JORGE LUIS MARQUES FERNANDES

**ANÁLISE DO PERFIL DO CIRURGIÃO DENTISTA INSERIDO NAS
ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DAS CIDADES
PERTENCENTES À DRS VII – CAMPINAS – SÃO PAULO**

São Paulo
2008

Jorge Luis Marques Fernandes

**Análise do perfil do cirurgião dentista inserido nas Estratégias de Saúde da
Família das cidades pertencentes à DRS VII – Campinas – São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ercilia de Araújo

São Paulo

2008

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fernandes JLM. Análise do perfil do cirurgião dentista inserido nas Estratégias de Saúde da Família das cidades pertencentes à DRS VII – Campinas – São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2008.

São Paulo, ____/____/____

Banca Examinadora

1) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À Sônia, minha esposa, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

Aos meus filhos Gabriel e Isadora,
motivos de orgulho e alegria.

A meus pais Jorge e Geni, meus irmãos
e toda minha família pelo incentivo, paciência
e por minha formação enquanto pessoa.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Professora Maria Ercilia pela confiança, oportunidade, disponibilidade, amizade e sabedoria.

Aos Professores da Disciplina de Saúde Coletiva e do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pela amizade e convivência científica compartilhada.

Aos colegas do Curso de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, pela amizade e companheirismo.

A Julie Silvia Martins pela imensa colaboração no processamento e análises dos dados.

A Gabriela Biazevic pela revisão do resumo em língua inglesa.

Ao Dr Issamu Murakami, Dra Nádia M M Abdalla, a todos os coordenadores de saúde bucal das cidades da DRS VII, aos meus companheiros do Distrito de Saúde Sul de Campinas e Apoiadores Técnicos de Saúde Bucal dos Distritos de Saúde de Campinas pela valiosa colaboração.

A todos os trabalhadores do Centro de Saúde Parque da Figueira em Campinas pela paciência e compreensão durante este período.

Aos cirurgiões dentistas que aceitaram participar deste estudo.

Fernandes JLM. Análise do perfil do cirurgião dentista inserido nas Estratégias de Saúde da Família das cidades pertencentes à DRS VII – Campinas – São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2008.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar o trabalho dos cirurgiões dentistas que atuam nas cidades do Departamento Regional de Saúde VII (DRS VII) – Campinas, São Paulo e que utilizam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) enquanto estruturante do modelo de atenção à saúde. A partir das análises desenvolvidas traçou-se o perfil dos profissionais envolvidos, bem como, a incorporação das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde para o trabalho com equipes de saúde da família. A ESF é um potente instrumento capaz de reorganizar o processo de trabalho das unidades de saúde, invertendo o modelo assistencial anteriormente centrado no profissional, direcionando o foco para os usuários do sistema. Para atuação plena em saúde da família são requeridos habilidades e conhecimentos específicos dos profissionais. Saber se os profissionais estudados possuem tais exigências, constituem num dos objetivos deste estudo. Muitos avanços foram observados a partir da implantação da ESF, como trabalho multiprofissional, incorporação dos agentes comunitários de saúde, reuniões sistemáticas das equipes, dentre outros. Porém, pudemos constatar que muitos problemas e desafios ainda precisam ser superados, dentre eles: o acesso reduzido; falta de recursos humanos; demanda excessiva; poucas ações no território; controle social pouco efetivo; carência de capacitações continuadas e condições de trabalho inadequadas.

Palavras-Chave: Estratégia de Saúde da Família, Perfil, Saúde Bucal, SUS

Fernandes JLM. Dentists profile analysis in the Family Health Strategies in the cities belonging to the DRS VII – Campinas – São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2008.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the work of the dental surgeons working in the cities of the Health Regional Department VII (DRS VII) – Campinas, São Paulo, and that use the Family Health Strategy (ESF) as basis of the health care model. We verified the professionals profile and the lines of direction of implementation as per praised by the Health Ministry. The ESF is a powerful instrument capable of organizing the work process in the healthcare settings, changing the previously healthcare model that was centered in the professional, and with focus in the system's users. To achieve the full performance in the health family, abilities and specific knowledge are required. One of the objectives of this study is to know if the studied professionals achieve this profile. Many advances were observed, as multiprofessional work, community health agents incorporation, systematic meeting of the team, among others. However, we found that many problems and challenges must still be surpassed, as per: reduced access; lack of human resources; excess of demand; few actions in the territory; lack of effectiveness of the social control; lack of continuing team training and inadequate work conditions.

Keywords: Health family strategy; Profile; Oral health; Unique Health System

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 3.1 - Evolução da Implantação das Equipes de Saúde da Família – Brasil – 1998 – Março/2008.....	28
Figura 3.2 - Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas. Brasil – 1994- Março/2008	29
Figura 3.3 - Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas – Brasil – 1994 – março/2008	29
Figura 3.4 - Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas – Brasil – 1994 - Março/2008	30
Figura 3.5 - Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde Bucal Implantadas – Brasil - 2001 – Março/2008	30
Figura 3.6 - Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde Bucal Implantadas – Brasil – 2001 – Março/2008	31
Figura 3.7 - Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde Bucal Implantadas – Brasil – 2001 – Março/2008	31
Figura 3.8 - Evolução da Cobertura Populacional (%) de ACS, PSF, ESB – Brasil – 2001 – Março/2008.....	32
Figura 3.9 - Região Metropolitana de Campinas.....	37
Figura 3.10 - Divisão do Estado de São Paulo em Departamentos Regionais de Saúde	39
Figura 5.1 - Distribuição dos questionários da pesquisa enviados, devolvidos e que não retornaram.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 -	Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo o gênero.....	54
Tabela 5.2 –	Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo o estado civil.....	55
Tabela 5.3 –	Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo o tipo de faculdade em que se formaram.....	55
Tabela 5.4 –	Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo a instituição formadora.....	56
Tabela 5.5 –	Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo o tempo de atuação em ESF.....	56
Tabela 5.6 –	Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo a forma de ingresso na instituição empregadora.....	57
Tabela 5.7 –	Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo o tipo de vínculo com a instituição de trabalho.....	57
Tabela 5.8 –	Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo a remuneração média mensal.....	58
Tabela 5.9 –	Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo a modalidade de ESF.....	58
Tabela 5.10 –	Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo a satisfação no trabalho.....	58
Tabela 5.11 –	Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo o motivo de trabalhar em ESF.....	59

Tabela 5.12 –	Percepções relativas ao trabalho, após a implantação da ESF, segundo os CDs que atuam nas cidades da DRS VII.....	60
Tabela 5.13 -	Frequência e porcentagem de atividades desenvolvidas pelos CDs inseridos na ESF das cidades pertencentes à DRS VII.....	61
Tabela 5.14 -	Distribuição dos CDs que atuam nas cidades pertencentes à DRS VII que possuem cursos de pós-graduação.....	61
Tabela 5.15 -	Distribuição dos CDs inseridos na ESF das cidades pertencentes à DRS VII, segundo a especialidade.....	62
Tabela 6.1 -	Cobertura de primeira consulta odontológica entre as cidades pertencentes à DRS VII no ano de 2006.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CD	Cirurgião Dentista
CLS	Conselho Local de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
DAB	Departamento de Atenção Básica
DRS	Departamento Regional de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico de Higiene Dental
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 Objetivo Geral.....	21
2.1 Objetivos Específicos.....	21
3 REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1 A Estratégia de Saúde da Família	24
3.2 O Programa Paidéia de Saúde da Família.....	32
3.3 A Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família	34
3.4 A Saúde Bucal em Campinas.....	35
3.5 A Região Metropolitana de Campinas	36
3.6 Departamento Regional de Saúde VII (DRS VII)	38
3.6.1 A cidade de Campinas	39
3.6.2 Amparo	43
3.6.3 Artur Nogueira.....	43
3.6.4 Atibaia	44
3.6.5 Bragança Paulista	44
3.6.6 Holambra	44
3.6.7 Hortolândia	45
3.6.8 Indaiatuba	46
3.6.9 Itatiba	47
3.6.10 Jundiaí.....	47
3.6.11 Lindóia.....	48
3.6.12 Pedreira.....	48
3.6.13 Santo Antonio de Posse	48
3.6.14 Serra Negra.....	49
3.6.15 Sumaré	49
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	50

1 INTRODUÇÃO

Nunca deixo de pensar naqueles que sofrem, e junto com eles caminho solidário” (Oscar Neimayer).

A Estratégia de Saúde da Família, segundo o Ministério da Saúde, é entendida como um recurso para reorientação do modelo vigente de atenção à saúde. Caracteriza-se pelo trabalho em equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, pelo trabalho interdisciplinar, intersetorialidade, dentre outras características. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada (população adscrita). As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade. A Estratégia de Saúde da Família tem como meta o estabelecimento de um vínculo sólido entre a comunidade e a equipe de trabalho, visando produzir saúde, promover o auto-cuidado e estimular a cidadania de todos os atores envolvidos neste processo. As equipes de saúde são compostas por um médico generalista, um enfermeiro e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais de saúde podem fazer parte desta equipe, como pediatras, ginecologistas e cirurgiões dentistas. Ao incorporarem os cirurgiões dentistas nas equipes de saúde da família, os municípios recebem um incentivo financeiro do Ministério da Saúde para a implantação e manutenção das equipes de saúde bucal e compra dos equipamentos e instrumentais necessários ao trabalho.

Apesar do processo em curso de mudança no modelo de atenção à saúde, estimulado pelo Ministério da Saúde estar sendo amplamente incorporado pelas cidades brasileiras, temos muitos obstáculos a serem ultrapassados. Ainda não formamos recursos humanos suficientes e com o perfil adequado para este trabalho. Parte deste problema deve-se a formação inadequada dos cirurgiões dentistas pelas universidades brasileiras, que tem sido pautada pelo

paradigma mercantilista da profissão, pela concepção mecanicista, pelo individualismo, pela abordagem puramente biológica e com ênfase no processo curativo reparador, o que gerou uma prática de alto custo, baixa cobertura e com pouco impacto epidemiológico. Este modelo excludente e inadequado para garantir a devida assistência à população foi caracterizado durante a 7ª Conferência Nacional de Saúde, no subtema sobre a Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980), trazendo as seguintes características:

- Ineficaz
- Ineficiente
- Descoordenado
- Má distribuição dos serviços
- Baixa Cobertura
- Alta Complexidade
- Enfoque curativo
- Caráter Mercantilista
- Inadequação no preparo dos Recursos Humanos
- Dependência de tecnologias externas

No relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Bucal (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1993), os conferencistas ratificam o modelo de saúde bucal caracterizado durante a 7ª Conferência Nacional de Saúde

O modelo de saúde bucal vigente no Brasil, caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira, Ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país é elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação.

Além disso, as políticas públicas de saúde bucal simplesmente reproduziram este modelo voltado para o mercado privado, limitando-se assim, o acesso da população aos

serviços de saúde. Diante deste quadro, é de fundamental importância que se forme profissionais de saúde, inclusive os cirurgiões dentistas, voltados para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), com perfil para atuar coletivamente, aptos para o trabalho em equipes multiprofissionais e a participar de ações intersetoriais, capazes de atuar na prevenção das doenças e na promoção da saúde.

Esta pesquisa se desenvolveu junto às cidades pertencentes ao Departamento Regional de Saúde VII (DRS VII) que é uma divisão técnico-administrativa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e envolve 42 municípios, abrangendo uma população de mais de três milhões e oitocentas mil pessoas e tendo como sede a cidade de Campinas. Dentre o total de cidades pertencentes à DRS VII, 24 delas utilizam a Estratégia de Saúde da Família como modelo de reorientação da atenção a saúde ou estão em processo de implantação das equipes de saúde, sendo que destas cidades, 14 possuem equipes de saúde bucal implantadas ou qualificadas para o atendimento à população. Compõe as equipes de saúde bucal, um total de 108 cirurgiões dentistas, divididos entre as modalidades I (CD + ACD) e II (CD + ACD + THD), implantadas até fevereiro de 2006, segundo fontes do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB). O quadro I mostra a relação das cidades pertencentes à DRS VII e a estimativa populacional para o ano de 2006.

O quadro II mostra a relação das cidades com equipes de saúde bucal (ESB) pertencentes à DRS VII - Campinas.

Segundo Baldani et al. (2005) um dos grandes desafios da saúde pública atual consiste em propor programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados à realidade das populações, sendo imprescindível formar profissionais, tanto nas universidades, quanto nos serviços de saúde que nos permitam trabalhar neste contexto. Porém, de acordo com Vasconcelos (1999), a Estratégia de Saúde da Família implantada em alguns municípios não foi capaz de modificar profundamente as relações entre profissionais e a comunidade, sendo

apenas uma modificação institucional, com deslocamento do local de atuação e algum acréscimo na remuneração dos trabalhadores. Corroboram com esta idéia, a pesquisa feita por Pedrosa e Teles (2001) no estado do Piauí, com médicos e enfermeiros do PSF, foi constatado, na opinião destes profissionais, que a implantação do PSF foi incapaz de produzir mudanças significativas no modelo assistencial de saúde, dos padrões de cuidado e das relações de trabalho entre os profissionais das equipes.

(continua)

Cidade	População
Regional de Campinas	3.885.609
Águas de Lindóia	19.240
Americana	203.845
Amparo	67.505
Artur Nogueira	43.344
Atibaia	129.751
Bom Jesus dos Perdões	15.870
Bragança Paulista	143.621
Cabreúva	43.659
Campinas	1.059.420
Campo Limpo Paulista	77.277
Cosmópolis	50.525
Holambra	8.532
Hortolândia	201.795
Indaiatuba	181.124
Itatiba	95.648
Itupeva	32.097
Jaguariúna	34.779
Jarinu	21.596
Joanópolis	12.052
Jundiaí	348.621
Lindóia	6.300
Louveira	29.553
Monte Alegre do Sul	6.973
Monte Mor	46.047
Morungaba	11.168
Nazaré Paulista	16.434
Nova Odessa	47.990
Paulínia	62.132
Pedra Bela	5.954
Pedreira	40.575
Pinhalzinho	12.873
Piracaia	26.561
Santa Bárbara d'Oeste	188.417
Santo Antonio de Posse	20.989

(Conclusão)

Cidade	População
Serra Negra	25.438
Socorro	34.139
Sumaré	237.900
Valinhos	94.124
Vargem	8.430
Várzea Paulista	110.449
Vinhedo	57.269

Quadro 1.1 – Cidades pertencentes à DRS VII e suas respectivas populações

Outro ponto de fundamental importância e que vem se constituindo num grande dificultador para efetiva implantação nas mudanças nos processos de trabalho, são referentes à forma de contratação e inserção destes profissionais nas equipes de saúde. Estudos anteriores revelaram que a grande maioria dos profissionais não tem vínculo empregatício com as prefeituras, sendo contratados através de cooperativas, como prestadores de serviços e através de contratos informais, segundo Facó et al. (2005), Ferrari, Thomson e Melchior (2005) e Pedrosa e Teles (2001), sendo responsáveis por grande parte das insatisfações dos trabalhadores.

Cidade	Modalidade	
	I	II
Amparo	14	
Artur Nogueira	3	
Atibaia	2	1
Bragança Paulista	4	
Campinas	43	13
Holambra	3	
Hortolândia	1	
Indaiatuba	2	
Itatiba	6	1
Jundiaí	6	
Lindóia	1	
Pedreira	2	
Santo Antonio de Posse	1	
Serra Negra	2	
Sumaré	3	
Total	93	15

Quadro 1.2 – Cidades pertencentes à DRSVII com equipes de saúde bucal nas modalidades I e II até janeiro de 2006

A saúde bucal vem experimentando diversos modelos de assistência ao longo dos anos. Apesar dos esforços de muitos profissionais, pesquisadores, professores e alguns políticos que defendem uma saúde pública de qualidade para todos, estes modelos não foram capazes de modificar os perfis epidemiológicos de saúde bucal. Várias razões são apontadas para o insucesso destes modelos, como a formação inadequada dos nossos profissionais, mercantilismo da profissão, modelo tecnicista pautado na clínica individual, controle social precário, na centralização do saber nas mãos dos profissionais de nível superior e falta de profissionais com perfil adequado para o trabalho com o coletivo (LOURENÇO, 2005). Visando superar o modelo assistencial até então praticado no país e reorientar as ações de saúde, o Ministério da Saúde cria em 1994 a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o nome de Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2004a).

Em 1998, um suplemento especial sobre acesso aos serviços de saúde encomendado pelo Ministério da Saúde e que fazia parte da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), organizado pelo IBGE, resultou na exposição de alguns dados alarmantes sobre o tema, sendo amplamente divulgados pelos meios de comunicação, repercutindo negativamente na esfera maior do governo federal (RONCALLI, 2000). Moreira (2005), analisando a saúde bucal do idoso brasileiro, ratifica em seu estudo a importância da pesquisa da PNAD para a compreensão do quadro de saúde

Os dados obtidos na PNAD constituem importante referencial para uma leitura do quadro sócio-demográfico da população brasileira, oferecendo subsídios valiosos enquanto instrumento de vigilância em saúde, o que traz ganhos para a compreensão do quadro de saúde (bucal) [...]

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios teve início no segundo trimestre de 1967, sendo os seus resultados apresentados com periodicidade trimestral, até o primeiro trimestre de 1970. A partir de 1971, os levantamentos passaram a ser anuais com realização no último trimestre. A pesquisa foi interrompida para a realização dos Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991 e 2000. Através de pesquisas suplementares a saúde foi avaliada em

1981, 1998 e 2003; fecundidade feminina em 1984; anticoncepção, acesso aos serviços de saúde, suplementação alimentar e associativismo, em 1986; migração, fecundidade e nupcialidade em 1992, 1993 e 1995, segundo a pesquisa do PNAD/2003 (IBGE, 2005). A abrangência geográfica da pesquisa foi se ampliando gradativamente. Iniciada no estado da Guanabara (Rio de Janeiro) foi se expandindo para todo o país a partir da década de 90, com exceção as áreas rurais dos estados Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Através da PNAD/1998 revelou-se que: 29,6 milhões de pessoas (18,7%) nunca foram ao dentista; cerca de um quinto da população brasileira nunca foi a um consultório odontológico. Entre os residentes de área rural 32% nunca consultaram um dentista; o acesso a consultas médicas e odontológicas aumenta expressivamente com a renda e é maior nas áreas urbanas; apenas 22,8% dos idosos relataram que sua saúde eram boa ou muito boa (TEIXEIRA, 2004); 77% das crianças de 0 a 6 anos de idade e 4% dos adultos de 20 a 49 anos, nunca haviam consultado um dentista e a condição econômica tem forte influência no acesso aos serviços, tanto públicos, quanto privados (BARROS; BERTOLDI, 2002).

A exposição negativa dos dados da PNAD/1998, aliado ao contexto político da época de fortalecimento da imagem do Ministro da Saúde, fez com que Governo Federal estabelecesse incentivos financeiros para a inserção das equipes de saúde bucal na ESF. Foi instituída a Portaria nº1444, de 28 de dezembro de 2000 do Ministério da Saúde que definiam os recursos destinados a implantação das Equipes de Saúde Bucal, visando modificar o quadro de saúde estampado pela pesquisa da PNAD (NASCIMENTO, 2007; TEIXEIRA, 2004).

A pesquisa da PNAD do ano de 2003 teve como objetivos a obtenção de informações sobre a morbidade percebida, o acesso a serviço de saúde, a cobertura por plano de saúde e a utilização dos serviços de saúde. Investigou ainda, o acesso aos serviços preventivos de saúde feminina, para mulheres acima de 25 anos de idade. A população brasileira residente, em 2003, foi estimada em 176 milhões de habitantes. Destes, 78,6% dos indivíduos entrevistados

auto-avaliaram o seu estado de saúde como sendo “muito bom e bom” e 3,4% como “ruim ou muito ruim”. Aproximadamente, 29,9% da população brasileira declararam serem portadores de pelo menos uma doença crônica. A PNAD/2003 estimou em 43,2 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que correspondia a 24,6% da população do País, sendo que nas famílias com renda salarial menor que um salário mínimo, a cobertura atingia apenas 2,8%, enquanto que nas famílias com renda superior a 20 salários, a cobertura dos planos de saúde atingia 83,8%, demonstrando a desigualdade social no acesso da população à Saúde Suplementar (IBGE, 2005).

Quanto ao acesso e utilização dos serviços de saúde, segundo a PNAD/2003, os postos ou centros de saúde foram os serviços majoritariamente referidos pela população como serviços de uso regular (52,4%), seguidos, em ordem de importância, pelos consultórios particulares (18%), ambulatórios de hospitais (16,9%), pronto socorro ou emergência (5,8%), ambulatório ou consultório de clínicas (4,4%) e farmácia (1,4%), dados retirados da PNAD/2003. Sendo que as mulheres têm maior frequência em centros de saúde, enquanto que os homens frequentam os ambulatórios de hospitais, consultórios particulares e prontos socorros ou emergência.

Uma grande parcela da população (27,9 milhões de pessoas ou 15,9%) declarou nunca ter ido ao dentista e entre as pessoas com mais de 64 anos, 6,3% nunca consultou um dentista. Verificou-se, também, diferença entre os sexos, sendo que 17,5% dos homens e 14,3% das mulheres nunca consultou um dentista. Na população urbana 13,6% das pessoas nunca consultou um dentista e na população rural, 28,0% das pessoas não puderam consultar este profissional. Enquanto 31% da população com rendimento mensal familiar até um salário mínimo declarou nunca ter feito uma consulta odontológica, essa proporção caiu para 3% entre os que tinham rendimento mensal familiar superior a 20 salários mínimos. Pessoas

residentes em áreas rurais, homens com renda familiar mensal mais baixa e pessoas em idades mais avançadas, não freqüentaram o dentista há mais de três anos.

Com a eleição do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a saúde bucal passa a ser uma das prioridades do Governo. Neste sentido, o Ministério da Saúde passa a incentivar a incorporação das equipes de saúde bucal (ESB), destinando mais recursos financeiros a saúde bucal, integrando às equipes multiprofissionais de Saúde da Família e instituindo em março de 2004 o Programa Brasil Sorridente. Segundo o portal da saúde do governo federal, este programa propõe dentre outras ações “garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população¹”.

O Programa Brasil Sorridente compreende diversas ações de governo, que consiste nas ampliações das equipes de saúde bucal (ESB), ampliando a oferta de atenção básica e o acesso a todas as faixas etárias aos serviços de saúde; fluoretação das águas de abastecimento públicas; implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias; aumento dos incentivos financeiros à saúde bucal; e incentivo a pesquisas. Dados do Ministério da Saúde revelam que os recursos federais do SUS para a saúde bucal, saltaram de 56,5 milhões de Reais em 2002 para 545 milhões de reais em 2006, demonstrando concretamente o interesse do Governo sobre este tema.

As incorporações das ESB ocorreram das mais variadas formas, diferindo na forma de contratação, no perfil dos profissionais, no tamanho e estrutura das cidades, no entendimento do processo saúde-doença e na forma de atuação da equipes, segundo os trabalhos de Baldani et al. (2005), Medina e Aquino (2002), Narvai (2001), Silveira Filho (2002) e Souza (2002).

O presente trabalho tem o objetivo de analisar os cirurgiões-dentistas, inseridos no contexto da Estratégia de Saúde da Família, das cidades pertencentes ao Departamento

¹ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21125&janela=1

Regional de Saúde VII (DRS VII - Campinas), da Secretaria de Estado da Saúde, do Estado de São Paulo.

2 OBJETIVOS

“Curar às vezes, aliviar freqüentemente, confortar sempre”
(anônimo do século XV)

2.1 Objetivo Geral

Traçar um panorama do trabalho dos cirurgiões dentistas inseridos nas Equipes de Saúde da Família, nos municípios pertencentes à DRS VII – Campinas e analisar a adequação destes profissionais às diretrizes preconizadas para a Estratégia Saúde da Família.

2.2 Objetivos Específicos

Verificar ou analisar:

- o nível de satisfação dos trabalhadores com o serviço
- o nível de satisfação dos usuários com os serviços prestados
- a adequação dos dentistas ao trabalho com equipes multiprofissionais
- o aumento da resolutividade dos problemas de saúde bucal da população
- as formas de contratação dos dentistas pelos serviços
- os fatores dificultadores à inserção dos profissionais ao modelo de saúde da Família
- Analisar as capacitações realizadas intra e extra-serviço

3 REVISÃO DA LITERATURA

O modelo atual de Atenção Primária da Saúde ganhou força na década de 70, onde um novo paradigma de saúde pública foi estabelecido, em oposição ao modelo mercantilista e segmentado, capitaneado pelos Estados Unidos, pelo Banco Mundial e o FMI (D'AGUIAR, 2001).

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária teve forte influência no Movimento Popular de Saúde, em algumas lideranças populares e acadêmicas e tiveram como pressupostos a construção de um modelo de saúde que atendesse as reais necessidades de saúde da população. A sociedade organizada passou a exigir mudanças, tanto políticas, quanto sociais. Apesar da derrota da emenda constitucional Dante de Oliveira em 1984, em que se vislumbrava a possibilidade de eleger o presidente da república pelo voto direto, as transformações vindouras eram inevitáveis e irreversíveis, diante da pressão popular.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986), transformou-se numa referência histórica das conquistas do setor, resultando no arcabouço do futuro sistema de saúde, a ser implantado com a Constituição de 1988. Com a implantação do Sistema Único de Saúde, SUS, a saúde passou a ser obrigação do Estado e o acesso aos serviços, universal e gratuito a todos os cidadãos. Com o SUS a gestão da saúde pública passou a ser descentralizada para os estados e municípios, com isso, os modelos de saúde passaram a respeitar as características locais.

Segundo Davi Capistrano Filho, “não é por falta de Lei, que a saúde dos brasileiros, anda tão mal das pernas” (CAPISTRANO FILHO, 1999). Quase vinte anos após a constituição de 1988 e sua regulamentação em 1990, os princípios e diretrizes que caracterizam o SUS continuam sendo de vanguarda em todo mundo, numa política altamente

includente e transformadora da realidade local. Apesar dos notáveis avanços, setores da sociedade e parte da mídia brasileira defendem outro modelo de saúde, com menos participação do Estado, voltados para os interesses do capital privado e a pouca participação do Estado na execução deste modelo. Em seu artigo a cerca do PSF em São Paulo, Capistrano afirma que a *“falta de recursos financeiros, dos baixos salários, da deterioração dos equipamentos e dos serviços como um todo” [...] como os dizeres de uma ladainha que se repete cotidianamente nos cânticos dos devotos [...]*. Apesar da força contrária exercida por estes setores, diferentes experiências na reorganização da atenção à saúde foram surgindo durante estes anos. Dentre estas novas propostas, destaca-se o Programa de Saúde da Família.

3.1 A Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Os programas e instituições de saúde no Brasil sempre foram voltados, em sua maioria, para o atendimento individualizado, desconsiderando o universo familiar e a comunidade. Porém, o universo familiar tem encontrado muitas resistências para ser aceito enquanto núcleo de abordagem dentro das políticas sociais, sofrendo ataques, tanto dos segmentos mais intelectualizados da sociedade, devido aos aspectos repressivos da estrutura familiar e à manipulação por parte de setores conservadores contra algumas lutas históricas pelas Reformas de Base da população brasileira. O controle da natalidade foi implantado com um viés distorcido, a partir de uma preocupação de prevenção do risco de agitação social em regiões pobres, aumentando a resistência de alguns intelectuais ao tema da família. Muitos estudos tendem a valorizar a família apenas na ótica capitalista, enquanto força de trabalho para as empresas. Os programas de ajustes da economia, calcados na lógica neoliberal, tem

funcionado como fator desagregador das famílias e a condição social e a distribuição da renda do país está diretamente associada à vulnerabilidade das famílias (VASCONCELOS, 1999). No Brasil, as igrejas estruturaram as primeiras intervenções junto às famílias como as Sociedades Vicentinas, os cursos de noivos, o Movimento Familiar Cristão, Encontro de Casais, e as Pastorais. As iniciativas ligadas ao Estado se resumiram às Associações de Pais e Mestres e aos centros sociais urbanos, com os cursos de gestantes e clube de mães. Mais tarde, com a constituição de 1988 ficou assegurado o direito das crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária. O Estatuto da Criança e do Adolescente e conseqüentemente a criação dos Conselhos Tutelares vieram fortalecer a abordagem familiar de forma mais ampla e contínua (VASCONCELOS, 1999; RIBEIRO, 2002). A consolidação do modelo de saúde em Cuba, baseado no médico de família contribuiu para diminuir as resistências dos intelectuais de esquerda, facilitando a implementação de mudanças na abordagem à população.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é um modelo proposto pelo Ministério da Saúde em 1994, como forma de reorganização da atenção à saúde da população e reflete a tendência da época de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras (VASCONCELOS, 1999). Ribeiro (2002) em seu estudo ressaltou a importância da família enquanto foco de atenção do PSF, afirmando

A inclusão da família como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltada como um dos avanços, como contribuição do PSF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde. Ultrapassa o cuidado individualizado, focado na doença; elege-se aquele que contextualiza a saúde, produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde.

O Programa de Saúde da Família passou a ser entendido enquanto estratégia a partir de 1997, data da segunda publicação do Ministério da Saúde sobre conceitos, objetivos, diretrizes e implementação do PSF (RIBEIRO, 2002). Segundo Roncalli (2003) a finalidade em se denominar estratégia ao invés de programa “foi uma forma de responder às críticas que eram dirigidas ao programa, taxado de “foquista” e de ser uma medida impositiva que não

considera as realidades locais”. Tem como objetivos principais a extensão da cobertura e ampliação do acesso aos serviços de saúde às populações periféricas. O programa foi inicialmente direcionado a grupos marginalizados, moradores de regiões de baixa densidade populacionais ou pequenos centros urbanos com condições de saúde precárias (VASCONCELOS, 1999; COHEN, 2001; SILVA, 2001). É formado por equipes de saúde da família, compostas por um médico, um enfermeiro e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (Roncalli, 2003). Campos apud Capistrano apontava, no ano de 1989, duas funções principais para a rede de serviços: “prover o atendimento ambulatorial básico às intercorrências clínicas de todas as faixas etárias e concomitantemente desenvolver ações de saúde pública”. Agregava que as duas tarefas deveriam “ser organizadas de forma integrada”, resgatando, de certa forma, a história dos centros de saúde no início do século XX, nos Estados Unidos e que também buscavam a integração entre cura e prevenção (CAPISTRANO, 1999).

O modelo de saúde da família, onde um profissional se responsabiliza por uma região, iniciou-se em 1948, na Inglaterra, ao final de segunda guerra mundial. Este modelo era baseado em um médico generalista, responsável por todas as questões relativas à saúde, dentro de um território (quarteirão). A resolutividade deste modelo alcançava índices de 85% dos casos, sendo o restante, encaminhado para os centros regionais de nível secundários ou terciários, de acordo com a complexidade (BELLUSCI, 2004). Em 1963 a Organização Mundial de Saúde (OMS), através do Informe Técnico 257, publica um documento sobre a formação do médico de família, preocupado com a superespecialização do trabalho médico, os altos custos financeiros e a deterioração das relações com os pacientes (VASCONCELOS, 1999).

As implantações das equipes de Saúde da Família no Brasil evoluíram rapidamente desde 1994, como mostra os dados do Ministério da Saúde, quando cerca de 300 equipes atuavam, principalmente, em regiões carentes do nordeste do Brasil. Em março de 2008, mais

de 27,9 mil equipes, cobriam grande parte do território brasileiro, como mostram as figuras 3.1 a 3.8. O número de população coberta pelo programa saltou de um milhão para mais de 89 milhões, durante o mesmo período. Estes números constituem um grande avanço na atenção à saúde da população, responsabilizando e vinculando os profissionais de saúde a estas áreas.

As equipes de saúde bucal (ESB) seguiram um ritmo mais lento de implantação, principalmente durante os primeiros anos da criação da Saúde da Família, tendo o crescimento mais acelerado a partir do ano de 2001, quando da implantação da Portaria ministerial 1.444, que institui os incentivos financeiros aos municípios para inserção das ESB nos programas de saúde da família. Neste ano as ESB atingiam 1288 municípios, chegando a 4399 em março de 2008. A população coberta saltou de 13,9 milhões de pessoas, para 79,9 milhões em 2008. Mais de 16.300 ESB foram implantadas até março de 2008. Verificou-se, no início, uma discrepância no ritmo de implantação entre as ESF e as ESB, com muito mais equipes implantadas sem a presença da Saúde Bucal. Esta discrepância vem diminuindo acentuadamente a partir do ano de 2001, como mostra a Figura 3.7, chegando a patamares bem próximos aos da equipe de saúde da família, notadamente a partir de março de 2008, ratificando a saúde bucal como uma das prioridades do governo federal durante este período, segundo informações obtidas no portal do Ministério da Saúde.

Fonte: Ministério da Saúde

Figura 3.1 - Evolução da Implantação das Equipes de Saúde da Família Brasil - 1998 - março/2008

FORNTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Figura 3.2 - Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas Brasil - 1994 – março/2008

FORNTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Figura 3.3 - Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas. Brasil - 1994 – março/2008

FONTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Figura 3.4 - Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas. Brasil - 1994 – março/2008

FONTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Figura 3.5 - Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde Bucal Implantadas. Brasil - 2001 – março/2008

FONTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Figura 3.6 - Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde Bucal Implantadas Brasil - 2001 – março/2008

FONTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Figura 3.7 - Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde Bucal Implantadas Brasil - 2001 – março/2008

Figura 3.8 - Evolução da Cobertura Populacional (%) de ACS, PSF e ESB. **Brasil - 2001 – março/2008**

3.2 O Programa Paidéia de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família surgiu em Campinas no ano de 2001, com o nome de Paidéia. Este termo de origem grega foi então trazido pelo Prof. Dr. Gastão Vagner de Souza Campos, médico sanitário e professor da UNICAMP, na época secretário municipal de saúde, para nomear o programa de saúde a ser implantado na cidade de Campinas - SP. O termo significa desenvolvimento integral do ser humano e faziam referência ao modelo de organização da sociedade grega, segundo o qual se acreditava na participação efetiva dos cidadãos, investindo em sua formação, através da educação e na construção de sociedades democráticas. O povo se reunia em assembleias chamadas Ágora e onde deliberavam sobre seus próprios destinos (CAMPOS, 2003).

O programa de saúde de Campinas teve como pilstras a criação de vínculo, enquanto recurso terapêutico, entre profissionais de saúde e comunidade, utilizando como instrumento a adscrição de clientela em uma determinada área (territorialização); a responsabilização; a clínica ampliada; o trabalho em equipes multiprofissionais, dentre outros. É calcado na co-responsabilização do usuário e na ampliação de sua autonomia. Investe na gestão participativa ou colegiada dos trabalhadores entre si e incluindo pessoas da comunidade nas discussões e formulações das diretrizes a serem implantadas.

Com a implantação do Paidéia, as portas dos centros de saúde foram “abertas” para a população. As normas rígidas que dificultavam o acesso dos usuários ao serviço foram aos poucos sendo substituídas por uma postura mais acolhedora e por um novo jeito de fazer saúde.

Diferentemente da maioria das cidades do Brasil, onde foram implantadas as equipes de Saúde da Família, Campinas já dispunha de uma sólida rede de saúde, construída através de anos de atuação e estruturação de um modelo próprio de saúde. O modelo de atenção baseado na ESF foi incorporado por esta rede, passando os profissionais de saúde a atuar seguindo as diretrizes desta nova modelagem. Foram contratados agentes comunitários de saúde, ampliado o número de enfermeiros e médicos para atuarem como generalistas. As equipes de saúde bucal foram incorporadas às equipes multiprofissionais, desde o início do programa. Todos os cirurgiões dentistas que atuavam em unidades básicas de saúde foram inseridos em uma equipe do Paidéia, independente de sua carga horária de trabalho.

Mardem (2001) em texto sobre o Paidéia declarou que

O Projeto Paidéia de Saúde da Família implantou-se em Campinas à busca de mudar paradigmas da atenção à saúde e a relação entre o profissional de saúde e a pessoa em cuidados. ... Os profissionais da saúde, formados à luz do positivismo, tem sua clínica com foco na doença e não em sujeitos mergulhados no mundo e na vida e pelo seu vivenciar o processo de saúde e doença.

Uma peculiaridade de Campinas, diz respeito à carga horária de trabalho. Independente do vínculo trabalhista (celetista ou estatutário) passaram a cumprir uma carga

horária semanal de trabalho de 36 horas, devido às conquistas trabalhistas (Lei nº 9.888 de 21 de outubro de 1998, publicado no Diário Oficial do Município de 22/10/1998).

3.3 A Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorientação da Atenção Básica no país, seguindo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo caráter substitutivo à rede básica tradicional, atuando de forma sistemática no território, com visitas domiciliares regulares e cadastramento de toda a população adscrita a uma equipe de referencia, tendo como foco a família e a comunidade. Deve se constituir em um espaço para construção da cidadania, buscando, sempre que necessário ou possível, efetivar parcerias com outras instituições, procurando envolver os equipamentos sociais da região.

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde elaborou um documento contendo as principais diretrizes para a reorientação da atenção em saúde bucal (Brasil, 2004c; Brasil, 2006). Este documento continha premissas que eram centradas principalmente, na promoção da saúde e na intervenção dos fatores de riscos da população e não somente na assistência aos doentes. Dentre estas diretrizes destacam-se o cuidado como eixo de reorientação do modelo; a Humanização do processo de trabalho; a co-responsabilização dos serviços de saúde e o desenvolvimento de linhas do cuidado, como da criança, adolescente, adulto e idoso. Em 28 de março de 2006, a Portaria Ministerial nº 648/GM discrimina as competências dos profissionais de saúde bucal que atuam na atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família. Em relação ao cirurgião-dentista destacamos algumas competências, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006)

- I – Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico da população, necessários para o planejamento e a programação em saúde bucal
- II – Realizar procedimentos clínicos
- III – Realizar a atenção integral em saúde bucal
- IV – Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e a prevenção de doenças bucais
- V – Atuar de forma multidisciplinar.

3.4 A Saúde Bucal na Cidade de Campinas

A cidade de Campinas vem protagonizando papel importante na construção de um modelo de saúde que atenda as necessidades da população. Com a saúde bucal não foi diferente. Em 1948, instala-se em Campinas o Serviço Dentário Escolar, mudando a concepção da odontologia até então praticada, dando ênfase à prevenção das doenças bucais, em escolares da rede pública. Em 1962, inicia-se a fluoretação das águas de abastecimento pública. Porém, o grande marco da odontologia campineira, foi no período de 1977 – 1981, durante a gestão do secretário de saúde Dr Sebastião de Moraes, médico e um dos principais nomes da saúde pública no Brasil e que empresta seu nome ao Conselho de Secretários de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS). Durante sua gestão, iniciou-se o processo de apropriação do território pelos profissionais de saúde, com a construção dos Postos de Saúde, inclusive trabalhando com atendentes de saúde escolhidos na comunidade. A odontologia ganhava então, mais um campo importante de trabalho, além das escolas, ampliando o número de dentistas na rede pública de 33 para mais de 100 profissionais. Em 1993 implanta-se o Programa de Inversão da Atenção (PIA) em que se baseia no modelo preventivista,

incorporando algumas diretrizes do SUS e do Planejamento Situacional Estratégico (RONCALLI, 2000; CALADO, 2002). No ano 2000, inicia-se o heterocontrole do flúor nas águas de abastecimento do município, realizado pela Pontifícia Universitária Católica de Campinas (PUCC), além do controle realizado pela companhia de abastecimento municipal (SANASA).

Em 2001, com a implantação do programa Paidéia de Saúde da Família, a saúde bucal é inserida ao novo programa desde o início, incorporando os dentistas da rede municipal. Com a implantação do Paidéia, a equipe de saúde bucal passou a estar integrada ao restante das equipes das unidades básicas. Incorporou-se o conceito de acolhimento, da clínica ampliada, do trabalho em equipe multiprofissional e equipes de referências; aumentou a cobertura, “abrindo as portas” dos serviços de saúde, se apropriando do território pelas equipes locais, procurando-se trabalhar com critérios de risco (bucal, sistêmico ou social). Para se tentar mudar o paradigma de atenção à saúde bucal até então vigentes, a secretaria de saúde capacitou 110 cirurgiões dentistas, ampliou-se a carga horária de trabalho de 25 outros profissionais e foram contratados 17 novos profissionais. Firmou-se uma parceria com a Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp, para viabilizar a Especialização em Saúde Coletiva dos cirurgiões dentistas das equipes de referencias (MANFREDINI, 2007).

3.5 A Região Metropolitana de Campinas¹

¹ www.planejamento.sp.gov.br/AssEco/textos/RMC.pdf, acessado em 10/12/2007, às 23h00min.

Figura 3.9 – Região Metropolitana de Campinas

A Região Metropolitana de Campinas é composta por 19 municípios, a saber: Americana, Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Engenheiro Coelho, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Jaguariúna, Monte Mor, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara d'Oeste, Santo Antonio de Posse, Sumaré, Valinhos e Vinhedo. Ocupam uma área de 3.348 km² ou 1,3% do território paulista, segundo a Secretaria de Estado de Economia e Planejamento (SÃO PAULO, 2008).

A RMC é dotada de excelente malha rodoviária - com destaque para as rodovias Anhangüera e Bandeirantes, que ligam a região à cidade de São Paulo e ao interior; a Rodovia Dom Pedro I, que faz o elo entre Campinas e as Rodovias Presidente Dutra (Vale do Paraíba e Rio de Janeiro) e Fernão Dias (Belo Horizonte); a Rodovia Adhemar de Barros (SP-340), ligando Campinas ao sul de Minas Gerais; e a Rodovia Santos Dumont, que dá acesso à Rodovia Castello Branco e à região de Sorocaba, passando pelo Distrito Industrial de Campinas.

Na RMC, encontra-se o Aeroporto Internacional de Viracopos, o maior aeroporto em transporte de cargas e o segundo maior em volume do país e onde se localizam grandes empresas de carga expressa.

Em 2005, a população da região chegou a 2.578.033 habitantes ou 6,5% da estadual. A densidade demográfica de 770,02 habitantes por km² apresenta-se mais elevada nos municípios de Hortolândia (2.446,7 hab./ km²), Sumaré (1.195,7 hab./ km²) e Campinas (1.091,5 hab./ km²). A taxa de urbanização metropolitana atingiu, em 2005, 97,3%. Campinas, a sede da região, tornou-se um dos 20 maiores municípios brasileiros, abrigando 39,9% dos habitantes da RMC.

3.6 Departamento Regional de Saúde VII (DRS VII)

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo dividiu-se administrativamente em Departamentos Regionais de Saúde - DRS, atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Por meio deste Decreto o Estado foi dividido em 17 departamentos de saúde, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil, segundo o portal da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2006).

A DRS VII compreende as cidades da região metropolitana de Campinas e mais vinte e três cidades, dentre elas: Água de Lindóia, Americana, Amparo, Artur Nogueira, Atibaia, Bom Jesus dos Perdões, Bragança Paulista, Cabreúva, Campinas, Campo Limpo Paulista, Cosmópolis, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Itupeva, Jaguariúna, Jarinu,

Joanópolis, Jundiaí, Lindóia, Louveira, Monte Alegre do Sul, Monte Mor, Morungaba, Nazaré Paulista, Nova Odessa, Paulínia, Pedra Bela, Pedreira, Pinhalzinho, Piracaia, Santa Bárbara D'Oeste, Santo Antônio de Posse, Serra Negra, Socorro, Sumaré, Tuiuti, Valinhos, Vargem, Várzea Paulista e Vinhedo.

A Figura 3.10 a divisão do Estado de São Paulo em Departamentos Regionais de Saúde.

Figura 3.10- Divisão do Estado de São Paulo em Departamentos Regionais de Saúde¹

3.6.1 – A cidade de Campinas

¹ http://portal.saude.sp.gov.br/content/geral_estrutura_regionais_de_saude.mmp#topo

A cidade de Campinas ocupa um lugar de destaque dentro dos cenários regional, estadual e nacional. É a sede da região metropolitana e da DRS VII, sendo uma das maiores cidades do Brasil. Tem importância destacada na construção de políticas de saúde.

Campinas era, inicialmente, um pouso de bandeirantes, que, em busca de ouro e pedras preciosas, empreendiam viagens pelos sertões do País (Minas Gerais, Goiás e Mato Grosso) e procuravam, em especial, as minas de Guaiases, descobertas em 1682 por Anhangüera. A trilha dos sertanistas foi se configurando como estrada entre Jundiaí e Mogi-Guaçu, com vários pousos e sesmarias, concedidos a lavradores e suas famílias, atraídos pela excelente qualidade das terras. Os jundiaenses que exploravam a região situada entre Rocinha (atual Vinhedo) e o Rio Atibaia, deram-lhe o nome de bairro de Mato Grosso, em razão de uma floresta secular que se estendia até os campos de Moji Mirim, primitivamente Mogi dos Campos, cuja área facilitou a formação do povoado anterior a Campinas. Os campinhos de Mato Grosso passaram a se chamar bairro de Mato Grosso e, mais tarde, Campinas de Mato Grosso. Há registros de que perto desse local, no lugar conhecido pela designação de Campinas Velhas, à beira da estrada e do ribeirão, existia um pouso para tropeiros. Baseada no censo dos municípios paulistas de 1765, solicitado por Luiz Antônio de Souza Botelho Mourão e enviado a Lisboa, a Corte ordenou que se fundassem novas povoações. Um dos povoadores de Campinas, Francisco Barreto Leme, precisou, então, fundar nas paragens de Campinas de Mato Grosso, distrito de Jundiaí, uma povoação da qual seria, também, administrador e diretor. Apenas dois anos depois, em 1767, o bairro de Mato Grosso possuía cerca de 500 habitantes e a população continuava aumentando de modo constante, o que reforçava a necessidade de se formar um povoado para Campinas e, pouco tempo depois, a lavoura cafeeira assumiu o predomínio de seu desenvolvimento.

No início do século XX, Campinas, que era um importante entroncamento ferroviário, já despontava como centro industrial. Com a crise da economia cafeeira, a partir da década de

1930, a economia de Campinas assumiu um perfil mais industrial e de serviços. A cidade então recebeu imigrantes provenientes de todo o mundo (destacando-se a imigração italiana), atraídos pela instalação de um novo parque produtivo. Entre as décadas de 1970 e 1980, a cidade praticamente duplicou de tamanho, por conta de fluxos migratórios internos.

Com a construção de grandes rodovias como a Rodovia Anhanguera (1948), a Rodovia dos Bandeirantes (1978), a Rodovia Santos Dumont (1980), a Rodovia Dom Pedro I, Rodovia Adhemar de Barros, a Rodovia Jornalista Francisco Aguirre Proença e a Rodovia General Milton Tavares de Souza (ou Tapetão), que é o principal acesso à REPLAN, Campinas consolidou-se como importante entroncamento rodoviário. Também se destacam um moderno parque industrial e tecnológico — fruto de um plano de instalação de "tecnopólos", e renomadas instituições de ensino superior, como a Universidade Estadual de Campinas e a Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Também é em Campinas que se localiza o Laboratório Nacional de Luz Síncroton e o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Telecomunicações (CPqD). A partir de 1998, a cidade vem assistindo a uma mudança acentuada na sua base econômica: perde importância o setor industrial (com a migração de fábricas para cidades vizinhas ou outras regiões do país - em parte por causa da violência e dos altos impostos), e ganha destaque o setor de serviços (comércio, pesquisa, serviços de alta tecnologia e empresas na área de logística). A seguir apresentaremos alguns números referentes à Campinas retirados do portal Nosso São Paulo:

Área da unidade territorial: 796 km²

Latitude do distrito sede do município: -22,90556°

Longitude do distrito sede do município: -47,06083°

Altitude: 854 m

Prefeito 2005/08: Hélio de Oliveira Santos - PDT

Estimativa Populacional IBGE-2006: 1.059.420 hab.

Participação FUNDEF-2006: R\$ 50.551.752,58

Fundo Part. Municípios FPM-2006: R\$ 22.395.254,40

Estimativa Populacional IBGE-2005: 1.045.706 hab.

Participação FUNDEF-2005: R\$ 57.022.200,62

Fundo Participação dos Municípios FPM-2005: R\$ 20.396.668,84

Estimativa Populacional IBGE-2004: 1.031.887 hab.

Participação FUNDEF-2004: R\$ 51.522.371,49

Fundo Part. Municípios FPM-2004: R\$ 16.411.276,30

Alguns resultados do universo do Censo 2000

Valor do Fundo de Participação dos Municípios (FPM): R\$ 10.607.466,47

População residente: Total: 969.396

Homens: 472.175

Mulheres: 497.221

Urbana: 953.218

Rural: 16.178

População residente de 10 anos ou mais de idade: 818.876

Alfabetizada: 780.770

Taxa de alfabetização: 95,3%

Estabelecimentos de ensino pré-escolar: 285

Estabelecimentos de ensino fundamental: 262

Estabelecimentos de ensino médio: 120

Hospitais: 32

Agências bancárias: 185

Centros de Saúde: 49

13 módulos de saúde que serão transformados em centros de saúde

3.6.2 Amparo

Fundada em 1857 é conhecida por seu clima ameno e terras férteis. Localiza-se no chamado “circuito das águas”. Segundo o IBGE (2005) possui 66.423 habitantes. De topografia montanhosa, foi um dos maiores produtores de café em meados do século XIX. O PSF foi implantado em 1995 e conta com 16 Equipes de Saúde da Família, proporcionando uma cobertura de 90%. A Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi inserida em 2001, contando atualmente com 13 ESB.

3.6.3 Artur Nogueira

Possui uma população de mais de 40 mil habitantes, uma área de 177,75 km² e uma altitude de 588 metros. O clima da localidade é subtropical. O acesso à região, fundada em 1948, é feito pelas rodovias SP-107 e SP-332. A hidrografia do município conta com o Rio Pirapitingui, o Ribeirão Poquinha e o Córrego Cotrins. Os nascidos na cidade são chamados de nogueirenses.

3.6.4 Atibaia

Atibaia foi fundada em 24 de Junho de 1665 às margens do rio Atibaia, região conhecida como Cojassura, propriedade de Jerônimo de Camargo. É uma das cidades mais antigas na rota bandeirista a caminho do sertão dos Cataguases e Minas Gerais. A vocação turística de Atibaia, reconhecida pelo bom clima e paisagem privilegiada, foi divulgada pelos mais importantes escritores e poetas das décadas de 30 e 40, como Mário de Andrade, Guilherme de Almeida, Menotti Del Pichia, Oswald de Andrade e outros.

3.6.5 Bragança Paulista

Bragança Paulista é um dos 15 municípios paulistas considerados estâncias climáticas pelo Estado de São Paulo, por cumprirem determinados pré-requisitos definidos por Lei Estadual. O território de Bragança Paulista está situado na região sudeste do Estado de São Paulo, na Serra da Mantiqueira. Localizada no coração da região mais desenvolvida do país, Bragança Paulista rapidamente firmou-se como um centro industrial dos mais promissores em 29 de novembro de 1984, Bragança foi reconhecida como Sede de Região do Governo do Estado de São Paulo, composta por 13 cidades vizinhas que formam hoje a Região Bragantina.

3.6.6 Holambra

Segundo o Portal de Holambra, a origem do município está diretamente ligada ao final da Segunda Guerra Mundial, época em que levas de imigrantes de vários países europeus buscavam novas oportunidades para recomeçar a vida em outros países, já que suas terras estavam devastadas e improdutivas, devido aos intensos bombardeios que resultaram na derrota do Exército Alemão. O Brasil foi a escolha de muitas famílias de lavradores holandeses, através da KNBTB (Katholieke Nederlandse Boer en Tuiemers Bond), que significa Organização dos Lavradores e Horticultores Católicos da Holanda. O adjetivo pátrio para quem nasce na Estância Turística de **Holambra** é “holambrense”. O município é conhecido em todo o país como “Cidade das Flores”, realizando todo ano, no mês de setembro, a Expoflora, a maior Festa das Flores da América Latina.

3.6.7 Hortolândia

Segundo o portal Nosso São Paulo, Hortolândia tem origem em Campinas e Sumaré. Por volta de 1866, a área do município estava dividida em grandes e pequenas propriedades agrícolas. Esta região, pertencente à Campinas, se destacava nas produções de café, algodão e açúcar, além das culturas de subsistência. Os registros mostram que, no final do século XIX, aconteceram várias vendas de terra na região, que era denominada de Jacuba, ou terra preta, “Sítio de Jacuba”. Os documentos mencionam terras, mas pouco se referem a casas ou benfeitorias. Jacuba era ainda uma região pouco povoada e de fraca atividade econômica.

À beira do rio faziam uma parada quase que obrigatória para descansar, dar água aos animais e até para pouso. Segundo historiadores, estas pessoas aproveitavam o descanso para

comer um pirão chamado “Jacuba”, feito de farinha de mandioca, cachaça, açúcar e mel. Assim, por causa das denominações populares, o local passou a se chamar Jacuba.

O povoado começou a tomar expressão quando foi inaugurado, em 1896, o posto telegráfico. Mais tarde, em 1917, o posto telegráfico de Jacuba passou a ser estação ferroviária. Só em 1947 é que começa o seu crescimento, com a aprovação do loteamento Parque Ortolândia, de propriedade de João Ortolan. Em dezembro de 1953, o povoado de Jacuba, pertencente ao Distrito de Santa Cruz, município de Campinas, foi elevado a Distrito de Jacuba, do município de Sumaré, emancipado na mesma época. Em 1958, Jacuba passa a ser conhecida como Hortolândia, distrito de Sumaré. Trinta e três anos depois, em 19 de maio de 1991, Hortolândia emancipa-se de Sumaré, passando a ter uma identidade própria no processo de desenvolvimento da região.

3.6.8 Indaiatuba

O nome "Indaiatuba" é uma junção de dois termos da língua tupi-guarani: "Indaiá" que designa um tipo de palmeira, e "tuba", que equivale à grande quantidade. Portanto "Indaiatuba" significa muitos "Indaiás". A denominação se prendeu às características da paisagem e da vegetação da localidade, hoje já alteradas. Tornou-se oficial em 1830, embora haja notícia de que tenha sido utilizada anteriormente. Indaiatuba situa-se a 99 km da capital paulista e a apenas 25 km de Campinas. Sua privilegiada localização, boa infra-estrutura e bons indicadores de qualidade de vida, além de clima temperado com temperatura média anual de 22° e inverno seco e verão chuvoso, contribuem para o crescimento cada vez maior da cidade. Dessa forma, atraindo grandes investimentos, gerando emprego e renda, inclusive

com a indústria do turismo. A principal estrada de acesso ao município é a SP-75 Rodovia Santos Dumont, que, por meio de ligações com outras vias importantes, como: SP-348 Rodovia Bandeirantes, SP-280 Rodovia Castelo Branco, SP-330 Rodovia Anhangüera, SP-65 Rodovia Dom Pedro I e Rodovia do Açúcar, alcança os principais pólos econômicos do Estado, como destaca o Portal Nosso São Paulo.

3.6.9 Itatiba

A cidade de Itatiba foi fundada no início do século XIX, quando patrulhas atrás de fugitivos oriundos de Atibaia e Piracaia, descendo o Rio Atibaia, "descobriram um local ideal para se abrigarem". É uma das cidades brasileiras com melhores condições de vida. Possuía em 2007 uma população de 91479. Possui 28 estabelecimentos de saúde, sendo 16 públicos.

3.6.10 Jundiaí

Dista cerca de 60 km da capital do Estado. Sua população estimada em 2007 era de 342.983 habitantes. Ocupa uma área de 431,9 km². Tem apresentado um grande crescimento populacional, gerado em grande parte pela busca de melhores condições de vida e emprego dos moradores de São Paulo. Considerada uma região próspera no Estado, Jundiaí ocupa o oitavo lugar no PIB. Além de ser uma mais importantes cidades do Brasil.

3.6.11 Lindóia

Pequeno município com pouco mais de 5600 pessoas. Estância hidromineral ligada ao circuito das águas. O município faz fronteira com os municípios de Águas de Lindóia, Itapira, Socorro e Serra Negra. O Rio do Peixe, com trechos de beleza e imponência, passa ao longo do município, contornando toda a região. O Clima é agradável, com temperaturas amenas e uma altitude média de 750 m, cercadas pela Serra da Mantiqueira, vegetação exuberante, compondo um cenário de extraordinária beleza natural. Possui quatro estabelecimentos de saúde, sendo dois públicos.

3.6.12 Pedreira

Pedreira, fundada em 1896, é linearmente distribuída às margens do Rio Jaguari, margeado pela Serra da Mantiqueira. Cidade conhecida pelo comércio de porcelanas, louças, vidros, artesanatos em madeira, alumínio, gesso, resinas, etc. Tem população de 38152 (2007) segundo o IBGE. Possui 15 estabelecimentos de saúde, sendo sete municipais e oito privados.

3.6.13 Santo Antonio de Posse

Com população de mais de vinte mil pessoas, possui seis estabelecimentos de saúde, todos públicos.

3.6.14 Serra Negra

Aconchegante cidade do Interior Paulista, Serra Negra é hoje uma perfeita escolha para quem procura diversão, compras, lazer, tranquilidade e beleza natural. Fortemente ligada ao turismo, pertence ao Circuito das Águas Paulista. Com população de 24671 contadas em 2007, possui 11 estabelecimentos de saúde, sendo nove ligados ao SUS.

3.6.15 Sumaré

Cidade fundada em 1953 quando se emancipa de Campinas e iniciando um processo contínuo de industrialização Possui 12 unidades de PSF e 20 Equipes de Saúde da Família. Em 2007 possuía uma população de 228696 pessoas. Possui 38 estabelecimentos de saúde, sendo 21 públicos.

4 MATERIAL E MÉTODOS

“Não importa saber apenas que doença a pessoa tem, mas que pessoa tem essa doença” (Osler)

4.1 Aspectos Éticos e Legais

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo aprovou a realização deste estudo, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, através do Protocolo 191/06 de 05 de dezembro de 2006.

4.2 Caracterizações do Estudo

A proposta deste estudo foi apresentada aos coordenadores de saúde bucal, em uma reunião ordinária de trabalho na sede da DRS VII. Foi cedido um espaço para que se pudesse explicar sobre a finalidade deste estudo e de sensibilizar os presentes para o empenho na conversa com os profissionais envolvidos e nos retornos dos questionários da pesquisa. Foi entregue um texto explicativo, contendo todas as informações necessárias para o entendimento do estudo e as orientações referentes ao fluxo de entrega e retorno dos questionários.

Os questionários e as autorizações da pesquisa foram enviados em envelopes individuais e nominais, através dos malotes oficiais da DRS VII e endereçados aos cuidados dos coordenadores de saúde bucal das cidades, que se encarregariam de distribuí-los aos

respectivos profissionais. Para o retorno foi combinado o fluxo inverso. Os questionários e as autorizações seriam reunidos e devolvidos, através do malote, para a DRS VII em Campinas. Foi estipulado um prazo de quinze dias para o retorno. Expirado o prazo, foi recolhida a grande maioria dos questionários. Para o retorno dos faltantes, foram feitas ligações telefônicas para todos os coordenadores ou diretamente para os serviços onde trabalhavam os profissionais. Alguns questionários foram enviados pelo Correio, diretamente para o endereço de residência deste pesquisador.

A população deste estudo corresponde ao total dos cirurgiões dentistas inscritos regularmente no Ministério da Saúde enquanto componente de equipes de saúde bucal (ESB), inseridos nas ESF das quatorze cidades pertencentes à DRS VII que possuem ESB, nas modalidades I e II, dependendo da ausência ou presença do Técnico de Higiene Dental, respectivamente.

Delineou-se uma pesquisa quali-quantitativa, estruturada através de um questionário com perguntas semi-estruturadas e perguntas abertas, que foram enviadas a todos os dentistas inseridos no contexto da ESF das cidades pertencentes à DRS VII – Campinas.

As análises quantitativas foram feitas através do programa EPI INFO 2000, listando as possíveis variáveis e relacionando outras. As questões abertas foram analisadas através da metodologia da Análise de Conteúdo de Bardin, reagrupando as respostas mais frequentes por temas.

4.3 As entrevistas

A segunda parte do estudo baseou-se em entrevistas, que foram gravadas com autorização prévia dos entrevistados, a fim de facilitar a sistematização e as análises. Optou-se por não definir um número exato de entrevistas. Utilizamos a metodologia da saturação, encerrando as entrevistas quando as respostas passaram a serem repetitivas.

Foi priorizada a cidade de Campinas para a realização das entrevistas, devido ao maior número de profissionais envolvidos no estudo e as dificuldades em se deslocar a todas as cidades da região para a obtenção dos depoimentos. A cidade de Amparo também foi pré-selecionada, devido ao pioneirismo da implantação da ESF (1995) e a alta cobertura populacional (90%) das equipes de saúde da família e 69% pelas ESB, porém não foi possível realizar as entrevistas devido aos problemas antes mencionados.

As metodologias qualitativas são muito úteis no aprofundamento dos temas, podendo-se valorizar as subjetividades das discussões, buscando trabalhar com o universo de significados, motivações, crenças, valores e atitudes, correspondentes a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2007). Segundo Bardin¹ (1977) apud Pires e Barros (2003) organiza as fases da Análise de Conteúdo em três etapas:

- 1) Pré-análise

- 1.a - Leitura flutuante

- 1.b - Escolha dos documentos

- 1.c - Preparação do material

- 1.d - Referenciação dos índices e a elaboração de indicadores

- 2) Exploração do material

- 3) Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação

¹ Trabalho apresentado pelas alunas Patrícia Pires Ferreira e Priscila Barros na disciplina Estatística, do Mestrado em Psicologia Cognitiva da UFPE, ministrada por Antônio Roazzi. Janeiro/2003.

As escolhas dos entrevistados foram feitas através de informantes-chaves, onde pessoas consideradas como referência no município (coordenadores e apoiadores técnicos), indicam os profissionais a serem entrevistados. Para análise dos relatos obtidos foi utilizada a metodologia da Análise de Conteúdo de Bardin, descrita anteriormente.

5 RESULTADOS

Foram enviados 108 questionários, para todos os cirurgiões-dentistas das cidades da regional de Campinas, que possuem equipes de saúde bucal. Do total, 77 questionários retornaram ou 71%. Destes, 05 foram devolvidos em branco. Não retornaram 26 respostas ou 29%. A figura 5.1 ilustra o quadro descrito.

Figura 5.1 – Distribuição dos questionários da pesquisa enviados, devolvidos e que não retornaram

A maioria dos profissionais do estudo é do sexo feminino, o que representa 42 CDs ou 58,3%. O sexo masculino totalizou 41,7% ou 30 CDs, como mostra a Tabela 5.1.

Tabela 5.1 – Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo gênero		
Sexo	Frequência	Porcentagem
Feminino	42	58,3%
Masculino	30	41,7%
Total	72	100,0%

A idade variou de 25 a 57 anos, com média de idade de 40,92 anos e desvio padrão de 7,73. A mediana foi de 41 e a moda de 42 anos. Verificou-se que 59,2% dos entrevistados são casados; 18,3% são solteiros, seguido de 12,7% de divorciados; 8,5% com união estável e 1,4% de viúvos (Tabela 5.2).

Tabela 5.2 - Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo o estado civil			
Estado Civil	Frequência	Porcentagem (%)	Porcentagem acumulada (%)
Casado	42	59,2	59,2
Divorciado	9	12,7	71,8
Solteiro	13	18,3	90,1
União estável	6	8,5	98,6
Viúva	1	1,4	100,0
Total	71	100,0	100,0

A grande maioria dos trabalhadores da pesquisa se formou em faculdades privadas (60,6%), enquanto que apenas 39,4% se formaram em faculdades públicas, situação ilustrada pela tabela 5.3.

Tabela 5. 3 – Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo o tipo de faculdade em que se formaram		
Você se formou em que tipo de instituição?	Frequência	Porcentagem
Privada	43	60,6%
Pública	28	39,4%
Total	71	100,0%

Verificou-se que a maioria dos profissionais se graduou pela PUCCAMP (23,2%), seguido pela Universidade São Francisco (17,4%) e pela UNICAMP (11,6%), como ilustrado pela Tabela 5.4.

Tabela 5.4 – Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo a instituição formadora		
INSTITUIÇÃO	Frequência	Percentagem (%)
PUCC	16	23,2
Universidade São Francisco	12	17,4
UNICAMP	8	11,6
UNESP - Araçatuba	4	5,8
USP - Bauru	4	5,8
Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas	3	4,35
UNESP - S José dos Campos	3	4,35
UNISA (OSEC)	3	4,35
Universidade de Mogi das Cruzes	3	4,35
FZL - UNICID	2	2,9
UNESP - Araraquara	2	2,9
Faculdade de Odontologia de Diamantina	1	1,45
Faculdade de Odontologia de Santos	1	1,45
UFF - Universidade Federal Fluminense	1	1,45
UNIARARAS	1	1,45
UNIP	1	1,45
UNITAL	1	1,45
Universidade do Sagrado Coração / USC - Bauru	1	1,45
Universidade Estadual de Ponta Grossa - PR	1	1,45
Universidade Metodista de Piracicaba	1	1,45
Total	69	100,0

O tempo de atuação em ESF variou de 1 a 7 anos de trabalho, sendo o valor médio de 3,7 anos, com desvio padrão de 1,99. A mediana foi de 4 e a moda de 6 anos (Tabela 5.5).

Tabela 5.5 - Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo o tempo de atuação em ESF		
Tempo de atuação em ESF (anos)	Frequência	Percentagem (%)
1	13	18,8
2	14	20,3
3	5	7,2
4	7	10,1
5	12	17,4
6	15	21,7
7	3	4,3
Total	69	100,0

Quando perguntado sobre a forma de ingresso na instituição, 78,9% responderam que ingressaram através de concurso público; 12,7% foram contratados através de indicação; 4,2%

através de processo seletivo aberto; 4,2% através de um processo seletivo restrito ou interno (Tabela 5.6).

Tabela 5.6 - Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo a forma de ingresso na instituição empregadora		
Qual a forma de seleção para ingresso na ESF?	Frequência	Porcentagem (%)
Concurso público	56	78,9
Indicação	9	12,7
Processo seletivo aberto	3	4,2
Processo seletivo restrito	3	4,2
Total	71	100,0

Dentre estes profissionais, 47% são efetivos ou estatutários; 23% são contratados através do regime CLT; 1,4% têm contrato provisório ou temporário e outras formas de regime de contratação foram respondidas por 1,4% dos entrevistados (Tabela 5.7).

Tabela 5.7 - Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo o tipo de vínculo com a instituição de trabalho		
Qual o vínculo empregatício com a instituição?	Frequência	Porcentagem (%)
CLT	23	31,9
Contrato provisório	1	1,4
Efetivo	47	65,3
Outros	1	1,4
Total	72	100,0

A maior parte dos CDs (76,1%) tem remuneração acima de três mil reais; enquanto que 12,7% dos entrevistados ganham até dois mil e quinhentos reais; 7% ganham até três mil reais e 4,2% recebem salário de até dois mil reais, como mostra a tabela 5.8.

Tabela 5.8 - Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo a remuneração média mensal.

Qual sua remuneração média mensal?	Frequência	Percentagem (%)
Até R\$ 2.000,00	3	4,2
Até R\$ 2.500,00	9	12,7
Até R\$ 3.000,00	5	7,0
> R\$ 3.000,00	54	76,1
Total	71	100,0

Verificou-se que 52% das equipes de saúde bucal são da modalidade I, isto é, são compostas pelos dentistas e ACDs; enquanto que, apenas 19% são da modalidade II, incluindo os THDs, na composição das equipes, como ilustra a Tabela 5.9.

Tabela 5.9 - Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo a modalidade de ESF

Qual a modalidade de ESF que você atua?	Frequência	Percentagem (%)
Modalidade I	52	73,2
Modalidade II (CD+ACD+THD)	19	26,8
Total	71	100,0

A tabela 5.10 demonstra que a grande maioria dos CDs, 80,5%, estão satisfeitos em relação ao seu trabalho. Estão insatisfeitos, 16,7% e 2,8% estão indiferentes ao trabalho.

Tabela 5.10 – Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo a satisfação no trabalho

Qual o seu nível de satisfação em relação ao trabalho:	Frequência	Percentagem (%)	Percentagem acumulada (%)
Indiferente	2	2,8	2,8
Insatisfeito	12	16,7	19,5
Satisfeito	58	80,5	100,0
Total	72	100,0	100,0

Segundo a tabela 5.11, podemos verificar que mais da metade dos trabalhadores (50,7%), optaram em trabalhar em equipes de saúde da família por acreditarem nos ideais do programa; 11,3% devido à estabilidade no emprego; 11,3% por receberem melhores salários; 8,5% como complementação salarial do consultório particular e 18,3% devido a outros motivos.

Tabela 5.11 – Distribuição dos CDs que atuam nas cidades da DRS VII, segundo o motivo de trabalhar em ESF		
Porque optou em trabalhar em uma estratégia da ESF?	Frequência	Porcentagem (%)
Acreditar no ideal do ESF	36	50,7
Complemento salarial do consultório	6	8,5
Estabilidade	8	11,3
Melhores salários	8	11,3
Outros	13	18,3
Total	71	100,0

A Tabela 5.12 nos indica as percepções dos CDs sobre alguns parâmetros em relação aos serviços de saúde, após a implantação da ESF; verificamos que 91,5% dos CDs avaliaram que após a implantação da ESF, os acessos dos usuários aos serviços de saúde melhoraram, para 8,5% ficou igual e nenhum profissional avaliou que piorou o acesso. Entre os trabalhadores 50% avaliaram estar mais motivados com o serviço, para 38,6% dos CDs não sentiram mudanças em relação à motivação e que 11,4% avaliam que sua motivação diminuiu. 91,5% dos CDs constataram que a integração com outros trabalhadores da saúde melhorou; para 7% ficou igual e 1,4% dos CDs avaliam que esta integração diminuiu. 72,9% dos CDs avaliam que após a implantação da ESF, as satisfações dos usuários com o serviço melhoraram; para 25,7% dos CDs, o nível de satisfação permaneceu igual e 1,4% avaliam que piorou. A resolutividade dos problemas melhorou para 71,8% dos CDs; 23,9% avaliaram que permaneceu igual e 4,2% avaliaram que a resolutividade dos problemas pioraram.

Tabela 5.12 – Percepções relativas ao trabalho, após a implantação da ESF, segundo os CDs que atuam nas cidades da DRS VII

	Melhor		Igual		Pior	
	Freq*	%**	Freq	%	Freq	%
Acesso aos serviços pelos usuários	65	91,5	6	8,5	0	0
Motivação dos trabalhadores	35	50,0	27	38,6	8	11,4
Integração com os demais trabalhadores	65	91,5	5	7	1	1,4
Satisfação dos usuários com o serviço	51	72,9	18	25,7	1	1,4
Resolutividade dos problemas de saúde	51	71,8	17	23,9	3	4,2

* Freq: frequência

** Porcentagem

A tabela 5.13 indica a frequência de algumas atividades executadas pelos CDs. A respeito da frequência de reuniões gerais com toda equipe de saúde da família, 42% dos CDs a realizam mensalmente; o mesmo percentual realiza esta atividade eventualmente; 10,1% realizam semanalmente e 5,8% nunca realizam esta atividade. Quando perguntado se os CDs participam de discussões de casos com o restante da equipe de saúde, 49,3% o fazem semanalmente; 37,7% eventualmente; 10,1% nunca participam de discussões de casos; enquanto que 2,9%, o fazem mensalmente. Sobre a participação dos CDs em reuniões inter-setoriais, 43,9% participam eventualmente; 31,8% nunca participam destas reuniões; 13,6% mensalmente; 10,6% participam de reuniões desta natureza semanalmente. As visitas domiciliares são realizadas eventualmente por 66,7% dos entrevistados; 17,4% nunca realizam visitas domiciliares; 8,7% a realizam semanalmente; enquanto que 7,2% realizam esta atividade mensalmente. Quanto à participação em reuniões do Conselho Local de Saúde ou Conselho Gestor, 48,5% dos CDs afirmaram que nunca participam; 32,4% participam eventualmente; 8,7% semanalmente e 7,2% participam mensalmente das reuniões do Conselho Local de Saúde. Quanto a regularidade das reuniões com os membros da equipe de saúde bucal, 51,5% dos CDs responderam que a realizam eventualmente; 30,9% a realizam mensalmente; enquanto que 14,7% dos CDs a realizam semanalmente e 2,9% nunca se

reúnem com os outros membros da equipe de saúde bucal. Quanto às reuniões com os demais membros da equipe de referência, 59,1% dos CDs se reúnem semanalmente; 19,7% eventualmente; 12,1% mensalmente e 9,1% dos CDs nunca fazem reuniões com sua equipe de referência.

Tabela 5.13 – Frequência e porcentagem de atividades desenvolvidas pelos CDs inseridos na ESF das cidades pertencentes à DRS VII

Atividades	Nunca		Semanal		Mensal		Eventual	
	Freq**	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Reunião geral	4	5,8	7	10,1	29	42,0	29	42,0
Discussão de casos	7	10,1	34	49,3	2	2,9	26	37,7
Reunião inter-setorial	21	31,8	7	10,6	9	13,6	29	43,9
Visitas domiciliares	12	17,4	6	8,7	5	7,2	46	66,7
Reunião com CLS*	33	48,5	1	1,5	12	17,6	22	32,4
Reunião c/a equipe de saúde bucal	2	2,9	10	14,7	21	30,9	35	51,5
Reunião de equipe de referência	6	9,1	39	59,1	8	12,1	13	19,7

* CLS: Conselho Local de Saúde

** Freq: frequência

Observa-se na Tabela 5.14 que 65,3% dos cirurgiões-dentistas possuem cursos de pós-graduação; sendo que 25,5% destes profissionais possuem especialização em saúde coletiva; seguidos por 14,5% de especialistas em saúde pública; 14,5% com especialização em saúde da família e 5,5% em gestão de serviços de saúde; os demais profissionais possuem cursos de especialização, residência e aperfeiçoamento em diversas áreas, como indicado na Tabela 5.15.

Tabela 5.14 – Distribuição dos CDs que atuam nas cidades pertencentes à DRS VII que possuem cursos de pós-graduação

Possuem pós-graduação	Frequência	Percentual (%)
Sim	47	65,3
Não	25	34,7
Total	72	100,0

Tabela 5.15 – Distribuição dos CDs inseridos na ESF das cidades pertencentes a DRS VII, segundo a especialidade

Especialização	Frequência	Percentual (%)
Acupuntura	3	5,5
Saúde pública	8	14,5
Buco-Maxilo	2	3,65
Dentística	1	1,8
Saúde da família	8	14,5
Endodontia	3	5,45
Estomatologia	1	1,8
Medicina bucal	1	1,8
Implante	1	1,8
Odontologia em saúde coletiva	14	25,5
Odontopediatria	3	5,5
Ortodontia	1	1,8
Pacientes especiais	1	1,8
Patologia	1	1,8
Periodontia	2	3,65
Ensino odontológico	1	1,8
Gestão	3	5,5
Prótese	1	1,8
Total	55	100

6 DISCUSSÃO

“A pessoa é o valor fonte de todos os valores”
Miguel Reale – Jurista (1910-2006)

A odontologia vem se tornando uma profissão exercida em sua maioria pelo sexo feminino, fato confirmado em pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), sobre o perfil dos CDs inscritos neste órgão. Segundo o estudo do CFO, 57,5% dos cirurgiões-dentistas são do sexo feminino, enquanto 42,5% correspondem ao sexo masculino (CFO, 2003). Nos serviços públicos de saúde, o quadro de profissionais da odontologia encontrado, ratifica os dados obtidos pelo Cerávolo (2006), CFO (2003), Teixeira (2004), Vilarinho, Mendes e Prado Júnior (2007), Rodrigues (2001) e Villalba (2007). Exceção feita ao estudo de Tristão¹ (2003), que encontrou dados opostos para a cidade do Rio de Janeiro. Em pesquisa sobre o perfil dos médicos que atuam nos serviços públicos de Campinas – SP encontrou-se 61% do sexo feminino e 39% de masculino (CAMPINAS, 2006). Tendência semelhante foi encontrada entre os CDs desta pesquisa onde o estudo encontrou 58,3% para o sexo feminino e 41,7% para o masculino.

A maioria destes profissionais graduou-se em faculdades privadas (60,6%), fato confirmado por pesquisas da literatura em outras regiões do país - na pesquisa nacional do CFO, 52,1% dos cirurgiões-dentistas são oriundos de faculdades privadas - e denuncia o caráter privatista do ensino superior, a pouca oferta de cursos em instituições públicas e a concentração destes cursos em regiões mais desenvolvidas do Brasil, contemplando uma pequena parcela privilegiada da população, contribuindo sobremaneira no perfil elitizado do profissional a ser formado.

¹Trabalho apresentado como comunicação coordenada no Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO 2003, onde se constatou que maioria dos trabalhadores da odontologia no Rio de Janeiro pertence ao sexo masculino (57%) e 61% se graduaram em faculdades privadas.

Verificou-se que mais de 40% dos entrevistados são oriundos de duas universidades privadas da região, a PUC de Campinas (PUCC) e a Universidade São Francisco de Bragança Paulista (USF). O perfil dos profissionais deste estudo e a forma de entendimento do processo saúde e doença, estão profundamente vinculados aos processos educacionais destas instituições.

O aumento do número de pessoas que se encontram em condições de trabalho precário no SUS tem preocupado bastante, nos últimos anos, os gestores e lideranças dos trabalhadores do setor (BRASIL, 2004d). As novas características que vem assumindo o trabalho frente aos processos de reestruturação produtiva e o posicionamento das instituições empregadoras frente ao contexto sócio-econômico atual vêm se constituindo em um importante ponto de tensão entre trabalhadores e empregadores, refletindo na qualidade dos serviços prestados à população. O termo precarização do trabalho foi definido, segundo o entendimento dos participantes do Seminário Nacional sobre Políticas de Desprecarização das Relações do Trabalho no SUS como

aquele que se exerce na ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, ou seja, o que é desprovido da devida cobertura por normas legais e não garante os benefícios que dão segurança e qualidade de vida ao trabalhador, o que inclui, entre outros, a aposentadoria, o gozo de férias anuais, décimo - terceiro salário e as licenças remuneradas de diversos tipos. Estão envolvidos trabalhadores que são contratados diretamente pelo órgão público mediante um vínculo temporário ou informal que se renova sistematicamente; ou ainda, trabalhadores que se incorporam à força de trabalho do setor público por meio de entidades terceirizadas tais como cooperativas e atuam como se fossem autônomos. (BRASIL, 2004c)

A flexibilização das leis trabalhistas e a deteriorização das condições de trabalhos vem sendo discutidas no contexto da globalização da economia, no esvaziamento do Estado pelas políticas neoliberais, pela busca incessante de superávits primários na economia, resultando em cortes drásticos de despesas nos setores sociais, acarretando perda na qualidade dos atendimentos e desassistência à população. O grau de comprometimento do setor saúde é tamanho que afetou praticamente todas as instituições, conforme apontado no seminário

Praticamente nenhuma instituição pública vinculada ao SUS pode se vangloriar de não abrigar trabalhadores em situação de precariedade. Talvez o mesmo possa ser dito das entidades privadas que compõem o setor complementar (conveniado e contratado) do SUS.

Com a promulgação da Constituição de 1988, os trabalhadores dos serviços públicos passaram a ser regidos pelo modelo estatutário, regulamentado pelo Regime Jurídico Único (RJU). Porém, a correlação de forças entre os diversos setores da sociedade, passaram a questionar a vinculação dos servidores pelo regime estatutário e a flexibilização das leis trabalhistas ganharam corpo, capitaneadas pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). A promulgação da Emenda Constitucional Nº 19 de 1998, na prática, desobrigou o Estado a seguir o modelo estatutário, flexibilizando a forma de vínculo de trabalho na administração pública, com exceção de alguns setores considerados estratégicas para o Estado.

As formas pelas quais os profissionais são contratados e, conseqüentemente, os tipos de vinculação com as instituições empregadoras, constituem num importante avaliador do grau de priorização dos governos em relação à saúde e o papel exercido pelas comunidades, enquanto controle social. Machado¹ (2002, apud LOURENÇO, 2005) enumera algumas formas de contratação, como convênios com Organizações Não Governamentais (ONGs) ou cooperativas, contrato com empresas por meio de licitação; contrato temporário renovável por até quatro anos; criação de cargos efetivos mediante concurso público e ainda cargos em comissão. Enquanto que as formas de seleção têm sido entrevistas e/ou análises de currículos e concursos públicos.

Em 23 de dezembro de 2003, o Ministério da Saúde, com o intuito de garantir a oferta de profissionais com perfil adequado para o SUS, publica a portaria ministerial de Nº 2430/GM que cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no

¹ Machado MH. Programa saúde da família no Brasil – algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUSA MF. Organizador. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002.

SUS e dá outras providências, dentre elas, realizarem o recadastramento nacional dos trabalhadores com vínculo de trabalho precário; definir um modelo de cadastro mínimo; dimensionar e estimular a realização de concurso público nas três esferas de governo; realizar o levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS; indicar as formas legais de contratação; propor mecanismos de financiamento pelo Governo Federal que estimulem as formas legais de relações de trabalho no SUS, com especial ênfase para a organização das equipes de saúde da família e outras.

A contratação através de concurso público para 78,9% dos entrevistados neste estudo deve ser vista como algo extremamente positivo, porém algumas ressalvas devem ser feitas: trata-se de uma região diferenciada economicamente, localizada no estado mais rico da nação e com um histórico de conquistas na área da saúde. Na região da DRS VII, 65,3% são funcionários efetivos e 31,9% são contratados pela CLT, portanto 97,2% dos trabalhadores têm relativa estabilidade no emprego e garantia dos seus direitos trabalhistas. O tempo médio de atuação nas equipes de saúde da família de 3,7 anos confirma esta relativa segurança na função exercida. Estes números não refletem a realidade brasileira, no sul e nordeste menos da metade dos profissionais ingressaram por concurso público e o trabalho precário foi maior no PSF (FACCHINI, 2006). Em Minas Gerais, 66,9% dos municípios afirmaram possuírem contratações instáveis (LOURENÇO, 2005).

A tranquilidade para se exercer o trabalho e a vinculação dos profissionais com o serviço os legitimam perante a comunidade, ao contrário das contratações por tempo determinado e todas as formas de contratações precarizadas, por vezes se dando através de indicações políticas, desvinculam os profissionais de sua clientela e seu território de atuação e os desresponsabilizam pelo cuidado de sua comunidade.

A questão salarial representa 53,4% das queixas apresentadas pelos Cirurgiões-Dentistas no serviço público (CFO, 2003). No Rio de Janeiro, os cirurgiões-dentistas possuem

renda mensal de até R\$ 3 mil e 82,5% necessitam complementar a renda com o consultório particular (TRISTÃO, 2002). Entre os médicos da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas-SP apenas 25% tem somente o vínculo com a prefeitura; 42% mais um vínculo e 13% tem dois vínculos além da prefeitura de Campinas. Na região estudada, a média salarial dos profissionais é acima dos R\$ 3 mil, para uma jornada de trabalho completa de 40 horas semanais. Os trabalhos em ESF representam à possibilidade de melhores ganhos salariais e/ou uma complementação da renda mensal para 11,3% e 8,5% dos entrevistados, respectivamente, o que não representa a melhor forma de vinculação dos profissionais que trabalham em saúde da família. A estabilidade no emprego é outro fator importante da opção de se trabalhar em serviços públicos.

O estudo revelou que mais da metade dos entrevistados foram trabalhar em equipes de saúde da família por acreditar nos ideais da ESF, porém para maioria deles não foram ofertadas outras opções de inserção no trabalho. Em Campinas os profissionais tiveram de migrar compulsoriamente, para trabalho em equipes de saúde da família, o que efetivamente, coloca em dúvida a identificação destes profissionais com as propostas do modelo, interferindo na motivação pessoal para o trabalho¹ e na efetiva mudança no modelo de atenção à saúde. Na pesquisa realizada pelo Sindicato dos Médicos de Campinas em parceria com a Secretaria de Saúde sobre o perfil dos médicos, 24% responderam que trabalham no serviço público por ideal, 40% devido à estabilidade no emprego e 21% por necessidade de trabalho (CAMPINAS, 2006).

Verificou-se que 80,5% dos entrevistados estão satisfeitos com seu trabalho e que 88,6% acham que sua motivação pessoal melhorou ou permaneceu a mesma, após a implementação da ESF (Tabela 5.12). Este fato deve ser creditado a diversos fatores positivos das ESFs na opinião dos entrevistados deste estudo como: maior interação com a equipe e

¹ Pela análise da tabela 12, verifica-se que metade dos trabalhadores considera que sua motivação piorou ou permaneceu igual, após a implantação da ESF.

com os usuários; promoção de saúde; maior acesso aos serviços pelos usuários; acolhimento; maior vínculo profissional-usuário; trabalho em equipes multidisciplinares; reuniões de equipes; trabalho dos agentes comunitários de saúde; visitas domiciliares, gestão participativa, dentre outros. O depoimento de um entrevistado ratifica os achados da pesquisa e indica a vontade de realizar outros procedimentos mais especializados

[...] é gratificante você resolver pelo menos o básico dos problemas dos pacientes. Conseguir mudar o jeito de pensar das pessoas em relação a importância da saúde bucal. Tirar a dor do paciente. Ele sai todo agradecido. Oferecer outras possibilidades do que extração dentária. Você não pode fazer de tudo na rede. Gostaria de fazer perio. Não faço por causa de instrumentais e uma melhor capacitação. Todos deveriam fazer o básico de periodontia.

A gestão colegiada ou participativa em todos os níveis do sistema constitui num dos principais sustentáculos do programa de saúde da família e um dos pontos avaliados como positivos pelos profissionais deste estudo. Ao contrário do Taylorismo onde se administram pessoas como se fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade própria (CAMPOS, 1998). A gestão colegiada permite a troca de saberes entre todos os atores, participando efetivamente na construção e defesa do modelo de atenção à saúde que está sendo implementado. A participação dos CDs nos diversos fóruns colegiados dentro da unidade pode ser considerada bastante favorável, visto que quase as totalidades dos entrevistados participam de reuniões gerais; apenas 10,1% dos profissionais nunca participam de discussão de casos com a equipe; 2,9% dos CDs nunca participaram de reuniões com a equipe de saúde bucal e somente 9,1% nunca participaram de reuniões com a equipe de referência (Tabela 5.13). Estes fóruns constituem em espaços importantes de gestão do cuidado, de educação permanente dos trabalhadores, de estreitamento de vínculos, de construção de projetos terapêuticos e socialização dos conhecimentos. A efetiva participação dos profissionais das equipes de saúde nos diversos fóruns colegiados existentes foi apontada neste estudo, como fator positivo trazido após a implantação das ESFs nas cidades,

propiciando maior integração entre os profissionais, maior resolutividade dos problemas e melhores ambientes de trabalho.

Os Colegiados Gestores são um dispositivo gerencial, implantado na cidade de Campinas, a partir de 2001 com a criação do Programa Paidéia de Saúde da Família. Tem como funções básicas a alteração das relações de poder e a construção da democracia nas instituições, bem como, a construção de sujeitos dos processos de trabalho. Campos (1997) explanando sobre a subjetividade da administração de pessoal afirmou que “A coluna vertebral da Gestão Colegiada estaria em instituir processos gradativos de cada vez maiores delegação de autonomia para as equipes, criando, no entanto, ao mesmo tempo, novos padrões de responsabilidade com a saúde dos cidadãos.” Os colegiados são compostos por representantes dos trabalhadores, eleitos ou indicados por eles e pelo gestor da unidade. São de responsabilidade dos Colegiados Gestores o acompanhamento e avaliação do planejamento da unidade; compartilhamento e encaminhamento dos principais problemas de gestão e garantir o funcionamento da unidade.

A participação dos CDs em fóruns externos a unidade é extremamente limitada. Os profissionais de saúde encontram muita dificuldade em participar de reuniões inter-setoriais devido a diversos fatores: pouca flexibilidade nas agendas dos profissionais; falta de incentivo dos gestores; compatibilizar as agendas com os outros setores envolvidos; pouco interesse dos profissionais; preocupação com a demanda interna; perfil dos profissionais envolvidos, dentre outros. Buscar a integração com instituições e organizações sociais, principalmente nas áreas de abrangência das equipes constitui num dos princípios gerais das Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2006). O entendimento do processo saúde-doença em todos os seus determinantes é de fundamental importância para a efetiva melhora na qualidade de vida da população e faz parte das atribuições dos CDs das equipes de saúde da família. Porém, a intersetorialidade é apenas mais um método de intervenção e assim deve ser considerado. Em

uma reflexão sobre o tema, em um texto interno da Secretaria de Saúde de Campinas, Campos (2001) afirmou que:

Problemas complexos podem ser trabalhados através de uma combinação simples de recursos. Com o tempo, a própria ação do projeto irá ampliando as instituições e agrupamentos envolvidos com um determinado tema. Esperar por uma intersetorialidade ideal ou pela combinação ideal de recursos é cair no imobilismo. Começa-se com o disponível e busca-se, com sistema e planejamento, agregar novos recursos ao Projeto.” (O Método Paidéia (da Roda) aplicado à saúde coletiva

Em relação ao Controle Social, a participação dos CDs nos Conselhos Gestores ou Conselhos de Saúde das unidades é pouco representativo. Pode ser entendido como “... a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da comunidade” (RADIS, 2001). A Lei 8142 estabelece a composição tripartite dos Conselhos de Saúde, divididos em 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores e prestadores de serviços. O componente dos trabalhadores tem sido o de mais difícil mobilização. A participação de dentistas nos conselhos ou mesmo a inclusão de temas relativos à saúde bucal tem baixa prevalência nas reuniões. Em um estudo no Estado do Paraná, Alves-Souza e Saliba (2003) encontrou média de 15,23% de intervenções de temas sobre saúde bucal nos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios da 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. No entanto, a autora considera que os temas abordados não foram capazes de gerar discussões relevantes entre os participantes, tendo um caráter apenas informativo. Constata-se a necessidade de maior representatividade da categoria odontológica nos Conselhos de Saúde, a fim de democratizar as informações e construir vínculos participativos em saúde. Neste estudo, quase a metade dos entrevistados nunca participaram de reuniões dos Conselhos Locais de Saúde e 32,4% participam eventualmente e apenas 7,2% freqüentam mensalmente as reuniões. Os temas relativos à saúde bucal ficam relegados ao segundo plano. As discussões, quando existem se tornam superficiais, burocráticas ou simplesmente, prestações de contas dos gastos com saúde bucal. Durante as entrevistas deste estudo, um dos profissionais relatou o desconhecimento dos

membros do CLS a respeito dos procedimentos oferecidos pela rede e de seu papel enquanto conselheiros de saúde, realizando não só a função fiscalizadora, mas também na formulação de políticas de saúde

Eu fazia parte do CLS. Tinha alguma discussão sobre saúde bucal por eu fazer parte do conselho. Falta a população conhecer a importância da saúde bucal. Queriam tratamentos que não eram oferecidos pela rede, como estética, clareamento. Eles não tem a noção do que eles precisam. Nunca pautaram o tema nas reuniões de conselho. Só discutiram saúde bucal quando viram que iriam perder dentista e que a fila de espera estava grande. Como são feitos os acolhimentos e os atendimentos de urgência, a população não tem noção da falta de dentista, mas para tratamento mesmo não tem muita vaga. Nunca se pautou planejamento e agendamento com o CLS.

A realização de visitas domiciliares (VD) pela equipe de saúde bucal foi apontada neste estudo como um dos pontos positivos do programa pela maioria dos profissionais. Segundo Barros et al. (2006) as VDs são consideradas como

Atividade de assistência à saúde exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade. Constituindo-se em um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial, além de uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo de saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando à promoção da saúde da coletividade.

A mesma autora classifica as VDs como um método eficiente de promoção do autocuidado, buscando sempre que possível, a autonomia dos sujeitos e despertar na população a preocupação com sua saúde e orientá-la na resolução de seus problemas (BARROS et al., 2006). As VDs podem ser entendidas enquanto atividades fins, com objetivos específicos de visitas domiciliares terapêuticas e assistências regulares à pacientes acamados. As VDs caracterizadas como atividades meio são destinadas a realização de buscas ativas em demandas reprimidas, desenvolver atividades de promoção e prevenção à saúde (COELHO; SAVASSI, 2002). Apesar dos inúmeros benefícios que as visitas domiciliares apresentam como conhecer “in loco” as condições de saúde da comunidade; maior envolvimento da família com o planejamento e a execução dos cuidados de saúde necessários; fortalecimento dos vínculos entre usuários e trabalhadores. Alguns entrevistados neste estudo consideram as VDs como um problema para a equipe de saúde da família. Isto se deve a grande demanda

que “bate à porta” das unidades de saúde e que dificultam as saídas dos profissionais, tendo que necessariamente optar pelos trabalhos assistenciais internos. Outras desvantagens são decorrentes à falta de segurança para se inserir em ambientes com alto índice de criminalidade; a insuficiência de recursos humanos; logística inadequada, devido à falta de transporte para os profissionais. As visitas nos domicílios demandam um tempo maior para a assistência dos usuários, seja pelo tempo de deslocamento ou pelas dificuldades apresentadas pela falta de condições ideais de atendimento no domicílio (BARROS et al., 2006). Portanto é dever de toda equipe de saúde avaliar condições necessárias para efetuarem as ações; conhecer a fundo os parâmetros epidemiológicos da região; conhecer o território em toda a sua dinâmica e peculiaridades e planejar exaustivamente as ações, avaliando os riscos e equacionando as demandas internas e externas às unidades.

O trabalho com equipes multiprofissionais atuando em conjunto para benefício dos usuários do sistema de saúde, se constitui num dos diferenciais da ESF em termos de organização do processo de trabalho. A proposta do trabalho em equipes tem sido utilizada no enfrentamento do processo de especialização na área da saúde, sem, no entanto, abolir com as especificidades técnicas de cada trabalho, conforme definiu Peduzzi (2001). O mesmo autor definiu este tipo de divisão do trabalho como

Em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

Franco e Merhy (1999b) refletindo sobre as contradições e desafios das ESFs, afirma que o trabalho multiprofissional por si só não é capaz de romper com a supremacia do médico nas equipes, porque o programa não opera nos micros-processos de trabalho em saúde ou no cotidiano dos profissionais, mas apenas em uma mudança na estrutura ou no desenho dos serviços e afirma que “embora o trabalho esteja direcionado para as práticas

multiprofissionais, nada garante nas estratégias do PSF que haverá ruptura com a dinâmica médico-centrada, do modelo hegemônico atual”.

Os profissionais da DRS VII entrevistados nesta pesquisa, a maioria apontaram o trabalho multiprofissional como fator positivo da ESF; mais de 59% afirmaram que realizam reuniões semanais com os membros da equipe de referência e quase 50% participam de fóruns de discussões de casos semanalmente. Porém o tema saúde bucal é pouco pautado nas reuniões multiprofissionais, havendo mais reuniões informais, conforme o relato a seguir:

como os dentistas participavam das reuniões, nós éramos questionados se conheciam os pacientes, se eles passaram em consulta. A saúde bucal é vista meio de lado. Enfocam muito mais as outras partes do corpo. As discussões eram muito mais no dia a dia, quando me encontrava com os pediatras, os clínicos, quando eles encaminhavam os casos.

Medir o acesso da população à assistência é um importante indicador de efetividade dos serviços. A efetividade, segundo Narvai (1996), expressa o desempenho do programa ou das ações em desenvolvimento, em termos quantitativos. O acesso é caracterizado como a relação entre o total de exames clínicos realizados sobre a população total da área. Para Hortale, Conill e Pedroza (1999) acesso é o total de recursos financeiros e de saúde numa zona determinada deve ser entendido não somente enquanto categoria geográfica e econômica, mas também organizacional e sócio-cultural. Na percepção de 91,5% dos cirurgiões-dentistas deste estudo, os acessos da população aos serviços de saúde melhoraram. Porém, muitos estudos apontam que uma parcela importante da população não tem acesso aos serviços odontológicos (BARROS; BERTOLDI, 2002; IBGE, 2000; BRASIL, 2004b). Segundo a pesquisa da PNAD, O SUS contribui com 24% do total dos atendimentos odontológicos e a falta de vagas ou senhas foi à causa da maioria dos casos (43%) de insucessos nos atendimentos. Entre a população mais pobre, o SUS é responsável por 68% dos atendimentos odontológicos (BARROS; BERTOLDI, 2002). Segundo o mesmo autor, o

acesso a esta parcela da população tende a diminuir com a idade, o que contraria a tendência global atual.

O acesso universal aos serviços de saúde, enquanto direito constitucional regulamentado através da Lei 8080, não foi suficiente para eliminar as desigualdades (BARROS; BERTOLDI, 2002). Verifica-se que a população mais pobre e com menor nível de escolaridade tem menos acesso aos serviços de saúde. Outros fatores que dificultam o acesso e que foram citados neste estudo foram à insuficiência de recursos humanos, a estrutura precária das unidades, a grande demanda assistencial e o pouco envolvimento dos usuários com relação à saúde bucal. A implantação das ESFs nas cidades e conseqüentemente a reorganização dos processos de trabalhos das unidades, contribuíram sobremaneira para a ampliação do acesso. Um dos fatores chaves neste processo deve-se ao acolhimento (FRANCO; BUENO e MERHY, 1999a) que possibilita regular o acesso por meio de ofertas de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a maior satisfação do usuário (SCHIMITH; LIMA, 2004). No estudo realizado por Franco em Betim (MG) no ano de 1999 constatou-se que através do acolhimento e da reorganização dos processos de trabalho, um aumento na produtividade dos profissionais de saúde por hora trabalhada. Neste mesmo estudo verificou-se um aumento na resolutividade das queixas, proporcionado pela melhor escuta dos problemas. Porém, ampliar o número de equipes de saúde da família sem abrir espaços para novas formas de organização no processo de trabalho, não garante a ampliação do acesso. Muitas equipes continuam centradas no profissional de nível superior, que por sua vez, saem pouco para o território. As unidades continuam funcionando em horários restritos e produzindo filas desumanas que impedem o livre acesso aos serviços. As agendas dos profissionais são configuradas das mais variadas formas e podem facilitar ou dificultar a inserção dos usuários ao sistema de saúde. Ao se organizar uma agenda deve-se levar em consideração o perfil epidemiológico da população; a disponibilidade de recursos humanos e

materiais; a carga horária de trabalho dos profissionais; o trabalho a quatro mãos com pessoal auxiliar; a presença ou não do THD; os perfis individuais dos trabalhadores como: motivação, habilidade e capacitação técnica. Cabem ao gestor da unidade analisar todos estes parâmetros e configurar a agenda ideal para cada serviço, equacionando as demandas por consultas de urgências, as consultas programáticas e considerando o tempo disponível para as reuniões de equipe e as atividades externas às unidades.

A população adulta, historicamente, sempre esteve marginalizada quanto ao acesso à assistência odontológica. Esta lógica começa a ser mudada com a implantação da ESF, onde se propõe a substituição dos indivíduos pelas famílias enquanto objeto central da atenção à saúde (MANFREDINI, 2007). Na cidade de Campinas, apesar de todos os esforços das administrações anteriores, principalmente a partir da implantação do Paidéia, onde mais de 20% dos cirurgiões-dentistas tiveram a oportunidade de se especializarem em Odontologia em Saúde Coletiva; houve ampliações de carga horária dos CDs; contratações de profissionais; ampliações de consultórios odontológicos na atenção básica e especializada; incorporação do critério de risco na organização dos processos de trabalho das equipes de saúde bucal. Constatamos que ainda não foi possível ampliar o acesso da população aos serviços, visto que a própria Secretaria de Saúde de Campinas tem como meta, para os anos de 2004 a 2008, assegurar o acesso a somente 12% da população. No ano de 2001, a taxa de acesso à primeira consulta odontológica foi de 7% da população. Resultado semelhante foi encontrado em 2005 (7,26%), apesar dos investimentos no setor. A mesma média de acessos se manteve para os anos subsequentes. No Rio Grande do Sul, em uma série histórica de indicadores, Ely (2002) encontrou para os anos de 1996 a 2002 uma variação do acesso a primeira consulta odontológica de 9,13 a 10,51. A tabela 6.1 mostra os dados de cobertura da primeira consulta para as cidades pertencentes à DRS VII, com Equipes de Saúde Bucal.

Tabela 6.1 - Cobertura de primeira consulta odontológica entre as cidades pertencentes à DRS VII no ano de 2007

Municípios	Cobertura 1ª Consulta
Amparo	14,71
Artur Nogueira	13,87
Atibaia	3,92
Bragança Paulista	11,24
Campinas	8,72
Holambra	41,06
Hortolândia	5,84
Indaiatuba	7,38
Itatiba	5,48
Jundiaí	6,39
Lindóia	11,65
Pedreira	15,39
Santo Antonio de Posse	8,9
Serra Negra	16,83
Sumaré	2,37

Fonte: Ministério da Saúde e IBGE

Os números de Campinas representam um alerta e não condizem com a história e a importância que a cidade tem na construção de um sistema de saúde público de qualidade. A análise da Tabela 16 indica que as cidades estudadas continuam restringindo o acesso da população à assistência odontológica, com exceção da cidade de Holambra. Porém, os profissionais entrevistados têm a percepção oposta aos resultados obtidos e avaliam, empiricamente, que o acesso aos serviços aumentou com a implantação da ESF, como mostra o relato de um dos entrevistados “Houve maior acesso ao serviço, mas o número de funcionários e de recursos humanos permaneceu o mesmo, sobrecarregando muito os servidores, que não conseguem ser resolutivos”.

A contradição entre os números oriundos das bases de dados de produção dos profissionais e a percepção dos profissionais pode ser explicada, em parte, pelas subnotificações dos dados e a pouca importância que os profissionais dedicam no preenchimento das planilhas de produção. A verificação da primeira consulta odontológica no ano é um ato frequentemente esquecido pelos profissionais, principalmente após os primeiros meses do ano. Os gestores das unidades contribuem sobremaneira para o agravamento da situação,

não realizando as devolutivas dos dados gerenciais e não problematizando os resultados obtidos com os profissionais envolvidos.

A falta de acesso aos serviços de saúde bucal traz consequências drásticas à saúde da população. A mais prevalente é a cárie resultando na perda dentária, com diminuição da eficiência mastigatória, interferência na auto – estima, sofrimento das pessoas, dificuldade na inserção no mercado de trabalho, dentre outros. A perda dentária está intimamente ligada às questões sociais. A população mais pobre, com menos recursos financeiros, é muito mais vulnerável e quase que totalmente dependente dos serviços de saúde públicos. Vargas e Paixão (2005) afirma em seu artigo sobre perda dentária e seu impacto na qualidade de vida das pessoas que

É extremamente cruel que as pessoas sejam obrigadas a se mutilar por não possuírem condições econômicas para pagamento do tratamento necessário e por falta de acesso a um serviço público que tenha uma resolutividade melhor e não ofereça somente extrações. Por precisarem de uma solução imediata para seus problemas de dor de dentes, que possibilite o retorno rápido a suas atividades cotidianas, os indivíduos aceitam a extração.

Com o objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças, o Ministério da Saúde propõem duas formas de inserção da saúde bucal nos programas integrais de saúde: através de linhas de cuidado e por condição de vida, que levam em consideração as especificidades das idades (criança, adolescente, adulto e idoso) ou condições de vida determinadas, como saúde da mulher, do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outros (BRASIL, 2004b).

Outros dados importantes extraído da pesquisa dizem respeito à qualificação dos profissionais. Cerca de dois terços dos entrevistados (65,3%) declararam terem feito cursos de pós-graduação. Destes, mais de um quarto (25,5%) se especializaram em Odontologia em Saúde Coletiva¹, muito acima da média nacional para esta especialidade¹. O que, em tese,

¹ Cerávolo (2006) encontrou em seu estudo sobre o perfil dos cirurgiões dentistas do Paidéia, o total de 29,75% de especialistas em Saúde Coletiva para o município de Campinas.

deveria reverter em benefício para a população, transformando o quadro de acesso historicamente encontrado e reorganizando os processos de trabalho das unidades, contemplando as diretrizes previstas para a Estratégia de Saúde da Família. Verificou-se na prática que oferecer especializações em saúde coletiva, sem critérios de escolha dos profissionais e na maioria das vezes, totalmente descoladas das realidades dos serviços, pouco contribuem para a efetiva mudança das práticas de saúde exercidas. Em Campinas, além da especialização em saúde coletiva em parceria com a Unicamp, houve capacitações dos módulos introdutórios do Programa Paidéia, conforme o relatado

Tivemos o módulo introdutório do Paidéia, especialização da Unicamp e outra capacitações por conta. Os aprendizados podem ser transferidos para os consultórios particulares, é só estar aberto. Tem bastantes capacitações em geral, para dentista um pouco menos. Fazemos meditação, tabagismo, liang-gong e outras, mas não específicas para saúde bucal. Em lugares mais diferenciados, a população pergunta sobre suas capacitações, se você faz implante, querem saber se você está atualizado.

A falta de capacitações contínuas ou programas de educação permanente oferecidos aos trabalhadores e que levassem em conta as singularidades de cada unidade, foram amplamente mencionados pelos entrevistados como um problema das ESFs a serem ultrapassados. Medeiros et al. (2007) em pesquisa sobre as expectativas dos cirurgiões dentistas com a inserção no PSF, no município de Mossoró (RN), constatou que 72,9% dos CDs não participaram das capacitações do módulo introdutório. Segundo o mesmo autor, os cursos do módulo introdutório têm a função de:

[...] adaptação dos profissionais às especificidades da metodologia de trabalho do PSF, na perspectiva de superação das formações super especializadas, facilmente encontradas nas universidades brasileiras, especialmente nos cursos da área da saúde.

A preocupação com as capacitações dos profissionais preparando-os adequadamente para o mercado de trabalho nas equipes de saúde da família foi tema de pesquisa realizada pelo CFO (2004), na qual constatava

¹ Pesquisa Nacional realizada pelo CFO em 2003 sobre o perfil dos CDs encontrou 6,7% de especialistas em Saúde Coletiva.

Além de resgatar uma dívida histórica, o avanço da Saúde Bucal tem feito os governos se depararem com um desafio de iguais proporções: a capacitação. Desde que foram incluídas no PSF, pela portaria ministerial 1.444 de 28/12/2000, as equipes de Saúde Bucal têm precisado superar uma crônica falta de preparo de seus recém-formados para atuar em saúde pública.

Os depoimentos dos profissionais entrevistados neste estudo evidenciam a preocupação com a falta de capacitações

O PSF seria 100% se houvessem mais cursos de capacitação profissional para cada integrante da equipe

Carência de capacitações/atualização

Não tem cursos de capacitação odonto/PSF

Falta de aprimoramento profissional

A compreensão da influência dos determinantes sócio-culturais no processo saúde-doença tem relação direta com o tipo de formação recebido pelos profissionais de saúde em nossas instituições de ensino. A formação voltada para o biológico ou às abordagens puramente técnicas tem influência direta no relacionamento profissional/usuário. A valorização das subjetividades trazidas pelos usuários facilitam o entendimento das singularidades de cada situação, aumentando a resolutividade dos problemas de saúde e redirecionando o foco para o usuário.

6.1 Análise Qualitativa do Estudo

A partir das análises qualitativas deste estudo procurou-se aprofundar os temas a cerca da implantação da ESF nas cidades pertencentes à DRS VII, obtidos através das questões abertas do questionário e nas entrevistas com alguns profissionais selecionados. A primeira

questão aberta questionava sobre os principais problemas decorridos a partir da implantação da ESF, nas respectivas localidades dos entrevistados.

A preocupação com a demanda excessiva de usuários, bem como, a falta de organização dessa demanda foi de longe o principal problema apontado pelos entrevistados. Os achados da literatura corroboram com os resultados desta pesquisa. Pedrosa e Teles (2001) relatou a preocupação dos médicos com a chegada de novas famílias. Cerávolo (2006) no estudo sobre o perfil dos CDs de Campinas, os profissionais pesquisados apontaram como principal aspecto negativo a demanda reprimida. Silveira Filho (2002) relaciona a dificuldade de superação do modelo tradicional de saúde com a grande demanda reprimida e necessidades acumuladas.

A palavra demanda (do latim *demandare* = “ir em busca de”) por um bem ou serviço pode ser definida, segundo Iunes (1995), como “*a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas as suas restrições orçamentárias*”. Vale ressaltar a diferença entre o conceito de demanda e do conceito de necessidade. Jeffers, Bognanno, Bartlett¹ (1971, apud IUNES, 1995), discorre sobre as diferenças entre estes dois conceitos:

[...] a demanda está centrada sobre a liberdade e a autonomia de escolha do consumidor segundo sua própria estrutura de preferências, o conceito de necessidade é uma definição exógena feita por um expert. Em sua interpretação mais comum, o conceito de necessidade é definido como “aquela quantidade de serviços médicos que a opinião médica acredita deva ser (ênfase nossa) consumida em um determinado período de tempo para que as pessoas possam permanecer ou ficar tão saudáveis quanto seja possível segundo o conhecimento médico existente.

Apesar da grande demanda as equipes de saúde, em sua maioria, não organizam as portas de acesso aos serviços de saúde bucal. Ainda continuam trabalhando com demanda espontânea e privilegiando determinados grupos ou faixas etárias. Não trabalham por

¹ Jeffers JR, Bognanno MF e Bartlett JC. On the demand versus need for medical services and the concept of "Shortage". Am J Public Health 1971; 61(1): 46-63.

classificação de riscos, ignorando os protocolos existentes. O relato a seguir de um profissional ilustra a observação

Não trabalha com classificação de risco. Sempre quis trabalhar. Os pacientes de alto risco são os que mais fogem, várias vezes tentaram agendar mais eles faltavam, faziam só a emergência ou as coisas que eles queriam mais. Tentou várias vezes mais não deram certo, as ACDs achavam complicado. Recentemente foi instituído uma classificação de risco, pegamos a lista de espera e chamamos todos os pacientes, fizemos palestras educativas e examinamos todos os pacientes e classificamos por risco. Não tinha um modelo de classificação definido, não era combinado com os outros profissionais, era mais a percepção individual, seria legal chegar a um consenso, mais isso leva tempo. Não trabalha com linhas de cuidado, mas prioriza os atendimentos às gestantes e crianças.

O número insuficiente de recursos humanos é outro ponto negativo com grande destaque na pesquisa. Os questionamentos a seguir, extraídos dos relatos dos entrevistados, deixam claro esta preocupação

número de profissionais na equipe não ter acompanhado a proporção (relação) de quantidade aumentada de usuários, após a implantação do programa.

Muita propaganda para a população, que passou a exigir mais, porém não tivemos investimento humano e material

RH insuficiente para a realização das ações propostas

RH menor que o necessário para que haja resolutividade dos problemas de saúde da população

Poucos profissionais para atendimento da população. Não há contratação, realização de concursos públicos.

A escassez de profissionais também acarreta uma distorção no atendimento clínico, pois limitam o atendimento de pacientes crônicos e a aplicação de programas preventivos, não atendendo as reais necessidades de saúde da população, transformando as consultas em prontos-atendimentos (PA), segundo relata um profissional que “[...] na área bucal, devido aos poucos profissionais para atendimento das necessidades, caracterizando o serviço de PA.”

Os atendimentos de urgências também fazem parte das obrigações a serem cumpridas pelos dentistas, devendo-se levar em consideração o quadro epidemiológico de cada localidade e traçar um planejamento adequado ao perfil da região.

A não incorporação dos outros profissionais que compõem as equipes de saúde bucal, os THDs e os ACDs e, conseqüentemente, a não realização dos trabalhos a quatro ou seis mãos, impactam diretamente na quantidade de atendimentos realizados pelas equipes e nas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. É preciso investir fortemente na contratação e capacitação destes profissionais, para adequá-los ao trabalho em equipe, exercendo suas funções na plenitude de suas atribuições. O depoimento a seguir ilustra o cenário descrito

Tem papel fundamental, pela quantidade de pacientes. Participam da administração, lavagem de instrumental, recepção, atividades junto ao dentista, aqui não trabalhamos a 4 mãos, tentou-se mas não conseguimos. vieram de equipe móvel onde trabalhava, tinha melhor rendimento. O ACD não se sente parte do atendimento, quando se trabalha isoladamente. No trabalho a 4 mãos o CD se sente importante, conhece melhor o paciente e tem melhor vínculo. Os profissionais e os ACDs não estavam acostumados a trabalhar a quatro mãos. Os ACDs tem uma liberdade maior, quando não estão presos a cadeira odontológica, eles saem quando querem, tomam um cafezinho e os outros profissionais não ajudaram a mudar. Não rolou. Outra história é a quantidade de ACDs, você não tinha uma quantidade suficiente, sempre um CD iria ficar de fora, então ficaram todos de fora. Tem uma ACD que faz a função de THD. Ela faz palestras, vai nas escolas. Os CDs da rede precisam de ajuda, precisa mudar esta situação. Um CD trabalhando sozinho é absurdo, você tem muitos pacientes, a demanda é enorme. Participam de ações educativas.

Nota-se, pelo relato descrito, que apesar da plena consciência do profissional do que deve ser feito e da importância que estes profissionais possuem para reorganização da assistência odontológica, não se conseguiu mudar os processos de trabalho das equipes de saúde bucal.

Outro problema apontado pelos entrevistados seria o de ter sido criado, por parte dos usuários, muitas expectativas impossíveis de serem cumpridas, a partir da implantação da ESF, conforme os relatos descritos por dois entrevistados

Expectativa da população de que a saúde sozinha resolve sua qualidade de vida

Criação de expectativas que não são possíveis de serem contempladas

Ao procurar um serviço de saúde, os usuários buscam, dentre outras coisas, serem bem acolhidos, a resolutividade de seus problemas e um atendimento qualificado (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAES, 2004). O que os entrevistados chamam de expectativas, na verdade são direitos dos cidadãos acumulados durante todos estes anos de exclusão e que perceberam na implantação da ESF e na reorganização dos processos de trabalho, a oportunidade de acesso aos serviços de saúde e de verem atendidas as suas necessidades.

Umas das características fundamentais da ESF que é a divisão do território em áreas de abrangência, vinculadas a uma equipe de referência, também é apontada como problemático por alguns profissionais. Esta diretriz da ESF tem a finalidade de proporcionar maior vínculo entre os usuários e trabalhadores, sem, no entanto, destruir os já existentes. Outra função seria o de organização dos processos de trabalho das equipes. Observa-se pela resposta citada, uma burocratização da diretriz, um enrijecimento de uma norma estabelecida para facilitar o trabalho dos profissionais. A distorção da diretriz por parte das equipes dificulta o acesso dos usuários ao serviço, “fechando as portas” aos usuários de outras equipes de referência, mesmo de uma mesma unidade de saúde. Outro problema decorra da falta de planejamento e critérios claros para estabelecer a divisão das áreas, como áreas de risco ou vulnerabilidade, adensamento populacional, distância da unidade de saúde e outros critérios, sobrecarregando uma região, mais que outras.

O horário de funcionamento das unidades foi outro ponto elencado como negativo pelos dentistas. Geralmente as unidades de saúde funcionam de segunda a sexta-feira e até às 17:00 horas, dificultando o acesso da população adulta, devido a seus compromissos de trabalho, normalmente até às 18:00 horas. O não funcionamento das unidades aos sábados e feriados prolongados, além de restringir o acesso dos usuários, limitam o atendimento clínico às urgências odontológicas, acarretando maior sofrimento dos usuários do sistema. Deve-se organizar a assistência odontológica de maneira contínua, garantindo que a população tenha

acesso a pelo menos uma unidade de referência para atendimentos das urgências, sendo referenciada, posteriormente à sua unidade de origem.

A falta de condições de trabalho adequadas foi mencionada por muitos dos dentistas entrevistados, principalmente em relação às estruturas físicas precárias de nossas unidades de saúde. O sucateamento dos órgãos públicos, devido à inexistência de um sistema de manutenção preventiva; a burocracia das licitações públicas; as adaptações mal executadas de prédios já existentes interferem na construção de um ambiente de trabalho mais motivador e ergonômico. A falta de instrumentais e equipamentos adequados em número e qualidade, também contribuem para as condições precárias de trabalho, limitam a assistência, diminuem a qualidade dos atendimentos e produzem doenças ocupacionais. O dimensionamento inadequado de recursos humanos, obrigando as equipes de saúde a trabalharem com um número reduzido de profissionais (CDs, ACDs e THDs) são fatores que interferem diretamente nas condições de trabalho, tornando-o pouco eficiente, excludente e incapaz de mudar as condições de saúde da população.

A inexistência de um programa permanente de educação continuada para toda a equipe de saúde e especificamente para a saúde bucal, principalmente relacionado ao tema da saúde da família, são condições fundamentais apontadas pelos entrevistados. Os programas de capacitações além de atualizarem os participantes, propiciam uma troca de saberes e conhecimentos acumulados por diferentes profissionais.

Devido ao modelo de saúde estabelecido no país, centrado em ações curativas e focado no saber médico-dentista, os profissionais da pesquisa apontaram com fator negativo, a dificuldade em se estabelecer mudanças nos padrões culturais da população, incorporando novos valores e mudando hábitos sempre praticados, como bem exemplifica o relato: “[...] mudar a cultura da população, acostumada com tratamento curativo em UBS, para atenção preventiva, reforçando o auto-cuidado na área de saúde/higiene pessoal”.

A organização dos processos de trabalho e da demanda que bate à porta das unidades de saúde, também foi apontada como um dos aspectos negativos do trabalho em saúde da família. Estes aspectos estão relacionados com a dificuldade em se trabalhar com riscos e equacionar de maneira equilibrada as necessidades de saúde da população (das necessidades assistenciais), com investimentos na promoção da saúde e prevenção das doenças. Estas dificuldades apontadas pelos profissionais advêm da formação inadequada pelas universidades e da carência de educação continuada nos serviços, conforme já relatado anteriormente, como ilustrado pelo relato a seguir: “Priorizar corretamente a população a ser atendida e equalizar o tratamento em geral com os grupos de riscos”.

A falta de apoio dos gestores das diferentes esferas de governo, apontada pelos dentistas da pesquisa, é bastante preocupante. Com a descentralização do gerenciamento da saúde, as equipes locais ganharam em autonomia e conseqüentemente em responsabilidade. Os desentendimentos entre gestores e trabalhadores indicam que as decisões e o planejamento não estão sendo discutidos com a base, nem com os trabalhadores, nem com a comunidade. A gestão não está sendo compartilhada, mas centrada na figura do gestor. É importante ressaltar que, independente das vontades dos gestores, os trabalhadores se articulam, tem vontades próprias, entendimentos diferentes, é o que chamamos de autogoverno dos trabalhadores. É preciso promover fóruns de discussão e criar dispositivos que propiciem o compartilhamento das decisões. Em Campinas foi implantado em 2001, com o programa de saúde Paidéia, os Colegiados Gestores das unidades, que são formados pelo diretor ou coordenador da unidade e alguns trabalhadores, escolhidos pela equipe. Ao Colegiado Gestor cabe a tarefa de acompanhar o planejamento das unidades, discutir os principais problemas dos serviços, propor ações de intervenção na unidade que visem o bem estar da população e principalmente, aproximar a gestão local dos trabalhadores do serviço, diminuindo o vácuo entre estes dois atores. A “não articulação com o gestor e a falta do conhecimento dos demais membros da

equipe sobre o PSF (atribuições e conceitos)” foi um relato extraído da pesquisa, indicando a preocupação com o problema citado, aliado ao desconhecimento dos profissionais de saúde sobre as diretrizes e o trabalho com saúde da família.

A pouca integração da equipe de saúde bucal, com os demais profissionais das equipes de referência, também foi apontado como problema, apesar da pesquisa quantitativa deste estudo, a maioria tenha indicado uma melhoria da integração entre os profissionais, após a implantação da ESF. Isto se deve ao fato que, historicamente, os dentistas foram excluídos ou se auto-excluíram dos processos de trabalho em conjunto com os demais membros da unidade. O trabalho fechado nos consultórios, pouca apropriação do território, as dificuldades inerentes ao trabalho multiprofissional e o perfil inadequado para o trabalho com o coletivo, são algumas das causas deste problema. Algumas citações da pesquisa ilustram o problema relatado, como a “pouca integração da odonto com o posto de saúde”. Porém, além da organização do processo de trabalho das unidades, é necessário disponibilidade pessoal para entender a nova lógica de trabalho como um ganho, a fim de qualificar o trabalho em saúde, conforme indicam os relatos

Boa integração com os outros profissionais. É importante você sair do consultório, conversar com outros profissionais, sobre medicamentos, dosagens, participar de grupos, estarem disponível e ir atrás, se oferecer. As reuniões não aconteciam com regularidade, pois dependiam do médico generalista.

Maior interação com a equipe e conseqüentemente maior resolutividade dos problemas.

Maior contato com a equipe multiprofissional

Interação da saúde geral coma saúde bucal

A maior interação com os usuários e com suas famílias após a implantação da ESF foi amplamente mencionada pelos entrevistados. Permite estreitar os vínculos, conhecer melhor os diferentes estilos de vidas e planejar adequadamente as ações de saúde, conforme citado na pesquisa

Conhecer melhor os problemas

Conhecer melhor o paciente e estar sempre em contato

Maior interação com a família e conhecimento do padrão e estilo de vida dos pacientes.

Maior interação e acolhimento dessa população

Maior proximidade da realidade da população da região atendida
Possibilidade de envolvimento com as famílias

Vínculo e responsabilidade perante o paciente e a área de abrangência

Melhor e maior envolvimento dos profissionais para solucionar casos de maior risco

No entanto, apesar de minoria, também houve destaques negativos a respeito das interações entre os profissionais das equipes e entre equipe e população indicando uma certa burocratização das diretrizes das ESFs. Alguns entrevistados consideram que a interação entre os profissionais ainda não é suficientemente efetiva. Falta de sintonia entre os atores envolvidos (profissionais e comunidade) e entendimento de seus papéis, como ilustrado pelos relatos a seguir

Pouca interação da saúde bucal com outros membros da equipe

Falta de interação multidisciplinar da equipe

O paciente não tem escolha dos profissionais. Alguns pacientes exigem ser atendidos sem esperar a convocação. Alguns pacientes desvalorizam o trabalho

Falta de cooperação dos pacientes

Dificuldade de acesso aos seus lares

Pelo acesso facilitado, falta de compromisso por parte dos usuários

Mau uso do serviço pela população

O papel dos agentes comunitários de saúde é de fundamental importância dentro da ESF. É um componente essencial das equipes de saúde da família. Tem função de estabelecer um elo entre os serviços e a comunidade, participar de grupos educativos, trazerem os problemas de saúde dos usuários para discussão dentro das equipes, acompanharem as famílias de maior risco e vulnerabilidade, participar da construção de projetos terapêuticos, cadastrarem as famílias de sua micro-área de referência, promover à saúde e prevenir as doenças. Por serem moradores da comunidade em que residem e trabalham conseguem se

inserir em espaços restritos à comunidade, onde os trabalhadores têm dificuldade de acesso. A Lei 10.507 de 10 de julho de 2002 cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde, definindo suas funções e competências. Lavres (2006) caracterizou o trabalho dos ACS segundo a Lei citada:

[...] a profissão dar-se-ia exclusivamente no âmbito do SUS e se caracterizaria pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS. Para exercício da profissão, alguns requisitos deveriam ser preenchidos, tais como: residir na comunidade onde irá atuar; haver concluído o curso de qualificação básica para a formação; haver concluído o ensino fundamental.

Os relatos obtidos deste estudo mostram claramente a importância atribuída aos ACS, no desempenho de suas atribuições e enquanto membro efetivo das equipes de saúde da família, como o se segue:

Vão às escolas junto com o dentista, participavam das escovações e palestras, eram bem inteirados. Foi dado uma capacitação no começo, porém foram trocando os agentes e não foi dado outras capacitações. Tem sempre que estar motivando, mostrando casos, pois eles tem tantas outras atividades que eles acabam priorizando outras coisas. É importante falar de manchas brancas e coisas iniciais que dá para fazer algum trabalho e não esperar que a situação se agrave. Não participam da triagem de risco, porém deveria. É questão de insistir.

Vários relatos apontaram o trabalho dos ACS como fator positivo do trabalho em equipes de saúde da família e outros apontaram problemas em relação às constantes mudanças no quadro destes profissionais, devido principalmente a baixa remuneração, falta de condições de trabalho e mudança para outro local de moradia diferente de sua área de abrangência inicialmente contratada, configurando um conflito com as diretrizes requeridas para o cargo. Os exemplos a seguir ilustram as reflexões sobre o tema:

Trabalho com os agentes comunitários

Contato com os ACS

Cadastro familiar pelo ACS, com acesso aos problemas sócio-econômicos daquele núcleo

Trabalhar com os agentes de saúde é um ganho muito grande para a qualidade do serviço

Muitas trocas de agentes comunitários

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

São inegáveis os avanços da saúde com a implantação das Estratégias de Saúde da Família. As reorganizações dos processos de trabalho dos profissionais de saúde permitiram uma maior aproximação com a realidade dos usuários do sistema, estreitando vínculos e co-responsabilizando os trabalhadores nos enfrentamentos dos problemas de saúde de suas localidades. Porém a incorporação destas mudanças ao nível das micro-políticas de trabalho está ocorrendo de maneira completamente heterogênea nas diferentes cidades em que as ESFs estão sendo implantadas e até mesmo em cada equipe de saúde da família. Muitos são os fatores determinantes deste processo: o perfil de cada profissional, as condições de trabalho, a existência de processos de educação continuada dos trabalhadores e que levem em consideração a realidade dos serviços, controles sociais eficientes, gestões colegiadas ou participativas, dentre outros.

Verificamos que as grandes queixas dos trabalhadores estão relacionadas principalmente a dois fatores: o excesso de demanda e a falta de condições de trabalho adequadas.

O excesso de demanda se deve aos anos de total exclusão de algumas faixas etárias e aos serviços de saúde bucal e devido às reorientações por parte do Ministério da Saúde através das diretrizes da ESF estendendo o acesso aos serviços assistenciais a todas as demais faixas etárias e organizando o trabalho na lógica de linhas de cuidado. As unidades se viram obrigadas a se organizarem para receber este contingente de pessoas, abrindo suas portas e acolhendo as demandas dos usuários. Apesar da ampliação dos investimentos financeiros no setor saúde por parte do Governo Federal nos últimos oito anos, estes recursos são ainda insuficientes para garantirem uma ampliação efetiva do quadro de profissionais, acarretando uma sobrecarga de trabalho aos profissionais de saúde. A falta de dinheiro para o setor também impede a construção de unidades de saúde planejadas ergonomicamente para receber

a população e a efetivação de planos de manutenções preventivas de mobiliários e equipamentos de nossas unidades, geralmente sucateados e obsoletos, contribuindo decisivamente no rendimento dos trabalhadores, quanto ao nível da produção, como em sua satisfação pessoal no desempenho do trabalho.

Apesar das condições adversas enfrentadas pelos trabalhadores, a pesquisa permitiu concluir que a maioria dos trabalhadores está satisfeita com seu trabalho e acredita nos ideais trazidos da ESF. Este caráter idealista dos profissionais, acreditando em uma proposta concreta para reduzir o sofrimento e amenizar a dor da população, trazendo para a prática as diretrizes preconizadas pela ESF. O que, em parte, explica o sentimento de satisfação referido pelos trabalhadores entrevistados nesta pesquisa.

Em decorrência das análises obtidas a partir desta pesquisa permitiu-se concluir que proporcionar capacitações ou atualizações descoladas dos serviços, não respeitando o momento de cada unidade, sem levar em consideração o perfil do profissional e a vontade de participar deste processo, pouco contribuem para a efetiva mudança nos processos de trabalho das equipes.

Muitos desafios estão postos na reorganização do modelo de atenção à saúde e a incorporação da ESF enquanto recurso estruturante deste modelo contribui decisivamente para qualificá-lo. A ampliação do acesso aos serviços pelos usuários do sistema talvez seja o maior dos desafios. Os níveis encontrados nas cidades pesquisadas estão longe do desejável e carecem de reflexão por parte dos trabalhadores e comunidade. É inconcebível continuarmos excluindo parcelas da população e desrespeitando seus direitos constitucionais previstos na Carta Magna de 1998 em seu Artigo 196 que afirma a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado em garanti-la.

Outros obstáculos encontrados na pesquisa dizem respeito às dificuldades de se trabalhar em equipes multiprofissionais e a necessidade de superar a formação individualista

dos profissionais de saúde, oriundos de universidades conservadoras e tradicionalistas. A necessidade urgente da formação de profissionais com o perfil adequado para o trabalho com o coletivo, que consigam se articular com outros profissionais e com outras áreas passam necessariamente pela reformulação das estruturas curriculares das universidades e o estabelecimento de parcerias com as unidades de saúde enquanto campo de estágio para os futuros profissionais dos serviços.

Resumidamente, podemos concluir que o perfil dos profissionais que trabalham nas ESF das cidades pertencentes à DRS VII em sua maioria é: do sexo feminino, casado, com idade média de 40,92 anos, graduados em faculdades particulares e com ganhos acima de R\$ 3 mil. O tempo médio de atuação em saúde da família é de 3,7 anos; ingressaram nas instituições em que trabalham através de concursos públicos; são profissionais efetivos em seus cargos e são regidos pelo regime estatutário.

Infelizmente, a cidade de Campinas após anos sem quaisquer concursos públicos na área de saúde bucal, acarretando um quadro de desassistência em muitas unidades de saúde e tendo em vista as limitações impostas pela Lei de responsabilidade Fiscal, a Secretaria Municipal de Saúde passou a contratar cirurgiões dentistas e ACDs através de uma parceria de co-gestão com um hospital psiquiátrico privado. Estes profissionais recentemente contratados são regidos pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), selecionados através de processos seletivos restritos ou fechados, ocorrendo por indicações pessoais, análises de currículos, prova escrita e entrevista. O ganho salarial é cerca de dois terços do salário dos profissionais efetivos, o que certamente produzirá grandes transtornos para as equipes de saúde e dificuldades gerenciais para contornar a situação.

A evolução da implantação das equipes de saúde da família em todo território nacional, deve trazer consigo benefícios concretos à população. Para atingirmos nossos objetivos é necessário que todos os atores envolvidos (gestores, trabalhadores e comunidade) discutam e

pactuem metas condizentes com suas realidades (produção, acesso e cobertura); instituem processos de avaliações permanentes quanto às metas contratadas, caminhando em direção à integralidade da atenção, articulando e integrando todos os níveis de atenção do sistema de saúde, garantindo a universalidade do acesso e a equidade na atenção e assistência a saúde a todos os cidadãos brasileiros.

REFERÊNCIAS¹

Alves-Souza RA, Saliba O. A saúde bucal em pauta: análise de registros dos Conselhos Municipais de Saúde de municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública 2003; 19(5):1381-8.

Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21(4):1026-35.

Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7(4):709-17.

Barros GB, Cruz JPP, Santos AM, Rodrigues AAAO, Bastos KF. Saúde Bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. Rev Saúde.com 2006; 2(2):135-42.

Bellusci DGP. Programa de Saúde da Família II. Ed. Lawbook; 2004.

Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família; 2004a. Disponível em: URL: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao_basica.php [2008 jan. 10].

Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 17 – Saúde Bucal; 2006.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde – Brasília; 2004b.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal; 2004c.

¹ De acordo com Estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo base de dados Medline.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do Trabalho e da educação na saúde. Relatório do Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS; 2004d. Disponível em: URL: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm. [2008 jun.14].

Calado GS. A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP da Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

Campinas: Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde; 2006. Disponível em: URL: artigo.campinas.sp.gov.br/saude [2008 set. 26].

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.229-66.

Campos GWS. O anti – Taylor: sobre a invenção de um método de governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad Saúde Pública 1998; 14(4):863-70.

Campos GWS. O Método Paidéia (da Roda) aplicado à saúde coletiva. Campinas: Secretaria de Saúde de Campinas; 2001.

Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

Capistrano Filho D. O programa de saúde da família em São Paulo. Estud. av. São Paulo 1999; 13(35). Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php> [2008 jun. 25].

Cerávolo MCS. Perfil do cirurgião dentista no programa Paidéia Saúde da Família, na cidade de Campinas, SP [Dissertação Mestrado]. Piracicaba/SP: Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Rev Bras Med Família Comum 2002;(2):19-26.

Cohen MM. O modelo assistencial no SUS – Niterói: conflito e pactuação política no processo de integração do programa médico de família [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP; 2001.

Conferência Nacional de Saúde 7; Brasília, 1980. Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Disponível em: URL: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/7_CNS.pdf [2008 jun. 25].

Conferência Nacional de Saúde; Brasília, 1986. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde; 1986. Disponível em: URL: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm> [2008 jun. 25].

Conferência Nacional de Saúde Bucal 2; Brasília, 1993. Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde; 1993. Disponível em: URL: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm> [2008 jun. 25].

Conselho Federal de Odontologia. Perfil do cirurgião dentista no Brasil [Diapositivo]; 2003. Disponível em: URL: www.cfo.org.br [2008 maio 20].

D'Aguiar JMM. O Programa Saúde da Família no Brasil. A Resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ) [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP; 2001.

Ely HC. Principais ações na área da saúde Bucal desenvolvidas pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – período 1999/2002. Boletim da Saúde 2002; 16(2):70-81.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Rev Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11(3):669-81.

Faço EF, Viana LMO, Bastos VA, Nuto SAS. O Cirurgião-Dentista e o Programa Saúde da Família da Microregião II, Ceará, Brasil. Rev Bras Promoção Saúde 2005; 18(2):70-7.

Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Estratégia da Saúde da Família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. Rev Semina: Ciências Biológicas Saúde 2005; 26(2):101-108.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública 1999a; 15(2):345-53.

Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios; 1999b. Disponível em: URL: www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/psftito.htm [2008 set.18].

Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad de Saúde Pública 2005; 21(2):490-8.

Hortale VA, Conill EM, Pedroza M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(1):79-88.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 1998). Acesso e utilização de serviços de saúde, 1998. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2003). Acesso e utilização de serviços de saúde, 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.

Iunes RF. Demanda e demanda em saúde. In Piola SF, Vianna SM, organizadores. *Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA; 1995.

Lavres HAR. Análise do conhecimento sobre saúde bucal dos agentes comunitários de saúde e sua prática na promoção de saúde bucal nos municípios de Amparo e Campinas - São Paulo [Tese de Doutorado]. Piracicaba, SP: Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Lourenço EC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais [Dissertação Mestrado]. Piracicaba, SP: Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Manfredini MA. Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Campinas, SP. In Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, organizadores. *Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007.

Mardem R. Paidéia, saúde integral. Disponível em: URL: artigo.campinas.sp.gov.br/saude. 2001 [2008 set. 7].

Medeiros CLA, Queiroz MDD, Souza GCA, Costa ICC. Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no programa saúde da família. *Rev Eletrônica de Enfermagem* 2007; 9(2):379-88. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a07.htm> [2008 set. 5].

Medina MG, Aquino R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In Souza MF, organizador. *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec; 2002.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.

Moreira RS. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cad Saúde Pública 2005; 21(6):1665-75. Disponível em: URL: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/pes.html> [2008 set. 7].

Narvai PC. Avaliação de ações de Saúde Bucal. Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo. Oficina de Planejamento e Avaliação de ações de Saúde Bucal no SUS; 1996.

Narvai PC. Saúde Bucal no PSF. SUS ou SUSF? Jornal do Site Odonto 2001; 3(37). Disponível em: URL: www.jornaldosite.com.br/anteriores/capell8.htm. [2008 set. 20].

Nascimento AC. Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família e mudança do modelo de prática: um estudo sobre as experiências de Campinas (SP) e Curitiba (PR) [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2007.

Nóbrega JSM. Perfil dos profissionais nas equipes do Programa Saúde da Família em Macaíba/RN. Disponível em: URL: www.observatorio.nesc.ufrn.br [2008 set 20].

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública 2001; 35(1):103-9.

Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública 2001; 35:303-11.

Piola SF, Vianna SM. Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA 1995:99-122.

Pires P, Barros P. Análise de Conteúdo: a proposta de Laurence Bardin; 2003. Disponível em: URL: <http://www.caleidoscopio.psc.br/ideias/bardin.html>. [2006 fev. 13].

Portal Nosso São Paulo. Disponível em: URL: http://www.nossosaopaulo.com.br/Reg_10/Reg10.htm. [2008 set.10].

RADIS. Conselhos de Saúde e Controle Social. Rev Súmula 81; 2001.

Ribeiro EM. A atenção primária e a saúde em Curitiba. O trabalho no Programa Saúde da Família [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002.

Rodrigues MP. O Perfil dos Profissionais de Saúde Bucal dos Serviços de Saúde Pública do Rio Grande do Norte; 2001. Disponível em: URL: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/perfil_t03.htm [2008 set 10].

Roncalli, AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [Tese de Doutorado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista; 2000.

Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In Antonio Carlos Pereira, organizador. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. cap. 2, p. 28-49.

São Paulo. Secretaria de Estado de Economia e Planejamento; 2008. Disponível em: URL: <http://www.planejamento.sp.gov.br>. [2008 set. 17].

São Paulo. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo; 2006. Disponível em: URL: <http://portal.saude.sp.gov.br> [2008 set. 17].

Schimith MD; Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública 2004; 20(6):1487-94.

Silva JS. O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente da comunidade [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

Silveira Filho AD. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Rev Programa Saúde Família; 2002.

Souza EM. Promoção da Saúde: uma estratégia para o fortalecimento das práticas em saúde bucal [Dissertação de Mestrado]. Piracicaba/SP: Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade de Campinas; 2002.

Teixeira AH. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: conhecendo a atuação das Equipes no Município de Sobral – CE no período de 2001 a 2003 [Monografia de Especialização]. Sobral: Universidade Vale do Acaraú; 2004.

Traverso-Yepez M, Moraes NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. Cad Saúde Pública 2004; 20(1):80-88.

Tristão SK. Perfil dos cirurgiões dentistas da atenção básica interessados pelo Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2002. In Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Abrasco; 2003.

Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. Ciênc. saúde coletiva 2005; 10(4):1015-24.

Vasconcelos EM. A priorização das famílias nas políticas de saúde. Rev Saúde em Debate 1999; 23(53):6-9.

Vilarinho SMM, Mendes RF, Prado Júnior RR. Perfil dos Cirurgiões-Dentistas Integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). Rev Odonto Ciênc Fac Odonto PUCRS 2007; 22(55):48-54.

Villalba JP. Perfil profissional dos cirurgiões-dentistas e o Sistema Único de Saúde: uma reflexão sobre a capacitação para a prática na atenção básica [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2007.

11) Dentre as atividades que você realiza, classifique-as de acordo com a legenda, segundo a frequência em que mais participa.

1-Nunca participa ou realiza

2-semanalmente

3- mensalmente

4-eventualmente

a) reunião de equipe de referência ☐

b) reunião geral ☐

c) discussão de casos ☐

c) reunião inter-setorial ☐

d) visitas domiciliares ☐

e) reunião com o Conselho Local de Saúde ☐

f) reunião com a equipe de saúde bucal ☐

g) outros: _____ ☐

12) Com a implantação do PSF, como você avalia os seguintes parâmetros:

Marque: 1 – melhorou

2 – piorou

3 - Igual

a) acesso dos usuários aos serviços ☐

b) satisfação dos usuários com o serviço ☐

c) motivação dos trabalhadores ☐

d) resolutividade dos problemas de saúde

e) integração com os demais profissionais do serviço ☐

da população ☐

13) Qual o seu nível de satisfação em relação ao trabalho:

a) insatisfeito ☐

b) satisfeito ☐

c) plenamente satisfeito ☐

d) indiferente ☐

14) Na sua opinião quais são os principais problemas decorridos a partir da implantação do PSF?

15) Cite três características positivas e três negativas da Estratégia de Saúde da Família implantada em seu serviço.

Positiva: a) _____
b) _____
c) _____

Negativa: a) _____
b) _____
c) _____

_____, ____/____/____ de 2007
(Local) (data)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Avenida. Professor Lineu Prestes, 2227 – Cidade Universitária
05508-000 – São Paulo - SP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Pesquisa Científica

Análise do perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família das cidades
pertencentes à DRS VII – Campinas – São Paulo

Prezado Colega

As informações abaixo são para esclarecer e pedir a sua participação voluntária neste estudo.

Declaro que fui informado pelo pesquisador que a qualquer momento pode-se desistir da participação na pesquisa e retirar o consentimento, sem quaisquer prejuízos, sanções ou constrangimentos.

O objetivo geral desta pesquisa será o de traçar um panorama do trabalho dos dentistas inseridos nas equipes de Saúde da Família, nos municípios pertencentes a DIR XII – Campinas, bem como analisar a adequação destes profissionais às diretrizes da Estratégia de Saúde da Família como: trabalho em equipe multiprofissional, visitas domiciliares, trabalho voltado para o coletivo e as ações intersetoriais. Analisar, também os possíveis fatores dificultadores a inserção dos profissionais neste novo modelo de trabalho.

As informações obtidas através desta pesquisa serão utilizadas de forma a resguardar a sua identificação e somente para este estudo. Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e endereço do pesquisador, onde as dúvidas poderão ser esclarecidas a qualquer momento. Fui informado que terei total acesso aos resultados da pesquisa e de que não haverá qualquer ajuda financeira aos sujeitos da pesquisa.

Assim, considero que as explicações foram suficientes e após ler as informações acima, concordo em participar como voluntário deste trabalho.

(Local/data) _____, ____ de _____ de 2007

Entrevistado

Nome: _____

Assinatura: _____

RG: _____

Pesquisador

Jorge Luis Marques Fernandes
Rua José de Campos Sales, 241
Jd Paraíso - Campinas – São Paulo
CEP: 13100-030
Tel: (19) 32955789 / 97773130
Email: jorgelfmf@usp.br

**Comitê de Ética em Pesquisa
da Faculdade de Odontologia**

Av Lineu Prestes 2227
CEP: 05508-000
São Paulo
Tel: **3091-7960**

Jorge Luis Marques Fernandes
CROSP: 52612

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Avenida. Professor Lineu Prestes, 2227 – Cidade Universitária
05508-000 – São Paulo - SP

Pesquisa Científica

Análise do perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família das cidades
pertencentes à DRS VII – Campinas – São Paulo

AOS COORDENADORES DE SAÚDE BUCAL

As informações abaixo são para esclarecer e sensibilizá-los da importância da participação dos profissionais de saúde bucal neste estudo.

A participação neste estudo tem caráter totalmente voluntário e que a qualquer momento, o profissional envolvido poderá desistir de participar da pesquisa e retirar o termo de consentimento, sem quaisquer prejuízos, sanções ou constrangimentos.

O objetivo geral desta pesquisa será o de traçar um panorama do trabalho dos dentistas inseridos nas equipes de Saúde da Família, nos municípios pertencentes à DRS VII – Campinas, bem como analisar a adequação destes profissionais às diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, como: trabalho em equipe multiprofissional, visitas domiciliares, trabalho voltado para o coletivo e as ações intersetoriais. Analisar, também os possíveis fatores dificultadores a inserção dos profissionais neste novo modelo de trabalho.

Será enviado a todos os cirurgiões dentistas inscritos no PSF, um envelope contendo um questionário e um termo de consentimento informado. Os profissionais deverão responder as questões, assinar o termo de consentimento informado, colocá-los de volta no envelope e devolvê-los aos coordenadores de saúde bucal de cada município. Estes envelopes deverão ser enviados a DIR XII, aos cuidados da Dra Nádja M M Abdalla, num prazo máximo de 10 dias.

As informações obtidas através desta pesquisa serão utilizadas de forma a resguardar a identificação do profissional e somente para este estudo. Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e endereço do pesquisador, onde as dúvidas poderão ser esclarecidas a qualquer momento. Todos os envolvidos terão total acesso aos resultados da pesquisa.

Meus sinceros agradecimentos a todos e certo de contar com a colaboração e empenho de todos no recolhimento dos envelopes e na devolução dos mesmos, com a maior brevidade possível. Espero que os resultados desta pesquisa sirvam com mote para outras discussões sobre o tema e que o produto final reflita na melhoria das condições de trabalho e na qualificação da atenção à saúde da população.

Muito Obrigado!

Pesquisador

Jorge Luis Marques Fernandes
Mestrando em Ciências Odontológicas -
Departamento de
Odontologia Social – USP/SP
Rua José de Campos Sales, 241
Jd Paraíso - Campinas – São Paulo
CEP: 13100-030
Tel: (19) 32955789 / 97773130
Email: jorgelmf@usp.br

**Comitê de Ética em Pesquisa
da Faculdade de Odontologia**
Av Lineu Prestes 2227
CEP: 05508-000
São Paulo
Tel: **3091-7960**

Jorge Luis Marques Fernandes
CROSP: 52612