.” ^{13,17}

Estes resultados apontam para que, apesar das amplas atribuições legais e caráter deliberativo do CSM, no que se refere à inserção das ESB na ESF não pode-se caracterizá-lo desta maneira. A maioria dos estudos afirma que os problemas com a participação do CSM no processo decisório das Gestões Municipais se devem ao não emponderamento da população sobre sua função decisória na determinação, acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde, em todos os níveis do sistema, permitindo que os gestores decidam as políticas a serem desenvolvidas no município e depois passem pela aprovação do CMS. (GERSCHMAN, 2004) ^{18, 19,20}

Bispo Junior e Sampaio (2008) ¹⁹, ao analisarem em dois municípios do Nordeste os discursos dos conselheiros municipais de saúde sobre a participação social no SUS, concluíram que a participação do CMS na aprovação/implementação das políticas públicas de saúde era limitada e que a população não tinha interesse em participar das discussões do CMS, devido a pouca influência desta instância na Gestão dos serviços de saúde.

Moreira *et al* (2008)²⁰ analisaram vários fatores da participação dos usuários do SUS nos CMS de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes demonstrando que, em 45% destes municípios, os CMS simplesmente aprovavam os Planos Municipais de Saúde, sem participação no processo de formulação, implantação, execução, monitoramento, avaliação, controle e fiscalização das políticas contidas nestes planos, corroborando os dados de nosso estudo. Estes autores defendem que, se os CMS cumprissem sua função de propagar informações sobre as políticas de saúde, a população teria interesse em participar do processo decisório destas políticas em seu território.^{18,19,20}

O primeiro aspecto administrativo da inclusão das equipes refere-se à Gestão das ESB no município. Ao ser entregue o questionário proposto por Baldani ET AL (colocar a referencia direito) ao Coordenador das ESB na ESF, o cirurgião-dentista que era coordenador da ESB à época da pesquisa, afirmou “*não possuir conhecimento suficiente sobre as questões abordadas no questionário*”. Justificou que desde que assumiu a coordenação em 2005, trabalhava, de fato, no Centro de Especialidades Odontológicas e não tinha experiência em ESF, desempenhando atividade assistencial e não de gestão, portanto.

A falta de capacitação dos coordenadores das ESB da ESF também um achado de Martelli *et al* (2008)²¹ no estudo sobre a atenção a saúde bucal de nove municípios do estado de Pernambuco. Neste estudo, os autores analisaram os dentistas e coordenadores das ESB. Aenas um dos coordenadores era especializado em Saúde Pública e demonstrou conhecimento sobre o funcionamento da ESB conforme preconizado.

Canesqui e Spinelli²², ao analisarem as concepções dos gestores sobre a implementação do PSF em pesquisa avaliativa de sete municípios do estado do Mato Grosso, concluíram que alguns gestores tinham conhecimento limitado sobre os preceitos do PSF por desinformação ou por resistência, dificultando o processo de implementação da estratégia.

Particularmente, os dados empíricos referentes a Gestão, não demonstram apenas desconhecimento, mas desvio das funções de Coordenação para funções clínicas, o que pode implicar em prejuízos na implantação da ESB na ESF, já que o Coordenador tem atribuições importantes.

Por ser um estudo censitário, o questionário foi aplicado aos onze dentistas das ESB, que constavam na relação de profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) ¹³. Entretanto, somente quatro destes profissionais efetivamente participaram da pesquisa, pois dois estavam de férias, uma de licença maternidade e quatro afirmaram não pertencer a ESB, apesar de prestarem serviço nos Centros de Saúde e terem o registro na ESB, segundo dados do CNES, outro indício de desvios na estruturação dos serviços.

Outro agravante é que os quatro cirurgiões-dentistas que responderam ao instrumento prestavam serviço em duas equipes, representando 36,6 % do total de dentistas cadastrados no CNES atuando em 8,33% da ESF do município.

Em relação à clientela atendida pelos dentistas das ESB, os questionários indicam que somente 50% (2) dos dentistas atendem a clientela determinada para o programa, um dentista não atendia bebês e outro, idosos, não cumprindo assim, estes últimos com o preceito da ESF de atender todas as pessoas da comunidade.

O estudo de Baldani *et al* (2005)¹⁵ demonstrou que os bebês, os idosos e as gestantes são os grupos populacionais menos assistidos pelas ESB nos municípios do Paraná, o que é consoante com os dados encontrados na presente pesquisa.

Quanto à acessibilidade à assistência em Saúde Bucal, a principal forma de organização da prestação de serviços odontológicos foi o atendimento de livre demanda diária, havendo exclusividade deste tipo de organização para dois dentistas. Os demais também têm seu atendimento agendado pelos Agentes Comunitários de Saúde ou pelo Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Todos relataram que são distribuídas 12 “*fichas*” por turno

de atendimento. Destas, 10 são para atender os pacientes da livre demanda ou agendados pelos ASBs e ACS e duas são para urgências ou para usuários da zona rural do município, não explicando como se dá a identificação desse usuário.

Este modelo de organização da demanda, segundo os dentistas, se deve ao acúmulo de pacientes para tratamento curativo, o que se fundamenta em um modelo assistencial centrado na clínica, com inexistência de planejamento das ações por grupos epidemiológicos prioritários.

Durante realização da pesquisa, foi verificado que este modelo gera filas de usuários nas unidades de saúde para marcação das consultas, o que se contrapõe aos preceitos do SUS de organização e humanização da assistência.

Em relação às visitas domiciliares na comunidade adscrita, a maioria dos dentistas afirmou nunca ter realizado visitas domiciliares. O único dentista que afirmou realizar tal atividade a faz uma vez por mês. Os dentistas afirmaram que a não realização de visitas domiciliares – assim como outras ações de prevenção e promoção de saúde – deve-se à grande demanda por atendimento clínico, não restando tempo para outras atividades.

Esta característica de grande demanda por assistência é reconhecidamente um problema dos serviços de saúde, como apontada nas “*Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*”³², na qual os recursos humanos em saúde devem se adequar a demanda da população, sendo que 75% a 85% da carga horária destes profissionais deve ser dedicada à assistência clínica e somente 15 % a 25 % para outras atividades. Neste sentido, pensando-se que estes cirurgiões dentistas devem trabalhar oito horas diárias, seis horas deveriam ser destinadas ao atendimento clínico, o que permite um atendimento de trinta minutos em cada consulta e, portanto, doze pacientes atendidos diariamente. Às duas horas diárias possibilitariam a realização das atividades de promoção de saúde e planejamento.

Santos e Assis (2006)²³, em avaliação da atenção à saúde bucal do município de Alagoinhas no estado da Bahia, observaram que os cirurgiões dentistas dividem sua carga horária respeitando as determinações das “*Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*” e, mesmo assim, as atividades são centradas no atendimento da demanda espontânea, sem planejamento ou acompanhamento dos casos, o que sugere a não reorientação do modelo assistencial. Também Palú (2004)²⁴ encontraram que, apesar de alguns dentistas da ESF do estado do Paraná, relatarem que organizam a clientela atendida com base na vulnerabilidade e risco da população, a maioria atende a demanda espontânea devido ao acúmulo de doença, mantendo um modelo assistencial curativo.

Com relação à composição das ESB, no CNES¹³, todas estavam registradas com um dentista, um Técnico de Saúde Bucal (TSB) e um ASB. Todavia, no período da pesquisa, todas as equipes eram compostas por um dentista e um TSB, sem a presença do ASB. O TSB ao invés de realizar suas funções estratégicas na ESB, realizava as funções clínicas do ASB, como a organização, desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados, auxílio do cirurgião dentista nos procedimentos clínicos e organização da agenda clínica. Este dado só reforça a manutenção de um modelo assistencial clínico, sem ações de promoção e prevenção em saúde bucal e com desvios na utilização dos recursos humanos em saúde. Estes dados são diferentes do estudo de Baldani *et al* (2005)¹⁵ em que 99% dos auxiliares (TSB e ASB) das ESB realizam atividades clínicas e cerca de 70% destes realizam atividades de acompanhamento e promoção de saúde, voltadas para as famílias e para comunidade.

Quando questionados sobre a periodicidade de reuniões com os profissionais da ESF, três dentistas afirmaram que estas nunca ocorrem e que não existe envolvimento das equipes de saúde bucal no atendimento das famílias. A falta de integração entre a equipe na ESF pode ser devido à inserção tardia destes profissionais, originando desarticulação das ações.

Também se deve considerar o modelo de formação acadêmica odontológica, que prioriza a clínica, à falta de capacitação para o trabalho na ESF.

Outro aspecto retorna ao papel da Gestão em Saúde Bucal no município, que se mostra deficitária em atuar para a articulação e integração das equipes na ESF, conforme indício no início destes resultados. A integração da ESB com os demais componentes da ESF é uma dificuldade relatada em vários estudos sobre a inserção da Saúde Bucal na ESF, como o estudo realizado por Noro (2008, in MOYSÉS, MOYSÉS, KRIGER, 2008) ³³ no município de Sobral do estado do Ceará, que apesar de ter inserido a saúde bucal em 1998, antes da regulamentação pelo Ministério da Saúde, não apresenta significativa integração dos profissionais. Neste município, o processo só começou a se estruturar com capacitação de vários dentistas em residência multidisciplinar em saúde da família, propiciando a discussão e a construção das ações de saúde bucal de forma integrada com a ESF e a comunidade, bem como sistematização das ações com base no perfil epidemiológico da população.

Apesar da constatação de falta de integração dos profissionais da ESB com os demais da ESF do município de Parintins, os dentistas afirmaram ter bom relacionamento com os seus auxiliares, mostrando a equipe odontológica integrada dentro do consultório odontológico, o que pode ser resultado de um modelo de formação acadêmico pautado na atividade clínica em consultório privado.

Um resultado positivo encontrado refere-se à existência de referência dos casos que exigem maior complexidade para o CEO, no próprio município. Esta ação possibilita maior resolutividade e amplia o acesso da população a procedimentos especializados de saúde bucal, tais como prótese, endodontia e cirurgias bucais mais complexas, que anteriormente eram ofertados somente nos consultórios particulares. Martelli *et al* (2008)²³, ao analisarem a atenção à saúde bucal em sete municípios do estado de Pernambuco, encontraram que em somente quatro municípios se realizavam referência e contra-referência dos casos para CEO,

diminuindo a qualidade da atenção em saúde bucal e, em decorrência, a própria resolutividade do sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de implantação da ESB na ESF do município de Parintins se deu em descompasso com o que é preconizado nos instrumentos reguladores desta.

Aponta-se que não houve reorganização da atenção primária à saúde bucal, centrada na articulação das ações através de discussões entre gestores e componentes das equipes, planejando as ações com base nas prioridades da comunidade e sempre buscando a ampliação do acesso e a integralidade das ações, dificultando a concretização das determinações do programa e melhora da saúde bucal desta população.

Devido à complexidade do tema, este estudo pretende iniciar a discussão sobre implantação das equipes de saúde bucal na ESF do município, haja vista ter analisado somente alguns aspectos deste processo, sendo necessários estudos mais aprofundados que abordem os demais aspectos e colaborem para reorientação e consolidação da estratégia, neste contexto.

REFERÊNCIAS

1. Fundação Nacional de Saúde. Saúde dentro de casa: Programa Saúde da Família. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1994
2. Moysés, S.T; Kriger, L; Moysés, S.J. Saúde Bucal das Famílias. Trabalhando com evidências. São Paulo. Editoras Artes Médicas. 2008
3. Portaria n. 1444. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília. 2000.28 de dezembro.
4. Barros, A.J. D.; Bertoldi, A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002.7: 709-717.
5. Souza, T. M. S.; Roncalli, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*. 2007.23:2727-2739.
6. [Pereira, D.Q.](#); [Pereira, J.C. M.](#), [Assis, M. M. A.](#) A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. *Ciênc. saúde coletiva*, 2003.8:599-609.
7. Moysés, S.J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Rev. ABENO*, 4(1):30,2004.
8. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica. Número 07. Ministério da Saúde. Março de 2001
9. Ministério da Saúde. Sistema de Informações da atenção básica. Disponível <http://www.datasus.gov.br>. (acessado em janeiro de 2008, para informações de 2003 a 2008)
10. Oliveira, J.A. A cultura, as cidades e os rios na Amazônia. *Ciência e Cultura*. 2006.58: 27-29.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em: 20 de julho de 2007
12. Tavares, A.S. A cidade de Parintins sob o olhar da geografia cultural. *Enciclopédia biosfera*. 2005.1: 1-18.
13. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em
<http://www.cnes.datasus.gov.br>(acessado em janeiro de 2008, para informações do município de Parintins)
14. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Plano de Regionalização do Estado do Amazonas. Manaus. SUSAM. Outubro de 2003
15. Baldani, M.H.; Fadel,C.B;Possamai,T,Queiroz,M.G.A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil.*Cad. Saúde Pública*,2005,21:1026-1035.2005
16. Atas do Conselho Municipal de Saúde do Município de Parintins. Anos de 2001-2008. Secretaria Municipal de Saúde. Parintins, Amazonas, Brasil.
17. Planos Municipais de Saúde do Município de Parintins.Anos de 2002 -2008 Secretaria Municipal de Saúde. Parintins, Amazonas, Brasil.
18. Gerschman, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004, 20(6): 1670-1681, nov-dez.
19. Bispo Júnior JP, Sampaio JJC. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Ver Panam Salud Publica*. 2008;23(6):403–9.
20. Moreira, M. R. *et al* • ‘Participação’ nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 48-61, junho 2008.

21. Martelli, P.J.L *et al.* Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008.13(5):1669-1674.
22. Canesqui, A.M.; Spinelli, M. A. S. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(4):862-870, abr, 2008
23. Santos, A. M.; Assis, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1): 53-61, 2006.
24. Palú, A.P.N. A inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná. [Dissertação de Mestrado]. Londrina. Universidade Estadual de Londrina, 2004.
25. Noro, L.R.A. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, CE. In Moysés, S.T; Kriger, L; Moysés, S.J. *org. Saúde Bucal das Famílias. Trabalhando com evidências*. São Paulo. Editora Artes Médicas. 2008. pg.142-153.
26. Martelli, P.J.L *et al.* Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008.13(5):1669-1674.

ARTIGO 2: Análise do grau de implantação das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em um município do interior do Estado do Amazonas.

¹Rosana Pimentel Correia

²Rosana Cristina Pereira Parente

Resumo

Trata-se de um estudo avaliativo, objetivando analisar o grau de implantação das ações de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Parintins – Estado do Amazonas. A análise de implantação se deu em seu segundo componente, através de um estudo de caso único, com um único nível de análise, através de questionários respondidos pelo Gestor Municipal de Saúde e por dentistas que compõem as Equipes de Saúde Bucal. Também se empregou análise documental e indicadores das ações de saúde bucal no período de 2003 a 2007, obtidos no Sistema de Informações da Atenção Básica. As ações de saúde bucal na ESF foram classificadas como “Não implantadas” (42,3%). Os principais fatores que influenciaram a não implantação foram: as deficiências na capacitação dos gestores e dos dentistas, nas relações de trabalho e na reorganização da demanda.

Palavras-Chave: Estratégia Saúde da Família; Saúde Bucal; Análise de implantação

¹ Mestranda do Curso de Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia da UFAM, UFPA e CPqL&MD/FIOCRUZ-Amazônia.

² Professora Titular do Departamento de Estatística da Universidade Federal do Amazonas – UFAM e do Curso de Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia da UFAM, UFPA e CPqL&MD/FIOCRUZ-Amazônia.

INTRODUÇÃO

Em 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), se iniciou o processo nacional de fortalecimento da atenção primária a saúde no Brasil. Desde sua implementação havia a proposta de inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB), sendo o município de Curitiba, no ano de 1995, o primeiro a incorporar a saúde bucal no PSF. (SOUZA, RONCALLI, 2007).¹

O fortalecimento do financiamento da atenção básica dos municípios, através da determinação do Piso da Atenção Básica (PAB) pela NOB/96 - incentivo que passou a ser recebido pelos municípios em maio de 1998 - foi um impulso para ampliação das equipes do PSF e um dos fatores determinantes para introdução das ESB nesta estratégia, juntamente com a experiência positiva de Curitiba e os resultados do PNAD/1998, sobre acesso aos serviços odontológicos, que demonstraram que 18,7 % da população brasileira nunca tinham consultado o dentista.¹

Em 2000, houve a regulamentação do incentivo financeiro para a inclusão das ESF na ESF através da Portaria 1444GM/MS, havendo duas modalidades de credenciamento: a modalidade I - um Cirurgião-Dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal; e a modalidade II - um Cirurgião Dentista, um Auxiliar de Saúde Bucal e um Técnico de Saúde Bucal.¹

As equipes de saúde bucal na ESF têm como objetivo a melhora da qualidade da atenção a saúde bucal e o aumento do acesso da população aos serviços odontológicos. Para isto a NOAS/2001, disciplinou as ações de saúde bucal como uma das sete ações estratégicas da atenção básica.

Em 2003, os resultados do “SB Brasil 2000”, terceiro levantamento epidemiológico em Saúde Bucal em nível nacional, revelaram que 13% da população de 15 a 19 anos nunca foi atendido por dentista e que as crianças e os adultos, principalmente das regiões Norte e

Nordeste apresentaram os maiores índices de dentes cariados não tratados e perdidos, motivando à elaboração do Programa “Brasil Sorridente”, a primeira Política Nacional em Saúde Bucal do Brasil.²

O Programa “Brasil Sorridente” propôs a implantação da atenção especializada em nível regional através dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Também é um marco para a Odontologia brasileira na medida em que, a despeito da tradição de prática assistencial pautada em consultórios clínicos privados, propõem maior acesso da população aos serviços através da reorganização da Atenção Básica, que passa a ser ampliada com a inserção de ESB na composição mínima da ESF. Os Centros de Especialidades Odontológicas são unidades de referência para as ESB na oferta de procedimentos nos níveis secundário e terciário.

No sentido de contribuir neste processo de fortalecimento e planejamento das políticas setoriais da atenção básica é estabelecido anualmente o "*Pacto de Indicadores da Atenção Básica*" entre as três esferas do governo, tendo no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) sua principal ferramenta de monitoramento. (BARROS, CHAVES, 2003).³

A partir de 2006, através da Portaria nº 493/GM/MS de 13 de março, foram incluídos como indicadores: cobertura de primeira consulta odontológica programática; cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada; média de procedimentos odontológicos básicos individuais; e, proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais. (MS, 2006)⁴.

Os indicadores são ferramentas para avaliação dos programas, pois traduzem os efeitos esperados a partir de uma medida específica e válida. A avaliação das ações implantadas têm um papel decisivo na elaboração de políticas e na tomada de decisão dos gestores da atenção básica, tendo nos estudos avaliativos um de seus principais instrumentos. (HARTZ, 1997)⁵

O processo de implantação de programas de saúde no Brasil tem um caráter desarticulado das demais ações em saúde, resultado das diferentes concepções das políticas quando confrontadas com o conceito original, sendo as pesquisas avaliativas do tipo análise de implantação, importantes ferramentas para comprovação se os componentes de um programa, materiais, atividades e organização administrativa, conseguem atingir os seus objetivos.^{1,5}

Denis e Champagne (1997, p.57 in HARTZ)⁷; definem a análise de implantação como a análise da influência dos fatores contextuais nos efeitos e no grau de implantação da intervenção, através de três componentes: “[...] o *componente 1-análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção*; *componente 2-análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados* e *componente 3-análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados*”.

Os estudos com base no ‘componente 2’ são aplicados quando a intervenção analisada é complexa e apresenta resultados variáveis, influenciados por diferentes fatores no contexto da intervenção, permitindo definir os componentes da intervenção que colaboram para o alcance dos resultados⁷.

No Brasil, a ESF obteve maior adesão e cobertura populacional nos municípios de menor densidade demográfica, particularmente os do interior dos Estados. No entanto, a literatura científica é exígua sobre a análise de implantação desta estratégia nestes municípios do interior do Estado do Amazonas. (SIAB, 2008)¹¹

Na grande maioria dos municípios do interior deste Estado, o acesso é exclusivamente por via fluvial ou aérea, tornando a realização de estudos avaliativos mais difíceis face à complexidade logística envolvida para a coleta de dados, sistematização e integração de processos, comprometendo ações decisórias mais eficientes. (ROJAS e TOLEDO, 1998)¹².

Deste modo, o presente estudo objetiva analisar o grau de implantação das ações de saúde bucal da ESF do município de Parintins, um dos primeiros do Estado do Amazonas a implantar a equipes de saúde bucal, no ano de 2003.

PERCURSO METODOLÓGICO

Caracterização do Sistema Municipal avaliado

Parintins é um município da região do baixo Amazonas, distante 420 km da capital do estado, Manaus. É um dos municípios ribeirinhos do estado, com acesso exclusivamente de barco ou avião, tendo no porto sua principal via de saída e chegada de produtos e pessoas. (IBGE, 2008; TAVARES, 2005)^{12,13,14}

Segundo o censo de 1999 a população do município era de 82.744 habitantes, destes 56.122 viviam na sede e 24.622 habitavam a zona rural, em grande parte, composta pelos moradores de comunidades ribeirinhas. A população estimada pelo IBGE¹³ em 2007 foi de 102.044 habitantes, sendo o segundo município em porte populacional do estado.

O festival folclórico dos bois-bumbás, Garantido e Caprichoso, segunda maior festa popular do Brasil, fez com que a cidade ficasse conhecida nacional e internacionalmente. O Festival de Parintins teve influência na geografia do município. Tavares (2005)¹⁴ aponta que a urbanização do município foi maior nas áreas próximas ao bumbódromo –com exclusão das zonas periféricas. Este padrão de urbanização resultou na maior concentração dos serviços de saúde nos bairros próximos ao bumbódromo, com dois centros de saúde em atividade e um em construção nesta região, em que atuam quatro equipes da ESF, quatro ESB, além do Centro de Especialidades Odontológicas. (CNES, 2008)¹⁵

Em 2002 o município passou à Gestão Plena do Sistema Municipal e em 2003 o Plano Estadual de Regionalização determinou que município fosse uma das dezenove microrregiões

de saúde do estado, referência para os municípios de Nhamundá e Barreirinha. (SUSAM, 2008)¹⁶

A cidade apresenta trinta e um estabelecimentos de saúde, destes, nove são centros de saúde; duas unidades básicas de saúde; uma policlínica de saúde, na sede da cidade, destinada ao atendimento de pronto-socorro, maternidade, cirúrgico e hospitalar; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Tipo II com um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), que oferta serviços especializados na área de odontologia referenciados pelo PSF; e rede de atenção em saúde mental com a presença de um Centro de Atenção Psicossocial, o primeiro do estado.¹⁵ A Estratégia Saúde da Família foi implantada em 2000 e atualmente, possui vinte e quatro equipes que fazem a cobertura de 71,06 % da população. Em 2002, as equipes de saúde bucal (ESB) foram inseridas e em 2008 o município contava com uma equipe modalidade I e dez equipes modalidade II que faziam a cobertura de 65,13% da população.¹¹

Desenho do estudo e instrumentos

Trata-se de um estudo de caso único, com um único nível de análise, do tipo avaliativo que realiza uma avaliação normativa (estrutura e processo) e uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação em seu segundo componente (análise das variações da implantação nos efeitos observados), definindo fatores contextuais que influenciaram no grau de implantação das ações de saúde bucal da ESF do município de Parintins.

Para determinação do grau de implantação foi realizada a avaliação normativa com base no questionário proposto por Cavalcante *et al* (2006)¹⁰, instrumento que aborda aspectos relativos à estrutura (normas, equipamentos e insumos) e ao processo (ações e atividades relativas às ações de saúde bucal determinadas pela NOAS/2001).

As trinta questões do instrumento são divididas em dezesseis questões sobre a caracterização da Unidade de Saúde (questões sobre clientela atendida, data de implantação das equipes e capacitação dos profissionais); duas questões sobre a capacitação geral das equipes saúde da família, três questões sobre atividades destinadas à prevenção dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e Gestantes; uma questão sobre o Cadastro de usuários; cinco questões sobre Tratamento de problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes (quatro destas referentes aos recursos materiais para realização do atendimento), uma questão sobre o Atendimento a urgências odontológicas e quatro questões complementares sobre a capacitação das equipes em saúde bucal.

Para a coleta dos dados foi realizado um estudo censitário, sendo entrevistados os onze dentistas das Equipes de Saúde Bucal do município registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁵ em 2008.

Dos onze dentistas das ESB oito responderam o instrumento, pois dois estavam de férias, uma de licença maternidade, mas como quatro afirmaram não pertencer a ESB, apesar de prestarem serviço nos Centros de Saúde e terem o registro no CNES, seus questionários não foram considerados na análise dos dados. (quadro 1)

Para a cálculo do grau de implantação considerou-se o número de respostas positivas em relação ao total de perguntas dos questionários aplicados nas ESB investigadas. Seguindo o preconizado por Cavalcante *et al*, 2006¹⁰, classificou-se o grau de implantação através dos seguintes parâmetros: “Implantado” - entre 80 a 100% de respostas positivas; “Parcialmente implantado” - entre 60% e menor que 80* de respostas positivas; “Não implantado” - abaixo de 60% de respostas positivas.

Para complementar a análise do grau de implantação, os quatro indicadores do Pacto da Atenção básica foram utilizados (cobertura de primeira consulta odontológica programática, cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, média de procedimentos odontológicos básicos individuais e proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais) e a cobertura das ESB, a partir dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ¹¹ no período de 2003 a 2007.

Para determinação dos componentes do contexto organizacional que podem ter influenciado no grau de implantação, foi realizada entrevista com o Secretário Municipal de Saúde, com base em instrumento de Felisberto (2001)⁸. As variáveis do contexto organizacional abordadas no instrumento foram: tipo de gestão municipal, qualificação dos gestores (Secretário (a) Municipal de Saúde e Coordenador (a) do ESF), existência de registro em atas do Conselho Municipal de Saúde, existência de plano de trabalho referente à estratégia, recursos financeiros empregados (municipal e/ou estadual/federal), existência de relatórios sistemáticos de supervisão das unidades, simultaneidade das coordenações do PSF e da Saúde Bucal e mudanças dos atores locais.

Ainda, para identificação dos fatores do contexto organizacional que podem ter influenciado no grau de implantação foi feita a análise documental das atas do Conselho Municipal de Saúde ¹⁷, dos Planos Municipais de Saúde ¹⁸ do período de 2002 a 2008 e dos Relatórios de Gestão (2003 a 2007)¹⁹.

Aspectos éticos e conflitos de interesses

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas conforme registro nº. 0039.0.115.000-08, sendo que

todos os sujeitos foram entrevistados após leitura, compreensão e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Inexistem conflitos de interesses no presente artigo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grau de implantação das ações de saúde bucal no município foi 42,3%, classificando como “não implantado”. Na dimensão “Prevenção dos problemas odontológicos prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes” três itens foram aqui considerados: procedimentos coletivos, atividades educativas em saúde bucal e existência de material educativo para saúde bucal. O município realiza os seguintes procedimentos coletivos: escovação supervisionada e evidenciação de placa, não realizando levantamento epidemiológico e fluoretação intensiva em um município cuja água não é fluoretada. Foi definida como resposta positiva se no município todos os quatro procedimentos coletivos fossem positivos. Assim sendo o município obteve resposta **negativa** para a avaliação da dimensão.

Quanto a “atividades educativas em saúde bucal” o município realiza apenas abordagem individual (consulta odontológica), não fazendo visita domiciliar, nem palestras (sala de espera, comunidade, escola), não utiliza os meios de comunicação (rádio,vídeo), grupo, menos ainda a abordagem alternativa (teatro, dramatização). Finalmente, foi verificada a não existência de material educativo (folder, álbum seriado, kits educativos, fitas de vídeo) das Ações de Saúde Bucal para distribuição. Foi definida como resposta positiva se no município utilizar no mínimo duas das estratégias pelo menos uma vez ao mês. Neste item o município obteve resposta **negativa** na avaliação.

Para “Cadastramento de Usuários” foi verificado se as ESB registravam suas atividades em sistemas de informação, livro de registro, prontuário. A dimensão foi positiva.

Na dimensão “Tratamento dos problemas odontológicos, prioritariamente na população de 0 a 14 anos e gestantes”, foram observados materiais, equipamentos, insumos e procedimentos odontológicos realizados e tratamentos especializados disponíveis para a população. Observaram-se materiais e insumos e instrumental para atendimento da população, além dos procedimentos odontológicos realizados. O município possuía, em condições de uso, os seguintes equipamentos: aparelho fotopolimerizador; amalgamador; equipo odontológico completo, canete de alta rotação, micro-motor e autoclave/estufa. Foi definida como resposta positiva se no município todos equipamentos estivessem em quantidade e em condições de uso. Assim sendo o município obteve resposta positiva para a avaliação da dimensão.

Quanto aos materiais, os de cunho educativo foram os únicos que não foram encontrados. Com relação aos demais, foi verificada a existência em quantidade de uso: instrumental para exame clínico, instrumental para dentística, instrumental cirúrgico básico e instrumental para emergência (básica). Foi definida como resposta positiva se o município possuisse TODO o material. No item o município obteve resposta **negativa** na avaliação.

Quanto aos procedimentos odontológicos, o município realiza apenas restauração de dentes decíduos ou permanentes e remoção de tártaro. Foi definida como resposta positiva se o município realizasse todos os procedimentos. No item o município obteve resposta **negativa** na avaliação.

Finalmente, quanto à referência para tratamentos especializados disponíveis para a população, o município só não disponibiliza ortodontia preventiva. Foi definida como resposta positiva se o município disponibilizasse pelo menos tratamento endodôntico, serviços de periodontia e serviços de urgência e emergência. No item o município obteve resposta **positiva** na avaliação.

Também foi investigado se eram realizados atendimentos de primeiros cuidados nas urgências odontológicas não agendadas, se houve capacitação da ESB para implantação da atividade, se havia normas (protocolos, manuais, livros, cartazes explicativos, fluxogramas) do Ministério da Saúde padronizadas para saúde bucal, se havia envolvimento multiprofissional da ESB com os demais membros da ESF e se havia alguma ação referente à saúde bucal desenvolvida em parceria com outros setores/ONG. Para todas essas questões **apenas** para o atendimento de primeiros cuidados nas urgências odontológicas não agendadas a avaliação foi positiva.

A falta de estrutura física, insumos materiais e de instrumentais odontológicos para realização das ações de saúde bucal foi observada em oito das 20 unidades avaliadas por Souza e Roncalli (2007)¹ em sua pesquisa sobre a mudança do modelo assistencial em saúde bucal no PSF do Rio Grande do Norte.

Apesar de constar em todos os Planos^{17,18,19} analisados a previsão de capacitação dos profissionais de saúde do município, incluindo os da ESF, o mesmo não se concretiza para as ESB, reforçando a não implantação das ações.

Vários estudos apontam que a falta de capacitação dos dentistas em ESF é um dos principais fatores que contribuem para implantação e reorganização das ações, como observou Araújo e Dimenstein (2006)²⁰. Estes autores analisaram o perfil de atuação dos dentistas do Rio Grande do Norte e constataram que a maioria dos dentistas não participava de cursos de capacitação e demonstravam falta de comprometimento com o trabalho realizado, enfraquecendo o processo de reorientação das ações com base nas determinações do programa.

A falta de preparação dos profissionais também foi observada no estudo de Medeiros *et al* (2007)²¹ sobre as expectativas dos dentistas com a inserção da saúde bucal na ESF do município de Mossoró, no Rio Grande do Norte. Os autores encontraram que 72,9%

profissionais não participaram de curso introdutório ou tinham qualquer capacitação em ESF. Dos que participaram de cursos introdutórios somente 19 % consideraram-se aptos a realizar as novas atribuições na ESF, fortalecendo a relevância da capacitação contínua destes profissionais.

Camargo Jr *et al* (2008)²² analisou a implantação da atenção básica em 31 municípios dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo, abordando a dimensão político-institucional da implantação da atenção básica , assim como a capacitação dos recursos humanos. Os autores encontraram que 77,42% dos municípios realizavam cursos de capacitação dos profissionais, porém sem continuidade. Apenas 19,35% dos municípios realizavam de forma sistemática estas ações, revelando as dificuldades para a capacitação continuada dos recursos humanos na atenção básica, importante instrumento na reorganização da atenção básica.

Canesqui e Spinelli (2008)² , avaliando o processo de implantação do PSF em sete municípios do estado do Mato Grosso, observaram que o módulo introdutório do curso de capacitação gerenciado pela Secretaria Estadual de Saúde foi cumprido somente por 79% dos profissionais, mesmo sendo obrigatório , não havendo continuidade do processo de capacitação e sem muito interesse dos Gestores Municipais neste processo.

Utilizado para analisar o acesso da população a atenção básica a saúde bucal, o indicador média de primeira consulta odontológica (quadro 2), no período de 2003 a 2007 , não atingiu as metas de 2003 a 2005, ficando acima delas dos anos de 2006 e 2007, demonstrando que houve um aumento 13,2% para 58,06% no acesso da população a saúde bucal.

O indicador de cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada só pôde ser analisado sobre o ano de 2006 (quadro 2) e, neste, não atingiu a meta deste ano sugerindo a não organização das atividades dos profissionais priorizando a prevenção de doenças bucais e confirmando a não implantação das ações de saúde bucal. Este resultado do indicador

cobertura da ação coletiva escovação dental é corroborado pela afirmação dos dentistas de que não realizam atividades preventivas e de promoção de saúde, dedicando toda sua carga horária a serviços de assistência.

O indicador média de procedimentos odontológicos básicos individuais (quadro 2) ficou acima da meta no ano de 2003 , dentro da meta determinada para o ano de 2004 , porém nos anos de 2005 e 2006 teve redução não atingindo as metas, apontando que os serviços odontológicos básicos do município não correspondem a necessidade da população .

A proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais (quadro 2), apesar de ter aumentada em todo período analisado, não correspondeu as metas dos anos de 2004 a 2006, porém apresentou um aumento significativo em 2007 quando comparado com 2006, provavelmente pela implantação do Centro de especialidades odontológicas no município, resultando em maior acesso da população a atenção especializada em odontologia.

A cobertura das ESB (quadro 2) aumentou nos anos de 2003 a 2005, mas reduziu no biênio seguinte, demonstrando dificuldades de implantação das ações de saúde bucal, neste importante aspecto que se refere à extensão do acesso da população as ações básicas em saúde bucal.

Cavalcante *et al* (2006)¹⁰ também encontrou dificuldade na cobertura populacional no estado de Pernambuco, tomando como parâmetros as sete áreas estratégicas mínimas da NOAS/2001, parâmetro no qual as ações de saúde bucal foram de cobertura insuficiente para definição do grau de implantação, não permitindo a correlação com os demais indicadores.

Também utilizando como base de dados a produção ambulatorial (SIA-SUS) de uma série de indicadores das ações de saúde bucal, no período de 1995 -2001, Barros e Chaves (2003)³ analisaram o processo de reorganização das ações de saúde bucal em dois municípios

da Bahia, em gestão plena do sistema municipal. Concluíram que houve o aumento da oferta de serviços odontológicos para população de ambos os municípios.

Chaves e Vieira- da- Silva (2007)²⁵, ao analisarem a descentralização e a atenção de saúde bucal em dois municípios do estado da Bahia, observaram que o município que apresentou grau de implantação incipiente teve aumento da cobertura populacional pelas Equipes de Saúde Bucal da ESF, porém isto não significou aumento dos serviços odontológicos básicos ofertados para população, corroborando o resultado de nosso estudo.

Quadro 2

Representação das metas e resultados dos indicadores do Pacto da Atenção Básica e Cobertura das ESB do Município de Parintins -2003-2007

Indicadores	2003		2004		2005		2006		2007	
	Meta Amazonas	Alcançado	Meta Amazonas	Alcançado	Meta Amazonas	Alcançado	Meta Amazonas	Alcançado	Meta Amazonas	Alcançado
Cobertura da 1ª. consulta odontológica programática	12,23	0,19	15	14,3	13,14	9,04	13,2	29,16	15	58,06
Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	-	-	-	-	-	-	17,75	2,64	-	4,82
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	0,50	0,76	0,40	0,40	0,50	0,26	0,48	0,29	-	0,32
Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	3,0	-	5,0	0,35	6,60	0,50	6,34	4,93	-	21,3
Cobertura das ESB do PSF	-	14,26	-	13,88	70	55,3	-	48,83	-	47,37

FONTE: Sistema de Informações da Atenção básica (SIAB), Planos Municipais de Saúde de Parintins (2002 -2003) e Planos Estaduais de Saúde do estado do Amazonas (2003 -2007)³³.

Os indicadores escolhidos para este estudo guardam coerência com os resultados obtidos no grau de implantação das ações da ESB, uma vez que mostram a dificuldade do município em atingir as metas determinadas pelo Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para as ações de saúde bucal para o estado do Amazonas no período analisado.¹⁶

As entrevistas dão conta que o Secretário Municipal de Saúde (SMS) era formado em enfermagem e afirmou ter experiência em gestão de programas de saúde, pois trabalhou no município na coordenação da ESF, na coordenação do Programa de endemias e desde 2005 era sub-secretário de saúde.

As coordenações da estratégia saúde da família e da Saúde bucal sofreram mudanças no período analisado (2002-2008). Seus coordenadores possuíam formação superior na área de saúde, o da ESF em Enfermagem e o da Saúde bucal em Odontologia. A saúde bucal na ESF de 2003 a 2005 foi coordenada por um cirurgião dentista com especialização em saúde da família e, a partir de 2005, passou a ser coordenada por um cirurgião-dentista que não tinha experiência na ESF.

A formação e capacitação dos gestores são decisivas para o bom desenvolvimento de suas funções organizacionais dentro do sistema de saúde, influenciando no grau de implantação da intervenção.

Neste sentido, Felisberto (2001)⁸ analisou o processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no PSF de Pernambuco, apontando que os municípios nos quais os gestores municipais possuíam pós-graduação em saúde pública obtiveram um grau de implantação 'satisfatório', reiterando a importância da capacitação dos gestores para implantação das intervenções.

A importância da atuação dos gestores também foi observada pelo estudo de Copque e Trad (2008)²⁶ analisando a implantação do PSF em dois municípios do estado da Bahia. Os resultados indicam que o município com maior comprometimento dos gestores na organização da estratégia teve um melhor desempenho da atenção primária a saúde, com um processo organizado de integração das equipes e planejamento das ações.

Sobre os recursos financeiros destinados à implantação e manutenção das ações de saúde bucal na ESF do município foi informado que são recursos federais associados a recursos municipais, sem a participação estadual.

Destaca que dos recursos municipais, 25% são destinados a todos os programas de saúde, dentre eles a saúde bucal, não especificando o percentual para este último. Este valor está acima da determinação do Ministério da Saúde para os gastos municipais que é de 15 %.

Ainda, os Planos Municipais¹⁸, os Relatórios de gestão²⁰ e as Atas do Conselho Municipal¹⁹ do período estudado, não fazem nenhuma referência ao percentual para saúde bucal.

Esta questão do financiamento da saúde bucal foi avaliada no estudo de Moimaz *et al* (2008)²⁷, que realizaram entrevistas com 3 gestores municipais e um técnico estadual na área de saúde bucal observando também que o financiamento municipal era de 25 % para todos os programas saúde. Semelhante ao que foi encontrado nesta pesquisa, também não existia o registro de qual o percentual seria investido nas ações de saúde bucal, dificultando a implantação das mesmas. Deste modo, os gestores não têm conhecimento do incentivo financeiro real que está sendo destinado para esta intervenção, dificultando o planejamento e organização das ações.

No que se refere ao recrutamento do recurso humano, todos os profissionais da ESB foram contratados através de seleção interna como prestadores de serviço, não sendo realizado concurso público, segundo o Secretário Municipal de Saúde.

Baldani *et al* (2005)⁹ observou que somente 27,3% dos dentistas eram concursados e que 37,7% dos dentistas tinham contratos de maneira informal com as prefeituras, através de credenciamento, licitações ou contratos temporários como os do nosso estudo. Souza e Roncalli (2007)¹ relatam que um ponto de enfraquecimento do vínculo dos dentistas com a comunidade em uma análise do modelo assistencial em saúde bucal dos municípios do Rio Grande do Norte, era o fato de 47,4% dos dentistas manterem contratos informais com os municípios.

Com relação ao Planejamento da implantação das ações de saúde bucal na ESF de Parintins o gestor municipal afirmou que houve a participação ativa do Conselho Municipal de Saúde (CMS)¹⁷ e que foi estabelecido Plano de trabalho e, mensalmente, eram realizados relatórios de supervisão das ações. Todavia não foi disponibilizado qualquer um destes dois

documentos, e não foram encontrados registros nas atas do CMS sobre o plano referido e os relatórios de gestão não citavam a implantação das equipes de saúde bucal.

A participação da comunidade no processo decisório da implantação da intervenção também é um dos determinantes organizacionais que influenciam no grau de implantação. Neste sentido, a análise das atas dos Conselhos Municipais de Saúde, no período avaliado, apresentou três registros de discussão sobre a introdução das equipes de saúde bucal na ESF. A primeira menção foi em 2005, que decidiu pela autorização da inclusão do dentista nas equipes da ESF, ocorrendo três anos após a introdução das equipes no município.¹⁵ A segunda foi em 2006, que decidiu pela qualificação da uma equipe de saúde bucal em equipe modalidade 2. Todavia todas as equipes de Parintins foram qualificadas em modalidade II, nos anos de 2003 e 2004.¹⁵ A terceira e última menção ao tema, foi em 2008, decidindo pela criação de três equipes de saúde bucal para atuar nas unidades de saúde nas quais estas equipes já estavam instaladas desde 2004.¹⁵

Todas as decisões do CMS relacionadas às ações de saúde bucal na ESF datam de períodos posteriores a implantação das equipes, não sendo significativa a participação da população no processo de implantação. Ronzani e Silva (2008)³⁰, ao abordarem a participação do CMS no processo decisório de gestão dos serviços de saúde de dois municípios do estado de Minas Gerais, todos os gestores afirmaram que o CMS não tinha ingerência nos serviços ofertados. Os gestores afirmaram que o CMS somente ficava ciente das decisões determinadas pelos gestores, e que nenhum dos municípios possuía relatórios de acompanhamento e avaliação das ações da ESF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa avaliativa permitiu a identificação de pontos de enfraquecimento do programa dentro de seu contexto organizacional, indicando possibilidades para o

redirecionamento das ações de maneira a melhorar o grau de implantação da Saúde Bucal na ESF. Parintins, mesmo credenciada em gestão plena do sistema municipal, ofertando serviços de saúde de média complexidade e sendo referência para outros dois municípios do estado, ainda apresenta dificuldade na concretização das propostas da atenção primária a saúde bucal, havendo problemas no planejamento e gestão das ações no contexto da ESF.

REFERÊNCIAS

1. Souza, T. M. S.; Roncalli, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*. 23:2727-2739.2007.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004
3. Barros, S.G; Chaves, C.L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais como instrumento de caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2003.12: 41-51.
4. Portaria nº 493/GM/MS. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, 2006.10 de março
5. Hartz, Z.M.A. organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997
6. Contandriopoulos, A.P. *et al.* Análise de implantação. In: Hartz, Z. M. A, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 1997. p. 29-31.
7. Denis, J. L.; Champagne, F.. Análise de implantação. In: Hartz, Z. M. A, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 1997 p.49-88.

8. Felisberto, E. Avaliação do Processo de Implantação da Estratégia da Atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família no Estado de Pernambuco no Período de 1998 a 1999. [Dissertação de Mestrado]. Recife. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
9. Baldani, M.H.; Fadel,C.B;Possamai,T,Queiroz,M.G.A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil.Cad. Saúde Pública,2005,21:1026-1035.2005
10. Cavalcante, M.G.S,Samico,I.;Frias,P.G.; Vidal,S.A.Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. Rev. Bras. Saude Matern. Infant. Recife, 6: 437-445.2006.
11. Ministério da Saúde. Sistema de Informações da atenção básica. <http://www.datasus.gov.br>. (acessado em janeiro de 2008, para informações de 2003 a 2008)
12. ROJAS, L. B. I; TOLEDO, L. M.Organizadores. Espaço & Doença: um olhar sobre o Amazonas. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 1998.
13. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.Cidades. <http://www.ibge.gov.br>. (acessado em janeiro de 2008).
14. Tavares, A.S. A cidade de Parintins sob o olhar da geografia cultural. Enciclopédia biosfera. 2005.1: 1-18.
15. PLANO ESTADUAL DE SAÚDE. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Plano Estadual de Saúde 2001 – 2008. Manaus. SUSAM.2008
16. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. <http://www.cnes.datasus.gov.br>(acessado em janeiro de 2008, para informações do município de Parintins)Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

17. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARINTINS. Município de Parintins. Atas das reuniões realizadas no período de fev. 2002 a fev.2008.
18. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. Município de Parintins. Planos Municipais de 2002 a 2008.
19. RELATÓRIO DE GESTÃO. Município de Parintins. Relatórios de Gestão de 2003 a 2007.
20. Araújo, Y.P; Dimenstein,M.Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência& Saúde Coletiva*, 2006,11(1),229-227.
21. Medeiros, C.L.A, *et al.* Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no programa saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*;2007.9(2) 379-388.2007.
22. Camargo Jr, K. R. *et al.*Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S58-S68, 2008.
23. Canesqui, A.M.; Spinelli, M. A. S. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(4):862-870, abr, 2008
24. Martelli, P.J.L *et al.* Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco.*Ciência & Saúde Coletiva*, 2008.13(5):1669-1674.
25. Chaves, S.C.L; Vieira- da –Silva, L.M. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cad. Saúde Pública*. 2007.23(5):1119-1131.
26. Copque, H.L.F; Trad,L.A.B; Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2005; 14(4) : 223 – 233.
27. Moimaz, S.A.S *et al.* Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. *Revista de Administração Pública*. 42(6):1121-35, nov./dez. 2008

28. Assis, M. M. A.; Alves, J.S.; Dos Santos, A. M. Políticas de Recursos humanos e a (Re) Significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS) apontamentos para o debate. Revista Baiana de Saúde Pública. 2008.32 Supl.1, 7-15.
29. Palú,A.P.N. A inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná. [Dissertação de Mestrado]. Londrina. Universidade Estadual de Londrina, 2004.

APÊNDICE A - Termo de compromisso do Pesquisador



TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu Rosana Pimentel Correia, pesquisadora responsável pelo projeto: “*Análise do grau de implantação das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Parintins do estado do Amazonas*”, comprometo-me a utilizar os dados obtidos na pesquisa, exclusivamente para os previstos no presente protocolo, a fornecer ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UFAM os relatórios semestrais e os resultados finais deste projeto. Obrigoo-me também a tornar públicos os resultados da pesquisa, sejam quais forem e a cumprir os termos da resolução 196/96 sobre pesquisa em seres humanos.

Comprometo-me, em fornecer ao CEP da UFAM, toda e qualquer documentação complementar posterior a aprovação do mesmo.

O descumprimento deste documento redundará na interrupção automática do estudo e implicações éticas ao Pesquisador responsável.

Manaus, __ de _____ de 2008.

Pesquisadora Responsável

APÊNDICE B - Solicitação de dispensa do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido para base de dados SIA/SUS e SIAB/SUS.



SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Rosana Pimentel Correia, cirurgiã-dentista, mestranda em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia pela UFAM/FIOCRUZ/UFPA, responsável pelo Projeto de Pesquisa “Avaliação do grau de implantação das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Parintins - Amazonas”, solicita perante este Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da aplicação do **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE** para a realização deste projeto no período de dezembro de 1999 a outubro de 2008, tendo em vista que o mesmo utilizará dados secundários obtidos a partir da Base de Dados do Sistema de Informação Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde SIA/SUS e do Sistema de Informações da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde SIAB/SUS.

Em relação à entrevista dos profissionais e usuários da atenção básica será aplicado um TCLE conforme apêndice C.

Nestes termos, me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Resolução n°. 196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução n°. 251 de 5 de agosto de 1997 referentes as informações obtidas neste Projeto.

Manaus, ____ de _____ de 2008.

Pesquisador Responsável

APÊNDICE C - Termo de Consentimento livre e esclarecido para entrevista de campo.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O Sr.(a) esta sendo convidado a participar da pesquisa “ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PARINTINS DO ESTADO DO AMAZONAS”, cujo objetivo é avaliar as ações de saúde bucal e os serviços responsáveis por esta assistência no município de Parintins no período de 2007 a 2008. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário padronizado que tem como objetivo avaliar os serviços prestados em ações de saúde bucal no município de Parintins. Por se tratar de uma entrevista estruturada, não há risco diretos na sua participação e os benefícios que o Sr.(a) deverá esperar, mesmo que não individualmente ou diretamente são: a avaliação dos serviços prestados na atenção básica em saúde bucal e colaboração para melhoria dessas ações na busca pela saúde integral dos pacientes. As informações obtidas através desta pesquisa serão altamente confidenciais, pois os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, assegurando assim o sigilo sobre sua participação. Vale salientar que caso não aceite participar desta pesquisa, o Sr.(a) poderá a qualquer momento retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação ao seu tratamento e atendimento, muito menos na sua relação com os pesquisadores deste projeto. O Sr. (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o meu endereço, podendo a qualquer momento tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação.

 1ª via – participante da pesquisa

Local e Data

2ª via – pesquisador

 Endereço do Pesquisador

 Rosana Pimentel Correia

Pesquisador responsável

Fone/Celular: _____

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

 Sujeito da pesquisa

APÊNDICE D - Instrumento para medir o grau de implantação



Número do Questionário: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Entrevistado :

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)

1. Nome da Unidade: _____

2. Endereço da USF: _____

3. Território: _____

4. Data de implantação da USF ____/____/____

5. A equipe de saúde da família está completa? () sim () não

Considerar resposta positiva se tiver no mínimo 1 médico, 1 enfermeiro, 1 aux. de enfermagem, 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACSs)

6. A USF é assistida por equipe de saúde bucal (ESB)? () sim () não

Se a resposta for negativa responder sobre a adstrição da clientela e parar o questionário

7. Há quanto tempo a ESB está implantada?

1. um ano

2. dois anos

3. três anos

4. acima de três anos

8. Essa ESB está ligada a quantas Unidades de Saúde da Família?

1. uma
2. duas
3. três ou mais

9. Modalidade de Habilitação:

modalidade I (CD+ACD)

modalidade II (CD + ACD + THD)

Considerar resposta positiva se for habilitado em qualquer modalidade

10. O equipamento odontológico está localizado na USF? **sim** **não**

ADSCRIÇÃO DE CLIENTELA

11. N°. de famílias cadastradas pela USF

|_|_|_|_|

11a. População da área de abrangência

|_|_|_|_|

12. N°. de famílias cadastradas pela ESB? **(Perguntar apenas nas ESF que têm ESB)**

|_|_|_|_|

12a. População da área de abrangência da ESB

|_|_|_|_|

CAPACITAÇÃO GERAL

1. Sim

2.

Não

13. Curso de Especialização em Saúde da Família

Médico **sim** **não**

Enfermeiro **sim** **não**

cirurgião-dentista **sim** **não**

14. Treinamento Introdutório

Médico	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Enfermeiro	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
cirurgião-dentista (CD)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
auxiliar de enfermagem	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
técnico de higiene dental (THD)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
auxiliar de consultório dentário (ACD)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
agente comunitário de saúde (ACS)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

PREVENÇÃO DOS PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS, PRIORITARIAMENTE, NA POPULAÇÃO DE 0 A 14 ANOS E GESTANTES

1. A Unidade realiza os seguintes procedimentos coletivos (**todas as ESF**)

levantamento epidemiológico	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
escovação supervisionada	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
evidenciação de placa	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
fluorterapia intensiva	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

Considerar resposta positiva nas ESF com ESB quando realizar todos os procedimentos coletivos

Considerar resposta positiva nas ESF sem ESB quando realizar até dois dos procedimentos coletivos

2. Realiza atividades educativas em saúde bucal (**todas as ESF**) sim não

Considerar resposta positiva se utilizar no mínimo duas das estratégias mencionadas, pelo menos uma vez ao mês

abordagem individual (consulta odontológica)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
abordagem familiar (visita domiciliar)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
palestras (sala de espera, comunidade, escolas)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
meios de comunicação (rádio, vídeo)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Grupos	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
abordagem alternativa (teatro, dramatização)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

3. Existe material educativo (folder, álbum seriado, kits educativos, fitas de vídeo) para a saúde bucal? sim não

CADASTRAMENTO DE USUÁRIOS sim não

4. A ESB registra suas atividades em sistemas de informação, livro de registro, prontuário?

sim não

TRATAMENTO DOS PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS, PRIORITARIAMENTE, NA POPULAÇÃO DE 0 A 14 ANOS E GESTANTES

Marcar uma das três opções conforme. 1. Sim ; 2. Não; 3. Sem condições de uso

5. A ESB dispõe em sua Unidade dos seguintes materiais e equipamentos
- aparelho fotopolimerizador
 - amalgamador (obrigatório)
 - equipo odontológico completo (cadeira, compressor, unidade auxiliar, mocho,refletor)
 - caneta de alta rotação (obrigatório)
 - micro-motor (obrigatório)
 - autoclave/Estufa (obrigatório)

Considerar resposta positiva se tiver os seguintes materiais/equipamentos b, c, d, f,

Para as questões 6 e 7 marcar uma das três respostas: 1. Sim; 2. Não; 3. Insuficiente

6. A ESB dispõe dos seguintes materiais e insumos na USF:
- EPIs e material de Biosegurança
 - material odontológico de consumo
 - material educativo para a população
 - formulário e fichas de atendimento

Considerar resposta positiva se tiver todos os materiais/insumos

7. A ESB dispõe do seguinte instrumental para atendimento da população:
- instrumental para exame clínico
 - instrumental para dentística**
 - instrumental periodontal básico
 - instrumental cirurgico básico
 - instrumental para urgência (básica)

Considerar resposta positiva se tiver todos os instrumentais mencionados

8. Quais procedimentos odontológicos são realizados:
- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------|
| consulta odontológica | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| restauração de dentes decíduos ou permanentes | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| remoção de tártaro | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |

- exodontia (extração do elemento dental) e remoção de resto radicular sim não
 tratamento de alveolites, de hemorragias **sim** não

Considerar resposta positiva se realizar todos os procedimentos mencionados

9. Tratamentos especializados disponíveis para a população (REFERÊNCIAS):
- | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------|
| a) tratamento endodôntico (canal) | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| b) serviços de reabilitação (prótese) | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| c) serviços de periodontia (gengiva) | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| d) ortodontia preventiva (aparelhos) | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| e) serviços de urgência e emergência | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |

Considerar resposta positiva se referenciar os procedimentos a, c, e

ATENDIMENTO A URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

10. Realiza atendimentos de primeiros cuidados nas urgências odontológicas não agendadas?

sim não

QUESTÕES COMPLEMENTARES

11. Houve capacitação da equipe de saúde bucal (ESB) para a implantação da atividade?

sim não

Considerar resposta positiva quando a equipe de saúde bucal for capacitada

12. A Unidade dispõe de normas (protocolos, manuais, livros, cartazes explicativos, fluxogramas) do Ministério da Saúde padronizadas para saúde bucal?

sim não

13. Há envolvimento multiprofissional da ESB com os demais membros da ESF?

sim não

14. Há alguma ação referente à saúde bucal desenvolvida em parceria com outros setores / ONG?

sim não

APÊNDICE E - Instrumento para descrever a inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família



Data _____

Responsável _____

O questionário deve ser respondido da maneira mais precisa e objetiva possível. Para as questões objetivas podem ser marcadas mais de uma resposta, e qualquer comentário extra que julgar importante contribuirá para que se possa traçar o perfil exato da Odontologia dentro do Programa de Saúde da Família (PSF) em seu município. Agradecemos sua colaboração.

I – Aspectos administrativos – Coordenação das Ações de Saúde Bucal

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

antes de 2001

1^o semestre de 2001

2^o semestre de 2001

1^o semestre de 2002

2 - Quantas ESB estão em atividade em seu município?

1 2 3 mais de 3. Quantas? _____

3 - Em qual modalidade as ESB estão incluídas no PSF de seu município?

Modalidade I (CD+ACD)

Modalidade II (CD+ACD+THD)

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

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

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

6 - Qual foi a forma de contratação dos profissionais de ESB para o PSF?

- teste seletivo interno
- concurso externo
- credenciamento
- outra. Qual? _____

7 - Qual é a jornada de trabalho dos profissionais de saúde bucal dentro do PSF?

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

8 - Qual é a faixa salarial do dentista?

- abaixo de 1200 reais
- 1.201 a 1.800 reais
- 1.801 a 2.200 reais
- acima de 2.201 reais

9 - Qual é a faixa salarial do THD?

- abaixo de 300 reais
- 301 a 600 reais
- 6001 a 1000 reais
- acima de 1000 reais

10 – Qual é a faixa salarial do ACD?

- abaixo de 250 reais
- 251 a 400 reais
- 401 a 550 reais
- acima de 551 reais

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

- sim
- não

II – Aspectos operacionais – respondido pelo Dentista

1 - Qual é a clientela atendida pelas ESB?

- gestantes
- bebês (0 à 3 anos)
- pré-escolares (4 à 6 anos)
- escolares (7 à 12 anos)
- adolescentes (13 à 19 anos)
- adultos (20 à 59 anos)
- idosos (60 anos ou +)

2 - Como é feito o agendamento dos pacientes em relação ao tratamento odontológico?

- nas residências, pelo ACS
- nas USF, pelo ACD
- nas USF, pelo THD (em caso de Modalidade II)
- livre demanda como porta de entrada
- outra forma. Qual? _____

3 - Com que periodicidade o dentista do PSF visita os domicílios da comunidade que atende?

- nunca, pois não lhe sobra tempo
- semanalmente
- mensalmente

- () a cada 2 meses
- () sempre que necessário
- () outro _____

4 – Para onde são encaminhados os casos de maior complexidade?

- () Centro de referência (especialidades) no próprio município
- () Centro de referência (especialidades) em município maior e próximo
- () Não são encaminhados e são resolvidos na própria unidade de saúde
- () Não são encaminhados e não são resolvidos
- () outro _____

5 - Dentro do PSF, quais ações são desempenhadas pelo ACD e/ou THD (em caso de modalidade II)?

6 - Dentro do PSF, quais ações são desempenhadas pelo CD?

7 – Com que periodicidade acontecem reuniões entre os profissionais da estratégia de Saúde da Família (ESB e o resto da ESF)?

- () semanalmente

- () quinzenalmente
- () mensalmente
- () esporadicamente
- () nunca ocorrem

8 – Existe um envolvimento entre a ESB e a ESF no atendimento às famílias?

- () sim () não

9 – São utilizados prontuários únicos para a ESB e a ESF?

- () sim () não

10 – Existe um bom relacionamento entre a(s) ESB(s) e outros membros da equipe?

- () sim () não

Utilize este campo para relatar qualquer aspecto que porventura não tenha sido abordado no questionário e que possa contribuir com a pesquisa (experiências, inovações, dificuldades encontradas, mudanças já observadas,...).

APÊNDICE F - Instrumento de análise dos elementos do contexto organizacional



Roteiro de entrevista adaptado de Felisberto (2001)

1. Qual tipo de Gestão Municipal ?
2. Qual a formação acadêmica do Secretário Municipal de Saúde ?
3. Qual a formação acadêmica do Coordenador local do PSF ?
4. Há registro de discussão da estratégia em Atas do Conselho Municipal de Saúde ?
5. Foi desenvolvido Plano de Trabalho para a implantação/implementação das ações de Saúde Bucal ?
6. Quais os recursos financeiros municipais empregados para a implantação/ implementação da Saúde Bucal nas unidades avaliadas ?
7. Quais os recursos financeiros estaduais/federais empregados para a implantação/implementação das ações de saúde bucal nas unidades avaliadas ?
8. Há na secretaria Municipal de Saúde pelo menos dois relatórios de Supervisão abordando a estratégia no período estudado ?
9. A Coordenação da estratégia AIDPI é a mesma do PSF local ?
10. Houve mudanças do Secretário Municipal de Saúde no período estudado ?
11. Houve mudanças da Coordenação do PSF local no período estudado ?
12. Houve mudanças na Coordenação da Saúde Bucal no período estudado ?
13. Qual o percentual de profissionais substituídos nas equipes de Saúde Bucal no período estudado?

APÊNDICE H – Documento de Aprovação do Projeto pelo CEP-UFAM.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A.; ALVES, J.S.; DOS SANTOS, A. M. Políticas de Recursos humanos e a (Re) Significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS) apontamentos para o debate. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.32 Supl.1,p. 7-15. 2008.

BALDANI, M.H.; FADEL, C.B; POSSAMAI, T, QUEIROZ, M.G.A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil.**Cad. Saúde Pública**,v.21,p.1026-1035.2005

BARROS, A.J. D.; BERTOLDI,A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.7, p. 709-717.2002.

BARROS, S.G; CHAVES, C.L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais como instrumento de caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.12 p.41-51.2003.

BISPO JÚNIOR, J.P, SAMPAIO, J.J.C. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Revista Panamérica Salud Publica**. v.23.n.6, p.403–9.2008.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**.v.7.p.401-412.2002.

BODSTEIN, R.; ZANCAN, L.; RAMOS, C.L.; MARCONDES, W. B. Avaliação da implantação do programa de desenvolvimento integrado em Manguinhos: impasses na formulação de uma agenda local. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.9.p.593-604.2004

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável do Baixo Amazonas. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Amazonas, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS. 291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1).2007.

BRASIL. Portaria n. 1444. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília. 2000.28 de dezembro.

BRASIL.Portaria nº 673/GM/MS.Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Brasília. junho 2003.

BRASIL.Portaria nº 493/GM/MS.Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 2006.10 de março

CALADO, Gisele Silva. A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: Principais avanços e desafios. 2002.137f.Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

CAMARGO JR, K. R. *et al.* Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24 Suplemento 1, p.58-68,2008.

CANESQUI, A.M.; SPINELLI, M. A. S. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24,n.4, 862-870, abr, 2008.

CAVALCANTE, M.G.S,SAMICO,I.;FRIAS,P.G.; VIDAL,S.A.Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil. Recife, v.6, p. 437-445.2006

CAVALCANTI, M.L.V. C. O Boi-Bumbá de Parintins, Amazonas: breve história e etnografia da festa. História, Ciências, Saúde - Manguinhos.v.6.p.1019-1046. 2000

CHAVES, S.C.L; VIEIRA- DA –SILVA, L.M. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. Cadernos de Saúde Pública. v.23.n.5:1119-1131.2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. Relatório Final. 10 a 12 de outubro, 1986. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CONTANDRIOPOULOS, A. P., CHAMPAGNE, F.; DENIS,J.L.;PINEAULT, R .L”Évaluation dans le domaine de la santé-concepts et méthodes.Bulletin.v.33.p.12-17.1993

CONTANDRIOPOULOS, André Pierre *et al.* Análise de implantação. In: HARTZ,Zulmira Maria de Araújo, org. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 1997. p. 29-31.

COPQUE, H.L.F; TRAD,L.A.B; Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. Epidemiologia e Serviços de Saúde. v.14,n.4,p. 223 – 233.2005.

COSTA, J. F. R. *et al.*A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica.Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde,67f.(Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 11).2006.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F.. Análise de implantação. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, org. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 1997. p.49-88.

DOS REIS, E. J. F. B. *et al.* Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. Cadernos de saúde pública. v.6,p.50-61.1990.

EMMI, D.T.; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. Ciência & Saúde Coletiva.v.13,p.35-41.2008.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. Ciência& Saúde Coletiva. v.10 Suppl,p. 303-312.2005.

FACCHINI, L. A. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.11 n.3. p.669-681. 2006.

FELISBERTO, Eronildo. Avaliação do Processo de Implantação da Estratégia da Atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família no Estado de Pernambuco no Período de 1998 a 1999. 2001.92f.Dissertação(Mestrado em Saúde Pública).Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil Recife. v. 3,p. 317-321.2004.

FELICIANO, K. V *et al.* Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família. Revista Brasileira Saúde Materna Infantil. v. 8, p.45-53. 2008.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Saúde dentro de casa: Programa Saúde da Família. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1994.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal-Saúde Amazônia. Brasília. Fundação Nacional de Saúde. 2004

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios. 1998. Análise dos resultados. <http://www.ibge.gov.br>. (acessado em janeiro de 2008).

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. <http://www.ibge.gov.br>. (acessado em janeiro de 2008).

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1670-1681.2004.

HARTZ, Zulmira Maria Araújo. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

HARTZ, Zulmira Maria Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2005. 275p.

HENRIQUE, F; CALVO, M.C.M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*.v.24,p.809-819.2008.

HOUAISS, Antônio. *Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. São Paulo. Editora Objetiva. 2006.

MACHADO, L. Amazônia de mistérios e descobertas, Parintins a grande surpresa. *Imagens. História, Ciências, Saúde- Manguinhos*. Rio de Janeiro. v.6.Suplemento.p.1047-1060.2000.

MARQUES, R. M., MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suplemento)p.163-171, 2002.

MARTELLI, P.J.L *et al.* Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.13,n.5,p.1669-1674.2008.

MARTINS, A. M. E. B. L. *et al.* Levantamentos epidemiológicos brasileiros das condições de saúde bucal. *UNIMONTES Científica*, v.7, n.1. 2005.

MEDEIROS, C.L.A, *et al.* Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no programa saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*; v.9, n.2.p. 379-388.2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). *Avaliação por Triangulação de métodos: abordagem de Programas sociais*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 2005.244p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília:Ministério da Saúde; 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Informe da Atenção Básica. Número 07*. Ministério da Saúde. Março de 2001

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Saúde indígena. Etnodesenvolvimento das sociedades indígenas*. Ministério da Saúde. Brasília. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Ministério da Saúde. Brasília. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos da Atenção Básica - nº. 17. Saúde Bucal*. Ministério da saúde. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sistema de Informações da atenção básica*. <http://www.datasus.gov.br>. (acessado em janeiro de 2008, para informações de 2003 a 2008)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. <http://www.cnes.datasus.gov.br>(acessado em janeiro de 2008, para informações do município de Parintins)

MOIMAZ, S.A. S *et al.* Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. *Revista de Administração Pública*. v.42.n.6.p.1121-1135. 2008

MOREIRA, M. R. *et al.* ‘Participação’ nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 48-61. 2008.

MOTT, M. L.*et al.* ‘Moças e senhoras dentistas’: formação, titulação e mercado de trabalho nas primeiras décadas da República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, Suplemento. p.97-116, 2008.

MOYSÉS, S.J.Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Revista ABENO*, v.4,n.1.p.30-37,2004.

MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER,Léo; MOYSÉS,Samuel Jorge .org.Saúde Bucal das Famílias. *Trabalhando com evidências*. São Paulo. Editora Artes Médicas. 2008.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista de Saúde Pública*. v.40.p.141-147.2006.

NORO, L.R.A. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, CE. MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER,Léo; MOYSÉS,Samuel Jorge .org.Saúde Bucal das Famílias. *Trabalhando com evidências*. São Paulo. Editora Artes Médicas. 2008.pg.142-153.

OLIVEIRA, A. G. R. C. *et al.* Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. *Revista Brasileira Epidemiologia*. v. 1, n 2, p.178-189.1998.

OLIVEIRA, J.A. A cultura, as cidades e os rios na Amazônia. *Ciência e Cultura*. v.58.p. 27-29. 2006.

OLIVEIRA, J.A.Tempo e espaço urbano na Amazônia no período da borracha.*Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*.v.218.n.35.2006. <http://www.ub.es/> (Acessado em 23 de novembro de 2008)

OPAS (Organização Panamericana de Saúde)/OMS (Organização Mundial da Saúde).A Saúde no Brasil. Brasília: OPAS/OMS – Escritório de Representação no Brasil.1998

PALÚ, Adriana Prestes do Nascimento. A inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná. 2004.103f.Dissertação(Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina..

PEREIRA, A.C. Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. *Operatória Dentária*. Cap.14.173-180.

PEREIRA, D.Q.; PEREIRA, J.C. M, ASSIS, M. M. A. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. *Ciência & Saúde coletiva*, v.8.p.599-609. 2003.

ROJAS Luisa Basilia. Iniguez; TOLEDO, Luciano Medeiros. (Org.). *Espaço & Doença: um olhar sobre o Amazonas*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 1998.175p.

RONZANI, T.M; SILVA, C.M.O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13.n.1.p.23-34.2008.

SAMICO, I *et al.* Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*.v.5.p.229-240.2005.

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

SECCO, L. G. PEREIRA, M. L. T. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9.n.1.p.113-120 2004.

SENNA, M.C.M; COHEN,M.M. Modelo assistencial e Estratégia Saúde da Família no nível local:análise de uma experiência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7.n.1.p.523-535. 2002.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS. Plano de Regionalização do Estado do Amazonas. Manaus. SUSAM. Outubro de 2003

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS. Plano Estadual de Saúde 2006 – 2007. Manaus. SUSAM. Novembro de 2006.

SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO E ECONÔMICO (SEPLAN). Cidade de Parintins. [http:// www.seplan.am.gov](http://www.seplan.am.gov)(acessado em janeiro de 2008)

SILVA, L.M.; FORMIGLI, V.L. A. Avaliação dos Serviços de Saúde, avaliar o quê? *Caderno de Saúde Pública*. v.10.p.80-91. 1994.

Sobre o Núcleo de Telessaúde do Amazonas. Endereço da BVS: <http://www.telessaudebrasil.org.br>. Acesso 23 de janeiro de 2008.

SOUZA, L.V. Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Curitiba, PR. MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER,Léo; MOYSÉS,Samuel Jorge .org.Saúde Bucal das Famílias. *Trabalhando com evidências*. São Paulo. Editora Artes Médicas. 2008 pg.136-141.

SOUZA, Tatyana Maria Silva. A incorporação da saúde bucal no Programa Saúde da Família do Rio Grande do Norte: investigando a possibilidade de mudança do modelo assistencial. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. 2005.

SOUZA, T. M.S; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad. Saúde Pública. v.23.p.2727-2739. 2007.

STEPANOU, M.C. Análise comparativa das metodologias de avaliação das agências de fomento internacionais BID e BIRD em financiamentos de projetos sociais no Brasil Civitas.v.5.p.127-160.2005

TANAKA, OswaldoYoshimi. Avaliação de programas de saúde do adolescente: Um Modo de Fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 2004.83p.

TAVARES, A.S. A cidade de Parintins sob o olhar da geografia cultural. Enciclopédia biosfera. p.1-18. 2005.

TEIXEIRA, C.C. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. Ciência & Saúde Coletiva. v.13.n.3.p 965-974.2008.

TEIXEIRA, P. Estudo demográfico da população Sateré -Mawé residente em terras indígenas e em áreas urbanas. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP; Caxambú- Minas Gerais. p. 20-24.2004.

Territórios da Cidadania permitem voz e vez aos que mais precisam de oportunidades. Revista Brasileira Saúde da Família. v.18.p. 14-25.2008.

Territórios da Cidadania levam desenvolvimento aos povos ribeirinhos do Baixo Amazonas. Revista Brasileira Saúde da Família. v.18, p.26:27.2008.

VAN STRALEN, C. J. *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24(Suplemento),p.148-158, 2008.

Viana, A.L.D.; Dal Poz,M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 2005. 5 Supl: 225- 264.

XXIV Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde discute integralidade, equidade e financiamento do SUS. Revista RET-SUS. p.10-13.2008.