Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no município
de São Paulo:
uma perspectiva do usuário**

Mara Silvia Galletti Munkeviz

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do título
de Mestre em Saúde Pública.**

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Cecília Focesi Pelicioni

São Paulo

2009

**Saúde bucal no Programa Saúde da Família no Município
de São Paulo:
uma perspectiva do usuário**

Mara Silvia Galletti Munkeviz

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação
em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública.**

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Cecília Focesi Pelicioni

São Paulo

2009

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, e ano da dissertação.

“TEM CERTOS DIAS EM QUE EU
PENSO EM MINHA GENTE E SINTO
ASSIM TODO MEU PEITO SE
APERTAR. PORQUE PARECE QUE
ACONTECE DE REPENTE FEITO UM
DESEJO DE EU VIVER SEM ME
NOTAR. IGUAL A COMO QUANDO EU
PASSO NO SUBÚRBIO EU MUITO BEM
VINDO DE TREM DE ALGUM LUGAR. E
AÍ ME DÁ UMA INVEJA DESSA GENTE
QUE VAI EM FRENTE SEM NEM TER
COM QUEM CONTAR” – CHICO
BUARQUE E VINICIUS DE MORAES

AO CÉSAR, COM SAUDADES

AO EMERSON E AO BRUNNO, COM AMOR

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente à minha mestra Maria Cecília Focesi Pelicioni, que muito mais do que orientadora, se tornou grande amiga e uma referência de vida. Obrigada pela amizade, confiança depositada e pelo brilhante trabalho como orientadora.

A meus pais José Antonio e Lia, não só pelo amor que sempre me deram e pelo incentivo constante aos estudos, mas por aquilo que sou.

A meu irmão Fernando, pelo constante carinho.

À minha irmã Maria Cecília pelo constante companheirismo e incentivo aos estudos.

Às professoras Fabíola Zioni e Regina Auxiliadora de Amorim Marques pelas valiosas críticas e sugestões na banca de qualificação e na pré-banca que muito contribuíram para o aprimoramento deste trabalho.

Aos grandes amigos Andréa Tomie, Mariana Citino, Patrícia Raineri, Dedé Ribeiro, Rosana Bazzo, Adriana Rossi, Eduardo Sodré, Marcinha Cecilio, Débora e José Oller, Sylvia e Sérgio Kamimura, Adriana e Eduardo Mutarelli, Carla e Márcio Luvizoto, pela amizade e carinho e que de distintas maneiras estiveram comigo e contribuíram nesta tarefa.

Aos professores e amigos do curso de especialização em Promoção da Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o qual impulsionou minha trajetória do mestrado.

Aos meus sogros Leonardo e Filó que, por meio da ajuda constante na vida pessoal, proporcionaram tranquilidade para a realização deste trabalho.

À equipe de saúde bucal da UBS Vila Espanhola (Adriano, Michelli, Bruno, Marta, Vera, Patrícia, Kátia, Regiane, Luciana e Nanci) com que convivi durante os meses da pesquisa e que me acolheu como um membro da equipe.

A Andréa e Américo Pelicioni, com quem tive o prazer de conviver durante todo o tempo, pela solidariedade e afeto.

Aos amigos de trabalho Jorge Iqueuti, Carlos Alberto, Rosana, Margareth e a toda a diretoria do SINSAUDESP, pelo apoio durante todo o tempo do mestrado.

À Maria Lucia e ao José, funcionários da Biblioteca da FSP, pelas constantes ajudas durante minha fase de estudo.

A todos os funcionários da Pós-Graduação da FSP, em especial, Sonia, Cidinha, Samantha e Livia pela atenção e auxilio indispensável.

E enfim, aos grandes atores deste trabalho, os usuários da UBS Vila Espanhola participantes desta pesquisa, meus sinceros e eternos agradecimentos pela colaboração e presteza.

Munkeviz MSG. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Município de São Paulo: uma perspectiva do usuário [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2009.

RESUMO

Introdução – Este trabalho objetivou analisar a recente inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) no que se refere ao vínculo, ao acesso, à integralidade da atenção e à resolutividade dos problemas de saúde bucal. **Objetivo** - Identificar as opiniões, percepções e necessidades dos usuários adultos da UBS Vila Espanhola, município de São Paulo, em relação à sua saúde bucal e ao serviço de atenção à saúde bucal a eles oferecido pelo PSF. **Metodologia** – Pesquisa qualitativa, composta pelas seguintes etapas: observação sistemática das atividades da equipe de saúde bucal da UBS estudada e entrevista com os usuários adultos, maiores de 18 anos, que tiveram algum tipo de atendimento odontológico na UBS nos últimos 6 meses. Na fase de análise optou-se pela técnica de análise de conteúdo. **Resultados** – Realizaram-se 25 entrevistas e percebeu-se que a inserção do PSF aumentou o acesso da população estudada na região da UBS, aumento que trouxe maior demanda por serviços especializados em odontologia. Contudo, os usuários não estão conseguindo utilizar esses serviços de atenção secundária em saúde bucal. As entrevistas também trouxeram algumas questões levantadas pelos usuários, como a constante troca de dentistas na equipe, comprometendo o vínculo, a falta de autonomia dos usuários com relação à própria saúde bucal, a da falta de credibilidade no setor público, a do papel do ACS na equipe, a da forma como são efetuados os grupos de escovação, a questão do espaço físico onde são realizados os atendimentos e a forma como é aplicado o princípio da equidade para priorizar os atendimentos. **Conclusão** - A inserção da saúde bucal no PSF trouxe alguns avanços, porém precisa ser reavaliada para realmente conseguir atingir suas principais propostas, como a integralidade da atenção, a equidade, entre outras.

Descritores: Saúde Bucal Coletiva; Programa Saúde da Família; Percepção do Usuário.

Munkeviz MSG. Buccal Health in Family Health Program in the city of São Paulo: the patient's perceptions. [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2009

ABSTRACT

Introduction –This study aims to analyze the recent insertion of oral health in the Family Health Program – PSF considering link, access, integrity of attention and in to oral problems resolution. Buccal Health, which has always been apart from health public politics in this country, has now the opportunity to, at last, be part of the Unified Health System. **Objective** – Identify opinions, perceptions and necessities of the adult's patients from Vila Espanhola UBS (Health Basic Unity), São Paulo city, in relation to dental health and the service of attention to buccal health offered by the PSF. **Methodology** – Qualitative research made of the following steps: systematic observation of the activities done by the buccal health team of the studied UBS, and interview with the adult patients, older than 18, that had any kind of attention in the past six months. In the analyses phase, we opted by the content analysis. **Results:** It was done 25 interviews and it was noticed that the insertion of PSF increased the access of the studied population in the UBS region, however this increase brought a bigger demand by specialized oral services. The patients are not being able to have access to those secondary attentions in buccal health. The interviews also brought some patient's question such as the constant changing of the dentists in the team - compromising the link, lack of patients' autonomy in relation to their own oral health, lack of credibility of public politics, the roll of the ACS in the team, the way how it is applied the equity principle to prioritize the cares. **Conclusion:** The insertion of buccal health in the PSF brought some advances, however it needs to be reevaluated to really reach its main proposals as integrality of attention, equity among others needs.

Descriptors: Collective Buccal Health; Family Health Program – PSF; Patient's Perceptions.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 ODONTOLOGIA SOCIAL	12
1.2 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)	16
1.3 O PSF NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	22
1.4 A SAÚDE BUCAL NO PSF	27
1.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE, SAÚDE BUCAL E O PSF	32
1.6 O CONCEITO DE PERCEPÇÃO	37
2. OBJETIVOS	42
2.1 OBJETIVO GERAL	42
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
3. METODOLOGIA	44
3.1 CENÁRIO DE ESTUDO	44
3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO	46
3.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	47
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS	56
4.2 PERCEPÇÕES E REPRESENTAÇÕES DA IMPLEMENTAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PSF – OS PRINCÍPIOS DO PROGRAMA	61
4.2.1 Vínculo entre Usuário e Profissional de Saúde	61
4.2.2 Acesso aos Serviços de Saúde Bucal	67
4.2.3 A Integralidade da Atenção em Saúde Bucal. Alguns Aspectos da Referência e da Contra-referência	70
4.2.4 Equidade no Trabalho da Equipe	77
4.3 PERCEPÇÕES E REPRESENTAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO	
4.3.1 A Educação em Saúde Realizada pela Equipe	83

4.3.2 O Papel do ACS no PSF	88
4.3.3 A Credibilidade da População no Serviço Público	93
4.3.4 O Atendimento Compartilhado e a Privacidade no Atendimento: A Questão do Espaço Físico	96
5. CONCLUSÕES	100
6. RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES	107
7. REFERÊNCIAS	110
8. ANEXOS	123
Anexo 1 – Instrumento de Pesquisa - Questionário	
Anexo 2 – Cronograma do Projeto	
Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido	
Anexo 4 – Parecer do Comitê	
Anexo 5 – Currículo Lattes	

SIGLAS UTILIZADAS

AB – Atenção Básica

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ATM – Articulação Temporomandibular

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal

CPOD – Dentes Permanentes Cariados Perdidos Obturados

EPM – Escola Paulista de Medicina

ESB – Equipe de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

LRPD – Laboratórios Regionais de Prótese Dentária

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PSF - Programa de Saúde da Família

QUALIS – Qualidade Integral em Saúde

SEMPLA – Secretaria Municipal de Planejamento

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico Higiene Dental

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

USF – Unidade de Saúde da Família

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como temática a inclusão da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF), confrontando-se suas propostas fundamentais com a percepção dos então usuários.

Para isto, foram colocados em evidência os princípios mais significativos do programa, tais como a universalização do acesso aos serviços de saúde bucal, a integralidade da atenção do serviço, a equidade, o vínculo e a resolutividade, cujos conceitos serão discutidos adiante ao longo do trabalho.

Oficialmente, o PSF foi instituído no Brasil com a portaria GM Nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

No entanto, foi somente no ano de 2001 que a saúde bucal começa a fazer parte do PSF, com a publicação da Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000, a qual define os objetivos e as bases para reorientação das ações de saúde bucal no PSF. Esta portaria também esclarece as atribuições dos profissionais das equipes, além de definir o financiamento das equipes e os equipamentos e instrumentais mínimos para a assistência da saúde bucal, inserida no PSF (CHAGAS, 2007).

Tal inserção é considerada uma verdadeira revolução no cenário da saúde bucal coletiva sob a conjuntura de uma política pioneira no sentido de não somente, melhorar o atendimento, mas ainda, de atingir maior inclusão social.

O PSF é uma estratégia que prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. “Através da Saúde na Família pretende-se afetar positivamente a qualidade de vida do cidadão, humanizar o atendimento e despertar iniciativas e energias populares hoje reprimidas” (CHIESA, SOUZA e CALIFE, 2003, p.251).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), o objetivo geral da inserção da saúde bucal no PSF foi ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas pelo PSF, respeitando seus princípios organizativos e operacionais, estimulando dessa forma a reorganização da saúde bucal na atenção básica.

Anteriormente à inclusão da saúde bucal no PSF, o atendimento odontológico brasileiro esteve durante longo período voltado, quase que exclusivamente, às crianças de 7 a 12 anos. Porém nessa faixa etária o índice de Dentes Permanentes Cariados Perdidos ou Obturados - CPOD tem se apresentado baixo. Após a fluoretação da água de abastecimento e as ações de promoção e prevenção, diminuiu a prevalência de cárie, expressa pelo CPOD em permanente e pelo CEO em decíduos.

No que se refere às crianças de 12 anos de idade, entre 1986 e 2002 o índice CPOD foi reduzido em 62% devido a diversos fatores, entre eles um dos mais significativos - a ampliação da fluoretação da água de abastecimento (PINTO, 2003).

No entanto, esse enfoque dado às crianças de 7 a 12 anos excluiu quase que totalmente as demais faixas etárias da assistência à saúde bucal. Constata-se que, em relação aos índices de cárie dentária, os progressos experimentados pela faixa etária focada, ou seja, de 7 a 12 anos, estão muito distantes dos índices dos jovens e adultos. Estudo de 2002, realizado no Estado de São Paulo mostra uma prevalência persistentemente alta de cárie nos adultos (PINTO, 2003).

LUVISON E BALDISSEROTTO (2008, p.131), em um levantamento epidemiológico em três escolas estaduais de Porto Alegre/RS constataram baixos índices de CPOD e concluíram que “os resultados epidemiológicos encontrados reforçaram o argumento de que a população escolar, beneficiada também pelos avanços em relação às medidas preventivas (água e dentifrícios fluoretados), não era a mais necessitada do ponto de vista da assistência individual, e que novas estratégias de abordagem incluindo o acesso a outras faixas etárias e/ou grupos se faziam necessárias”.

Já com relação às doenças periodontais, quais sejam, moléstias que afetam a gengiva, ligamento periodontal e osso alveolar, NARVAI e FRAZÃO (2006) também apresentam uma estimativa feita no Município de São Paulo onde mais da metade da população é portadora de no mínimo um sextante, com perda de órgão dental ou presença de dois ou mais dentes com mobilidade.

Outras doenças em saúde bucal também têm sido fontes de preocupação para a saúde pública devido à sua elevada ocorrência, como a má-oclusão, as fissuras lábio-palatais e o câncer bucal.

A má-oclusão é um distúrbio no crescimento e desenvolvimento que afeta os músculos e os ossos maxilares no período da infância e da adolescência e que pode produzir alterações funcionais envolvendo a mastigação, a fonação e a oclusão dos dentes, podendo provocar a disfunção da articulação temporomandibular - ATM (SIMÕES, 1978).

De acordo com ARAÚJO, FRIAS e JUNQUIERA (2007), o Índice de Estética Dentária mostra que em 2003, 18% dos jovens entre 15-19 anos apresentaram má-oclusão muito severa ou incapacitante, o que para tal segmento da população ocasiona não só grande perda da auto-estima, como também comprometimento de sua saúde geral e de sua capacidade de expressão.

As fissuras lábios-palatais são distúrbios do desenvolvimento orofacial ainda na fase intra-uterina, causados por motivos genéticos e ambientais, podendo produzir grandes deformidades na região dos lábios, rebordo alveolar, palato e que trazem uma série de alterações com comprometimento da estética, da fala, respiração e deglutição e da posição dos dentes e, em alguns casos, risco para a sobrevivência do indivíduo (JUNQUEIRA, 2006). A proporção de fissurados lábios-palatais registrada para o Brasil como um todo é de 1 fissurado para cada 650 nascimentos, segundo o principal centro de pesquisa e tratamento de fissurados do país, o Hospital de Pesquisas e Reabilitação de Lesões Lábios-Palatais da USP/Bauru (ARAÚJO, FRIAS e JUNQUEIRA, 2007).

O câncer bucal representa no Estado de São Paulo 8% do total de neoplasias, com 3450 casos novos por ano no Estado, e o Brasil é o 5º país do mundo em maior número de prevalência. No sexo masculino é o sexto tipo de neoplasia mais frequente e o oitavo no sexo feminino. (ARAÚJO, FRIAS e JUNQUEIRA, 2007).

Além das altas incidências das doenças acima citadas, há no Brasil o problema do acesso e da maneira como são realizados os atendimentos, pois de acordo com NARVAI e FRAZÃO (2006, p.354), “os conhecimentos científicos indicam que a assistência odontológica tem contribuído muito pouco para a melhoria das condições de saúde bucal das populações”.

Segundo o IBGE (2004), até o ano de 2003, quase 28 milhões de brasileiros nunca haviam ido ao dentista e durante muito tempo os serviços públicos no Brasil e as entidades com eles conveniadas tiveram o predomínio do paradigma cirúrgico-restaurador, pelo qual nas crianças era dada ênfase ao tratamento restaurador e nos adultos a situação era usualmente pior, pois, em um expressivo número de serviços, as extrações em massa se constituíam na única forma de tratamento disponível.

Além da diminuição dos níveis de cárie em adultos e a adoção de medidas preventivas gerais, a melhoria nas condições de saúde bucal da

população brasileira passa necessariamente pela interrupção da prática de realizar extrações desnecessárias, principalmente a partir dos 30 anos.

WEYNE (2003) refere que “ainda mais grave e chocante era a constatação de que as extrações incluíam-se entre os procedimentos melhor remunerados pelo SUS até o início de 1992. Isso explicava em grande parte, os cerca de 35 milhões de dentes anualmente extraídos na rede pública” (p.13). Isso mudou em janeiro de 1992 quando o Secretário Nacional de Assistência à Saúde assinou uma portaria, alterando drástica e profundamente a Tabela de Financiamento dos Serviços Odontológicos do SAI/SUS, valorizando os eventos clínicos relacionados com a prevenção de doenças e a promoção da saúde – o que possibilitou uma mudança de filosofia no tratamento na área pública.

No entanto, o impacto dessas mudanças e ganhos na saúde bucal coletiva não foi suficiente para excluir as doenças bucais da lista das doenças que mais flagelam os brasileiros. “A saúde é o resultado das condições de vida, dos cuidados que cada pessoa dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões e de controlar a própria vida e da garantia de que seja oferecida a **todos os membros da sociedade** (grifo da autora) a possibilidade de usufruir um bom estado de saúde e de ter acesso aos serviços de saúde” (PELICIONI, 2000, p.33).

Portanto, a inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) pode representar um avanço nessa dívida que o exercício da saúde bucal brasileira tem com os mesmos, principalmente levando-se em conta os adultos.

O presente estudo tornou-se estimulante por ser o PSF uma nova forma de atuação da saúde bucal que tem como norma focar a família como seu principal eixo de trabalho e consolidar um novo modelo de atendimento em saúde bucal, rompendo com os modelos de assistência vigentes, que ora se caracterizaram como curativo-mutilador, ora pela promoção de saúde apenas da população infantil escolar.

Desta maneira, a saúde bucal no PSF caracteriza-se pela constituição de um novo paradigma para a prática pública em saúde bucal, com o compromisso de consolidar os princípios do SUS. Este novo paradigma se efetivará por meio de uma prática de atenção a qual trabalhe com a equidade e a universalidade das ações básicas de saúde bucal, que tenha como eixo a promoção da saúde e que concretize, por meio do exercício cotidiano do planejamento estratégico, a hierarquização e a descentralização e que, na prática, promova e participe do controle social.

Vale ressaltar, que o PSF é a força motriz da Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que a define como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, humanização, da equidade e da participação social (PNAB, 2006).

Esse programa se propõe a reorganizar a atenção básica, tendo em vista uma maior preocupação com a saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, voltada para promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. Sendo a saúde bucal um dos componentes da saúde em sua expressão mais ampla, influenciando diretamente na qualidade de vida, faz com que a incorporação de ações de saúde bucal no referido programa adquira maior importância, inclusive da busca de mecanismos que ampliem o acesso da população a essas ações, e viabilizem a melhoria do quadro epidemiológico no Brasil (BRASIL, 2000).

Deve haver muito empenho de todos os profissionais para a construção desse novo modo de operar as ações de saúde, o que deve repercutir em um movimento contínuo de reflexão sobre as suas práticas de

saúde, numa aproximação entre os diferentes profissionais das equipes e também dessas equipes com a comunidade. A aproximação com o usuário traz a chance de se construir com ele, a autonomia possível para o enfrentamento de seus problemas (BRASIL, 2006).

Atualmente há no Brasil uma Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente, que tem como uma das grandes frentes de ação reorganizar a atenção básica por meio do PSF como proposta preferencial. De acordo com PUCCA (2006), pela ampliação das equipes de saúde bucal, ampliam-se também as ações de Promoção à Saúde e o leque de procedimentos que são ofertados na atenção básica, o que contribui diretamente para a melhora da resolutividade:

... para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as “linhas de cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). Onde o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento. A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços e aprofundar a humanização das práticas (p.243).

No contexto de trabalho do PSF, o desafio para os dentistas é grande, pois têm que trabalhar com a proposta de sair do campo de ação hegemônico e individualista que é a forma de atuação peculiar à prática odontológica brasileira, que tem trabalhado isoladamente dentro dos consultórios odontológicos que na sua maioria são particulares, o que resulta

na alienação dos profissionais no que se refere à saúde bucal coletiva, seus problemas e soluções.

É de suma importância que a prática odontológica esteja inserida dentro dos preceitos do PSF, que tem como principal objetivo a transformação do modelo tradicional de assistência, no qual os serviços de saúde têm um papel dinâmico de também ir ao encontro da população, principalmente através da visita domiciliar (BOURGET, 2005), construindo assim, um novo campo de prática da saúde bucal coletiva que sempre atuou isoladamente, com pouca integração com outras áreas do desenvolvimento humano.

Então, como superar essa visão individual do profissional de saúde bucal e realizar um trabalho onde se aborda a família e o coletivo como principal meta?

A mudança deve começar pelos cursos de graduação em odontologia, nos quais a formação dos profissionais tem sido voltada quase que exclusivamente ao trabalho individualizado e mais técnico, fazendo com que o dentista recém formado queira trabalhar na maioria das vezes em consultórios particulares, isoladamente, sem interesse pelo trabalho na rede pública e pelo cotidiano da UBSs, desconhecendo assim, os problemas da comunidade onde vive.

Para BOURGET (2006), a prática atual da profissão é fruto da exaustiva ênfase dada ao caráter individualista que caracterizou a odontologia desde o seu início. Antes da sua inserção e adaptação ao PSF era nítido o antagonismo entre os preceitos do Programa e o modelo hegemônico da saúde bucal.

Os profissionais de saúde bucal selecionados para trabalhar no PSF devem ter perfil para trabalhar em equipe e também para que suas ações se enquadrem nos princípios e diretrizes do programa. CHAVES E SILVA (2007), ao analisarem os meios e processos de trabalho dos cirurgiões-dentistas inseridos na atenção básica em dois municípios da Bahia,

constataram que “a incorporação dos cirurgiões-dentistas ao campo público da saúde parece incipiente e relacionada menos com a formação profissional e com a trajetória social do que com a existência de uma situação de governo e de gestão favoráveis à reorganização das práticas assistenciais na direção de um novo modelo assistencial” (p.1708). Isso quer dizer que a justificativa do cirurgião-dentista trabalhar na rede pública muitas vezes se faz mais por falta de opção do que por valores considerados essenciais para o dentista sanitário, como a vocação, o interesse pelos problemas da comunidade, a renúncia, entre outros.

Devido a esta situação, há de se reconhecer a importância dos cursos de capacitação dos profissionais de saúde bucal que ingressam no PSF. Tal etapa de capacitação das equipes de saúde bucal tem início, concomitantemente, com a admissão destes profissionais como recomenda o Ministério da Saúde e deve ter continuidade durante toda sua vida profissional no Programa.

Neste sentido, o importante papel atribuído aos cursos de capacitação deve ser sempre reafirmado na prática e não só constar nas normas do programa, pois os mesmos podem fornecer as ferramentas necessárias para que os profissionais enfrentem os problemas e desafios de trabalho no PSF, como por exemplo a eterna questão da resolutividade em saúde bucal.

A resolutividade do trabalho no PSF tem se mostrado na prática dificultosa para o dentista, pois atuando somente no âmbito da atenção básica, depende da referência aos serviços de atenção secundária que precisarão ser feitos nos atendimentos. Conforme destacou BOURGUET (2005, p.81), “a ênfase é dada para que a atenção básica seja o mais resolutiva possível, porém, não exclui a necessidade da atenção secundária”.

O Ministério da Saúde determina que um dos princípios da inclusão da saúde bucal no PSF seja a integralidade. As ações de saúde bucal desenvolvidas nos serviços municipais ou regionais estão inseridas no

primeiro nível de atenção denominado de atenção básica, porém os usuários devem ser encaminhados aos serviços de referência quando for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou de problemas identificados na atenção básica, garantindo-se assim a atenção integral aos indivíduos e às famílias.

No entanto, a baixa capacidade de oferta de serviços de Atenção Secundária e Terciária, onde se realizam as ações mais complexas em saúde bucal pode dificultar ou impedir a incorporação do princípio da integralidade no sistema de saúde. É preciso garantir o acesso aos serviços de atenção secundária e terciária para que assim não somente os problemas de saúde bucal no âmbito da atenção básica sejam resolvidos.

Quando as equipes de saúde bucal do PSF conseguirem alcançar o preceito da resolutividade, fazendo rupturas importantes e mudanças qualitativas e quantitativas no exercício da atenção em saúde bucal coletiva, poder-se-á pensar a partir de um novo paradigma, rompendo com o atual serviço que fez da prática odontológica uma profissão individualista, hegemônica e mecanicista. A configuração desse novo paradigma visa a que a saúde bucal coletiva desenvolva ações mais equânimes, integrais, universais, enfim, fazendo parte realmente desse revolucionário e renomado programa de inclusão social que é o SUS, que aliás, tem servido como modelo ideal de política de saúde para diversos outros países, tendo já sido reconhecido como o melhor pela OMS.

Entre outros conceitos significativos, no que se refere à questão da resolutividade, é oportuno pesquisar o serviço por meio das entrevistas com os usuários do programa. “Abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade do serviço” TRAD e BASTOS (1998, p.431).

Pode-se, por meio da pesquisa de satisfação do usuário, dar mais impulso à participação popular, como uma forma legítima de fazer com que a população emita sua opinião. Para ESPERIDIÃO e TRAD (2006), “a satisfação do usuário é considerada uma meta a ser alcançada pelos serviços, devendo, portanto, ser pesquisada visando a aperfeiçoamentos no sistema de serviços de saúde” (p.1268).

As entrevistas com os usuários podem fornecer subsídios para que os profissionais e gestores possam refletir sobre vários aspectos importantes na atenção em saúde bucal. Uma destas questões a ser analisada, em relação ao trabalho das equipes de saúde bucal é a maneira pela qual se pode conseguir aplicar os preceitos do PSF, quais sejam, os de prevenção e promoção da saúde, sem deixar de lado a parte curativa, essencial na prática odontológica.

Esta preocupação aparece bem clara no documento que regulamenta a Saúde Bucal no PSF. Nele, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) apresenta como objetivos específicos: criar e consolidar critérios de incentivos financeiros aos estados e municípios para a implementação das ações de saúde bucal; assegurar o acesso progressivo de todas as famílias beneficiadas às ações de promoção da saúde e prevenção dos seus agravos; estimular e induzir o desenvolvimento de instrumentos que avaliem os padrões de qualidade e o impacto das ações desenvolvidas; definir estratégias e apoiar a capacitação de recursos humanos necessários para o desenvolvimento das ações de saúde.

Assim, a Saúde Bucal apresenta avanços e começa a ganhar espaços significativos nas políticas de saúde do país. Na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006, p.11), ficou determinado que a assistência fosse integral “voltada à criança, à mulher, à hipertensão arterial, ao diabetes, à tuberculose, à hanseníase e à **saúde bucal**” (grifo da autora). Com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – vem-se buscando melhorar a condição de saúde da população e superar as desigualdades sociodemográficas a partir da reorganização do sistema

de saúde e da prática assistencial, do aumento do atendimento e de sua qualificação, ampliando o acesso aos serviços de saúde bucal a todas as faixas etárias e assegurando atendimentos nos níveis secundários e terciários (PINHEIRO e TORRES, 2006). Esta política tem como uma das grandes frentes de ação a reorganização da Atenção Básica, optando pelo PSF como proposta preferencial.

De acordo com PUCCA (2006), hoje já são mais de 10 mil equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família; no período entre dezembro de 2002 e maio de 2005, o número de equipes cresceu 141,3%, passando de 4.261 para 10.285. Com esse aumento, cresceu também o número de municípios atendidos. Em 2002 eram 2.302 localidades; hoje já são 3.436.

Espera-se que dessa forma a saúde bucal avance não só numericamente, mas consiga cumprir o seu papel de ser uma assistência de qualidade, conforme previsto no programa, representando assim um avanço para a odontologia social no Brasil.

1.1 A ODONTOLOGIA SOCIAL

A Odontologia Social ou Saúde Bucal Coletiva ou Odontologia Sanitária, aqui independente do termo a ser usado, é segundo CHAVES (1986, p.13), “a disciplina de saúde pública responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde bucal da comunidade. A odontologia sanitária é trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade, no sentido de obter as melhores condições possíveis de saúde oral”.

No entanto, não se pode pensar em saúde oral sem se pensar em prevenção. De acordo com WEYNE (2003, p.13):

Através dos estudos epidemiológicos disponíveis e da penosa experiência profissional de muitas gerações, hoje podemos afirmar que a forma de atenção odontológica baseada exclusivamente em procedimentos operatórios não se

mostrou capaz de controlar as doenças bucais e nem mesmo de evitar que muitas pessoas assim tratadas perdessem todos ou quase todos os dentes na meia-idade.

Prevenção é o ato, efeito ou ação de prevenir; e prevenir é dispor antecipadamente, preparar, precaver, antecipar-se, chegar antes, de modo que se evite o dano ou mal, impedindo-o que se concretize (MICHAELIS, 1998, p.1695).

As escolas de odontologia têm dado em seus currículos pouca ênfase à prevenção, ficando a maioria dos profissionais limitados aos conceitos curativos e restauradores. Pode-se notar em congressos e eventos que os cursos e programações (seminários, workshop, mesas-redondas, entre outros.) são na grande maioria das vezes pouco voltados à prevenção e promoção da saúde.

Porém, verifica-se atualmente sensível mudança no paradigma de prática da profissão odontológica, no qual a forma tradicional de tratamento centrada na doença e até então hegemônica, vem gradualmente cedendo espaço para outro tipo de atenção profissional, cuja ideologia é a prevenção e a promoção de saúde (WEYNE, 2003).

De acordo com LASCALA (1997), não existem duas odontologias ou medicina, uma preventiva e outra curativa. Há apenas uma: aquela que é melhor utilizada no momento oportuno. O nível de prevenção é uma alternativa criada pelas circunstâncias, e não justificável pelo meio.

Portanto, parece clara a necessidade de se ver o indivíduo como um todo. Como na medicina não se pode pensar no indivíduo como um coração, um pulmão ou um rim, também na Odontologia não se pode ver uma boca ou alguns dentes e gengivas, mas antes ver a pessoa que nos traz essa boca, ora que ri, ora que chora, mas que quer ser feliz.

PINTO (1994, p.5) entende que:

Quando a Odontologia efetivamente transformar-se em uma ciência social e preventiva, as disciplinas

correspondentes deixarão de existir, uma vez que seus conteúdos estarão embutidos em cada passo do currículo e do fazer diário da profissão. A separação entre as áreas preventiva e social só se justifica por motivos didáticos não devendo existir na prática, pois ambas são componentes de um mesmo corpo de conhecimento no qual cabe à primeira identificar as origens dos problemas de saúde bucal e apresentar os métodos capazes de impedir sua ocorrência, enquanto que à odontologia social compete, ademais de reunir condições propícias para o uso dos métodos preventivos, estruturar o sistema de prestação de serviços à comunidade, incluindo a obtenção dos insumos necessários.

A problemática da educação em saúde bucal nos serviços de saúde ilustra bem que realmente se deve ter a odontologia preventiva e social no mesmo universo e no mesmo contexto, uma complementando a outra para resultados mais efetivos. Também é tarefa do setor saúde, em suas esferas de decisão, assegurar que suas ações de prevenção e reabilitação atinjam toda a população, de todas as faixas etárias.

Contudo, no Brasil nem sempre foi assim, como mostra a história das Políticas de Saúde Bucal do país, as quais evidenciam-se três momentos:

- Odontologia Sanitária e Sistema Incremental que priorizou a atenção aos escolares de 6-14 anos com enfoque curativo-reparador. Deu início a uma lógica organizativa e de programação para assistência odontológica e foi introduzido na década de 1950.

O Sistema Incremental foi conceituado como método de trabalho que visa ao completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridade quanto a idades e problemas. Desenvolvido inicialmente nos Estados Unidos, alcançou difusão no Brasil com a fundação SESP (PINTO, 1977 e 1994).

Adotou-se um modelo incremental no atendimento, com atenção voltada aos mais jovens, porém excludente, em que se preveniam cáries em molares permanentes somente de crianças com acompanhamento até determinada idade para prevenção, excluindo os dentes decíduos (NARVAI, 2001).

Entretanto, isso foi negativo porque se observou que nesse período a saúde bucal coletiva enfrentou diversos problemas no desenvolvimento do programa, tornando-se ineficaz e piorando muito os índices de saúde bucal.

A tentativa de resolver os problemas brasileiros importando o modelo incremental americano de atenção às minorias, de forma acrítica – sem levar em conta as diferenças profundas existentes entre os dois países, principalmente porque os problemas eram gerais e não focais como nos Estados Unidos – resultou na não formulação de uma estratégia universal para atingir toda a população, porque se voltava, exclusivamente, à população-alvo e não ao conjunto da população exposta ao risco de adoecer (BRASIL, 2006).

- Odontologia Simplificada e Odontologia Integral, instituída ao final dos anos 1970, teve como características a promoção e prevenção da Saúde Bucal com ênfase coletiva e educacional, a abordagem da participação comunitária, a simplificação e racionalização da prática odontológica e a desmonopolização do saber com a incorporação de pessoal auxiliar.

De acordo com MENDES (1986), a Odontologia Simplificada pode ser definida como uma prática profissional que permita, através da padronização, da diminuição dos passos e elementos e da eliminação do supérfluo, tornar mais simples e barata a odontologia. Contudo, essa odontologia não pretende uma mudança qualitativa da prática profissional. Seria como um apêndice à odontologia tradicional, uma odontologia complementar, destinada às classes sociais marginalizadas e concretizada

pela simplificação dos elementos da prática profissional, em especial, recursos humanos e equipamentos.

- Programa Inversão de Atenção—PIA, cuja principal característica era intervir antes e controlar depois. Buscou adaptar-se ao SUS, porém sem a preocupação com a participação comunitária. Modelo centrado em três fases: estabilização - reduzir a incidência e a velocidade de progressão da doença bucal; reabilitação - restabelecer a estética e função perdidas pelas sequelas da doença e declínio - controle da doença e da lesão. (BRASIL, 2006 e NICKEL, LIMA e SILVA, 2008).

Esse modelo contrariou as ações curativas do Sistema Incremental e da Odontologia Integral, descentralizando a atenção curativa clássica, buscando estabilizar o meio bucal para a eficácia dos métodos preventivos.

Diante das características do modelo, são dadas outras denominações para o Programa Inversão da Atenção: Sistema Universal, Sistema de Ações de Natureza Coletiva e Sistema de Controle Epidemiológico da Cárie.

Comparado ao Sistema Incremental, o Programa Inversão da Atenção dele difere por não trabalhar sob a ótica de acúmulo de necessidades e tratamentos completados individuais em sequência. Orienta-se pela prioridade de controlar a doença com conceitos modernos de prevenção e educação em saúde. Por isso, tornou-se um modelo oposto ao tratamento cirúrgico-restaurador (NICKEL, LIMA e SILVA, 2008).

Atualmente a atenção em saúde bucal parece estar com tendência de maior integração nos serviços de saúde, tendo uma verdadeira inserção no Sistema Único de Saúde, principalmente através do Programa Saúde da Família.

1.2 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF

A Estratégia Saúde da Família é entendida como de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde dessa comunidade (BRASIL, 2006).

O Programa Saúde da Família (PSF) tornou-se no Brasil uma estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica. Esta, de acordo com o Ministério da Saúde, BRASIL (2006, p.10), “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe”.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Segundo CHIESA, SOUZA e CALIFE (2003, p.248), “atenção básica não quer dizer atenção simplificada, e sim uma nova forma de olhar o cidadão que nos procura, tão complexa quanto a dos especialistas, só que diferente, pois nela a pessoa é vista como um todo e integrada no seu meio social e ambiental”.

De acordo com as publicações de 2006 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.12), a Atenção Básica tem como fundamentos:

I – Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, em consonância com o princípio da equidade.

II – Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços.

III – Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

IV – Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação.

V – Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação.

VI – Estimular a participação popular e o controle social”.

Essa perspectiva de atuação vem no sentido de contribuir para resolver várias deficiências dos serviços de saúde e todo trabalho deve ser pautado nesses fundamentos para uma efetiva melhora.

De acordo com Starfield e Sampaio, citados por BRASIL (2006, p.11), o correto entendimento do conceito de Atenção Primária ou Atenção Básica pode ser possível a partir do conhecimento de seus princípios ordenadores: primeiro contato – implica acessibilidade considerando a estrutura disponível, no sentido da existência de barreiras; longitudinalidade – consiste ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a

equipe de saúde, indivíduos e família e pode ser traduzida como o vínculo e a continuidade enquanto oferta de serviços; abrangência: diz respeito às ações programadas para aquele serviço e à sua adequação às necessidades da população, devendo encontrar o equilíbrio entre a resolutividade clínica individual e as ações coletivas de caráter preventivo e promocional; coordenação: relaciona-se à capacidade do serviço de garantir a continuidade da atenção, o seguimento do usuário no sistema ou a garantia da referência a outros níveis de atenção quando necessário.

Outros três aspectos devem ser focados na Atenção Básica: a centralização na família, que consiste no **conhecimento** de seus membros e dos problemas de saúde dessas pessoas e o reconhecimento da família como espaço singular; a **competência cultural**, que trata de reconhecer as multiplicidades de características e necessidades específicas de populações diversas, que podem estar afastadas dos serviços de saúde pelas suas peculiaridades culturais como diferenças étnicas e raciais, entre outras; e por fim a **orientação comunitária**, que abrange o entendimento de que as necessidades se relacionam ao contexto social, e que o reconhecimento dessas necessidades pressupõe o conhecimento do contexto físico, econômico e cultural (BRASIL, 2006, p.11).

A Atenção Básica tem hoje no Brasil como programa principal o PSF, que além dos princípios gerais da própria Atenção Básica, deve ter:

- **Caráter substitutivo:** o PSF não se propõe à criação de novas estruturas, exceto em áreas desprovidas de qualquer tipo de serviço, mas sim substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a prevenção, com a promoção da qualidade de vida da população e com a resolutividade da assistência.
- **Integralidade e Intersetorialidade:** a USF está inserida no âmbito da atenção básica, configurando-se como o primeiro

contato da população com o sistema de saúde. Espera-se que as equipes possam identificar e responder às necessidades de saúde, captadas em sua expressão individual e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para os demais níveis de complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa possa assim exigir. A coordenação municipal e as equipes devem buscar junto a outros setores sociais a complementaridade necessária para suas ações e práticas.

- Territorialização: por meio das informações epidemiológicas e sociais da população, a equipe define sua área de abrangência e a população adscrita (que pode variar entre 2.400 a 4.500 pessoas ou de 600 a 1000 famílias), realizando o cadastramento das famílias, o acompanhamento das situações de saúde, da exposição a agravos e das condições ambientais, desenvolvendo ações programáticas, identificando as eventuais desigualdades existentes no seu espaço de atuação, oferecendo, desta maneira, uma atenção diferenciada aos grupos e famílias mais vulneráveis.
- Equipe multiprofissional: as equipes de Saúde da Família são atualmente compostas por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. A partir de dezembro de 2000, houve a inserção das equipes de Saúde Bucal para cada duas equipes de Saúde da Família e com a portaria nº 673/ GM/MS, de junho de 2003 prevê incorporação de uma equipe de Saúde Bucal para cada equipe de Saúde da Família. As equipes de Saúde Bucal são compostas por um dentista, um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e pode ter ou não mais um Técnico de Higiene Dental (THD).
- Responsabilidade e vínculo: as equipes assumem a responsabilidade de contribuir para a melhoria da qualidade de

vida da população adscrita, por meio de uma atenção humanizada, valorizando a dimensão subjetiva e social nas suas práticas.

- Estímulo à participação da comunidade e ao controle social para o planejamento e controle das ações previstas na estratégia (BRASIL, 2006).

As equipes devem ter como campo de atuação:

1. A Promoção da Saúde: processo de habilitação das pessoas para que aumentem seu controle sobre e melhorem sua saúde (OMS – 1986). Os pré-requisitos para a saúde vão além da simples prevenção de doenças, ou de estilo de vida próprio, incluindo aspectos como “paz, proteção, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça e equidade social”. Busca-se analisar e agir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, bem como, sobre os problemas que afetam a vida e as condições em que se vive.

2. A Prevenção de doenças e agravos: com ações de prevenção primária, através da promoção da saúde e proteção específica, incluindo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

3. A Assistência e o Tratamento: com ações de atenção secundária. As equipes devem ter acesso às condições de trabalho que garantam a qualidade do atendimento aos pacientes, às famílias e à comunidade, bem como, a garantia da referência aos demais níveis de atenção do sistema.

4. A Reabilitação da Saúde: com ações de atenção terciária através do restabelecimento das capacidades funcionais das pessoas, prejudicadas como consequência do adoecimento (BRASIL, 2006).

O PSF é uma estratégia que tem como um de seus pontos fortes a visita domiciliar: a equipe de saúde vai às casas das pessoas e conhece de perto a realidade de cada família.

As equipes nucleares são compostas basicamente por 5 a 6 agentes comunitários de saúde, um médico, um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem a função de captar informações sobre os problemas de saúde da comunidade e da população adscrita; é um dos moradores daquela rua , daquele bairro ou daquela região.

No Programa está previsto que cada Equipe de Saúde da Família (ESF) seja responsável pelo atendimento de 600 a 1000 famílias, não podendo ultrapassar 4.500 pessoas. A proporção é definida pelo risco que a região representa para a saúde da comunidade. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), onde o risco é maior, recomenda-se que a população atendida seja menor, para que a ESF possa se dedicar adequadamente a seu trabalho. Esse conceito prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a ESF, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo o trabalho feito.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), em várias regiões do Brasil, os resultados alcançados pelo PSF em várias cidades impressionam pelo avanço que os números indicam. Assim:

Em Belém, o índice de mortalidade infantil caiu para zero nas áreas onde foi implantado o PSF; em Caruaru, interior de Pernambuco, através do PSF 90% das crianças menores de 2 anos estão com a vacinação em dia; em Pedras de Fogo, interior da Paraíba, 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos têm acompanhamento dos casos pelas equipes, com distribuição gratuita de medicamentos; em Florianópolis, a primeira capital a atingir 100% de cobertura com os Agentes Comunitários de Saúde, o índice de mortalidade infantil caiu de 21,6 para 9 (para cada mil nascidos vivos); em Lucas do Verde, interior de Mato Grosso, as filas desapareceram em apenas três anos de implantação do PSF, sendo que 96% dos problemas são resolvidos pela Unidade de Saúde da Família.

Para enfrentar o desafio de alcançar suas propostas, a maior dificuldade de implantação do PSF tem ocorrido em grandes centros brasileiros, devido a suas dinâmicas e complexidades, como na cidade de São Paulo.

1.3 O PSF NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

O município de São Paulo, com seus 455 anos e 11 milhões de habitantes em 2007, é a maior cidade do Brasil. Nela, as equipes do PSF foram implantadas em áreas de maior prioridade, de acordo com o Mapa de Exclusão Social, através de critérios socioeconômicos e epidemiológicos (SÃO PAULO, 2002).

De acordo com ELIAS e col. (2006), São Paulo aglutina as características mais marcantes das metrópoles dos países capitalistas periféricos, dentre as quais se destacam a economia dinâmica e inserida no circuito internacional, a especialização financeira, o papel determinante das telecomunicações para centralização das funções de comando e a presença de um forte padrão de exclusão social que adquire feição espacial, caracterizando um espaço urbano marcadamente heterogêneo.

Apesar de ocorrer a municipalização, o PSF foi implantado no município da mesma forma como estava sendo trabalhado com o Projeto QUALIS – Qualidade Integral em Saúde, com instituições parceiras, constituindo uma rede de apoio, pois a Secretaria Municipal de Saúde entendia que não era possível assumir tal compromisso sozinha. Assim, foi institucionalizada a Rede de Apoio mediante convênios, nos quais instituições de ensino e serviço pactuaram uma agenda de trabalho, tendo em vista a capacitação e formação de profissionais aptos a construir o PSF nas (os) diferentes regiões/distritos da cidade.

Assim formou-se uma rede de parcerias, diferentes entre si, por serem instituições com objetivos e funções diferentes, mas que se uniram à Secretaria Municipal de Saúde com o mesmo objetivo: garantir aos paulistanos o direito à saúde, e com qualidade (SOUSA, 2003, p.92).

Na rede de apoio, envolvida na implantação do PSF, podem ser citadas parcerias com instituições de ensino como a Universidade de São Paulo/ Faculdade de Medicina ou a Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM); com associações comunitárias como a Associação Comunitária Monte Azul e com instituições de saúde como a Casa de Saúde Santa Marcelina, o Hospital Albert Einstein, o Hospital Santa Catarina, entre outros.

Essas instituições exercem funções de contratação e remuneração dos profissionais das equipes, treinamento, coordenação e supervisão direta dessas equipes, sendo responsável inclusive pelo repasse de recursos financeiros delas.

A rede não criou uma nova organização que vai disputar espaço e recursos com outras organizações. Os parceiros conservaram a própria identidade, dispondo-se a operar de modo cooperativo com outros entes igualmente autônomos, para isso planejando, avaliando ações em comum de forma a complementar ou suplementar uns aos outros. A rede não impede que cada ente continue a desenvolver seus próprios objetivos (INOJOSA, 2003, p.105).

O município conta hoje com a Secretaria Municipal de Saúde como gestora do SUS na cidade, que foi por ela dividida, em janeiro de 2001, em 41 Distritos de Saúde, sendo cada um responsável por aproximadamente 250 mil pessoas:

“esta divisão visou não apenas tornar a cidade administrável do ponto de vista das ações de saúde – uma vez que cada Distrito de Saúde tem tamanho aproximado ao de um município médio brasileiro – mas também viabilizar o planejamento e a execução de políticas de saúde fundadas

nas necessidades específicas de cada região, o que é fundamental numa cidade com condições de vida tão díspares em termos de renda e acesso a serviços sociais” (SÃO PAULO, 2002, p.4).

Ainda segundo a Secretaria Municipal de Saúde, a gestão da política de saúde conforme a divisão em distritos pode considerar a saúde em seus determinantes mais amplos, incluindo fatores ambientais, culturais e socioeconômicos, conseguindo assim atuar sobre a qualidade de vida da população. Todos os aspectos da política de saúde deverão ser abordados e trabalhados junto com a população, criando canais de comunicação em que as comunidades locais poderão explicitar seus problemas e anseios (SÃO PAULO, 2002).

Com a municipalização dos serviços de saúde, desde 2001, a atenção básica na cidade de São Paulo encontra-se sob a responsabilidade do município, o qual tem sua Secretaria Municipal de Saúde subdividida em cinco Coordenadorias Regionais de Saúde: Coordenadoria Regional Leste, Coordenadoria Regional Sudeste, Coordenadoria Regional Centro-Oeste, Coordenadoria Regional Sul e Coordenadoria Regional Norte. Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde tem em torno de 45% das unidades de saúde trabalhando com PSF.

Em 2002, quando da implantação do PSF na cidade, foi elaborado documento norteador, trazendo as diretrizes para as ações de reorganização da Atenção Primária, humanização e democratização do acesso, parcerias com a comunidade, controle social e promoção da saúde. O documento diz que dada a complexidade da organização da atenção básica, a estratégia Saúde da Família impõe uma nova prática na atenção, na gerência e gestão das Unidades Básicas de Saúde, esperando que as equipes que atuam nessas UBS sejam capazes de:

- * cuidar da saúde das famílias, de forma humanizada e estabelecendo vínculos entre os profissionais e os indivíduos/famílias/comunidades;

- * fortalecer o processo da descentralização das ações e serviços de saúde, integrando os pontos do Sistema Municipal de Saúde;

- * ampliar a rede de instituições parceiras, de forma a assegurar os objetivos de qualidade nos processos de transformação das Unidades Básicas de Saúde;

- * democratizar o conhecimento do processo saúde/ doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;

- * estimular o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, como expressão de qualidade de vida;

- * incentivar a participação efetiva da comunidade nos processos organizativos da atenção básica/PSF;

- * pactuar uma agenda integrada entre a saúde e outros setores, ampliando as possibilidades do desenvolvimento sustentável da atenção básica/ PSF;

- * atuar de forma a contribuir para ampliar a participação da saúde e fortalecer as ações intersetoriais na perspectiva de valorização do espaço local para superar as lacunas das Políticas Públicas tradicionais (SÃO PAULO, 2002).

Quanto às responsabilidades gerenciais e administração das UBS, estas devem articular-se na lógica do PSF como um equipamento público de Saúde destinado a cuidar da saúde dos indivíduos, famílias e comunidade por meio das equipes nucleares e outros profissionais envolvidos nesse processo. Além disso, devem atuar com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se como “portas de entrada” do sistema, integrando-se com os demais níveis de atenção de acordo com os pactos de referência e contra-referência do território, enfatizando as ações de adscrição da clientela e cadastramento da população.

Quanto à adscrição, é definida dentro de um território de abrangência conforme sua responsabilidade, atuando com uma ou mais equipes nucleares do PSF, de modo que cada equipe possa ser responsável, de forma o mais flexível possível de acordo com suas características sociodemográficas, por uma população de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4500 habitantes.

O cadastramento das famílias é medida fundamental para definição do perfil epidemiológico local e planejamento para as ações de Atenção à Saúde, sendo realizado através de visitas domiciliares com identificação de todos os moradores, das morbidades e caracterização das condições socioambientais onde estas famílias estão inseridas.

As atividades gerenciais também estão bem definidas, assim também como os dos funcionários do apoio administrativo que terminam por compor as UBS que abrigarão as Equipes Nucleares do PSF (BRASIL, 2002).

A cobertura populacional do PSF nas regiões metropolitanas e nas cidades com mais de 500 mil habitantes vem alcançando percentuais inferiores às coberturas nacionais como um todo. Em 1998, a cobertura do PSF no país alcançava 1,96% e, em 2003, chegou a 33,32%; no mesmo período, nas grandes cidades, esses valores passaram de 0,98% para 17,22%². No entanto, na maior cidade brasileira, São Paulo, o aumento do número de equipes do PSF foi rápido, diferente do verificado na grande maioria das outras metrópoles, pois o PSF foi assumido como estratégia de reorganização da atenção à saúde a partir de 2001. Desde então, essa cidade concentra o maior número de equipes de saúde da família em atividade no país (Bousquat et al., 2006). Acompanhando essa tendência também cresceu o número de Equipes de Saúde Bucal na cidade de São Paulo, entre janeiro de 2005 a novembro de 2008, este número passou de 13 para 125 (SÃO PAULO, 2009).

1.4 A SAÚDE BUCAL NO PSF

Historicamente, a prestação de serviços de saúde bucal no Brasil se limitava basicamente as crianças em idade escolar, com procedimentos de baixa complexidade e com reduzida realização de procedimentos de média e alta complexidade. Com o objetivo de superar essa desigualdade e de se conseguir ter uma política voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros foi estruturada a Política Nacional de Saúde Bucal que define a inserção da saúde bucal no PSF (ANDRADE & BARRETO, 2007).

Essa inserção representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da Saúde Bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter individual e coletivo, mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Porém essa inclusão da saúde bucal no PSF, no Brasil e principalmente em uma cidade grande como São Paulo, enfrenta muitos problemas e desperta um interessante debate, pois vislumbra o nascimento de outra saúde bucal, essa sim resolutiva e integral e que ofereça maior acesso aos usuários.

As equipes de saúde bucal atuam mais próximas da realidade, identificando fatores e famílias em situação de risco, priorizando demandas assistenciais e preventivas e levando ações de saúde bucal diretamente às comunidades.

Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde (2006), cada equipe de saúde bucal atende, em média, 6.900 pessoas, considerando a proporção de uma equipe de saúde bucal para cada duas ou uma equipe de saúde da

família em funcionamento no município. Os recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde. As ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família devem expressar os princípios e as diretrizes do SUS.

A transferência de recursos federais e estaduais aos municípios compõe financiamento tripartite das ações de saúde na atenção básica, inclusive da saúde bucal. No nível federal, efetiva-se por meio do Piso de Atenção Básica (PAB), que descreve um valor *per capita* por ano, repassado mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

Objetivando a adesão ao processo de reorganização das ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica por meio da estratégia do PSF, criou-se, na fração variável do PAB, um incentivo à saúde bucal no PSF. O financiamento global das ações de saúde bucal realizadas pelas equipes de saúde da família se dá pela complementaridade do PAB fixo e do PAB variável.

Os municípios que se qualificarem para desenvolver as ações de saúde bucal receberão incentivo financeiro anual por equipe implantada, transferido de forma automática e regular em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos). O valor do incentivo vai depender da modalidade da equipe implantada.

São duas as modalidades de equipes de saúde bucal que podem ser implantadas pelo município:

Modalidade I – um cirurgião-dentista e um Auxiliar de Cirurgião-Dentista (ACD).

Modalidade II – um cirurgião-dentista, um ACD e um Técnico em Higiene Dental (THD).

O valor do incentivo vai depender da modalidade da equipe implantada, a equipe modalidade II vai receber um repasse maior que a modalidade I.

A adequação dos espaços a serem utilizados para a prestação dos serviços odontológicos deve considerar as instalações já existentes, bem como as iniciativas locais de organização dos serviços, desde que satisfaçam os critérios de referência territorial e sejam de fácil acesso para a população.

Hoje no Brasil existem mais de 10 mil equipes de saúde bucal atuando na Estratégia de Saúde da Família. No período de dezembro de 2002 e maio de 2005, o número de equipes cresceu 141,3%, passando de 4.261 para 10.285. Com esse aumento, cresceu também o número de municípios atendidos. Em 2002 eram 2.302 localidades; hoje já são 3.436. Assim, o Ministério da Saúde aumentou de 26 milhões para quase 53 milhões o tamanho da população adscrita pelas equipes de saúde bucal (MS, 2006).

De acordo com Narvai (2002), o Brasil tem 11% dos dentistas do mundo, mas o mercado não absorve os profissionais da área, embora os indicadores epidemiológicos revelem uma situação dramática. Isso se deve ao fato de que grande número de dentistas se forma por ano no Brasil e não tem onde trabalhar, pois as ofertas de trabalho são poucas. A opção que mais se apresenta é a clínica particular, que está muito difícil de ser mantida devido aos altos custos necessários para seu funcionamento. O serviço público por sua vez está ainda a passos lentos para ampliar a oferta de serviço de saúde bucal e oferecer um maior campo de mercado ao cirurgião-dentista.

De acordo com Sória e col. (2002, p.1552), ingressam no mercado de trabalho, anualmente, cerca de 12.000 profissionais que se somarão aos 160.718 já existentes, fazendo com que a população de cirurgião-dentista cresça cerca de 5% ao ano no Brasil, enquanto que o crescimento da

população brasileira é de 1,6%. Tais dados mostram como está difícil hoje no país o mercado de trabalho oferecer oportunidades para todos os dentistas.

Historicamente, a inserção da saúde bucal no PSF ocorreu por pressão das entidades de classes que vislumbravam no PSF uma oportunidade de ampliação do mercado de trabalho para a categoria odontológica que estava muito ruim, tanto que oficialmente foi anunciada essa inserção pelo próprio Ministro da Saúde da época no dia do dentista em Brasília.

Essa reivindicação não partiu dos usuários do SUS, embora, de acordo com Manfredini (2006), dados consolidados do processo de Orçamento Participativo da Prefeitura Municipal de São Paulo para o ano de 2002 tenham mostrado que a saúde bucal foi a segunda especialidade mais demandada, só sendo superada pelo próprio Programa de Saúde da Família. Destaque-se que era um período de plena expansão do PSF no município e que a Saúde Bucal superou todas as outras especialidades médicas, como as demandas por saúde da mulher (11^a), do idoso (12^a), de dependência de álcool e drogas (15^a), da saúde da criança e do adolescente (19^a), da saúde mental (20^a), de portadores de necessidades especiais (21^a), de assistência farmacêutica (23^a), de saúde do trabalhador (41^a) e de prevenção e combate às DSTs/AIDS (44^a).

Provavelmente, isso ocorreu porque a população quase não tinha até então acesso a serviços odontológicos gratuitos de qualquer espécie.

Zanetti (1993, p.30) afirma que mesmo com as reformas setoriais contemporâneas, no bojo das medidas racionalizadas dos anos de mil novecentos e oitenta, não ocorreu a formação de um público consumidor de bens e serviços públicos sanitário-bucais dotado de opiniões e mecanismos políticos de representação de interesses capazes de moldar o perfil de intervenção governamental no Brasil. A Reforma Sanitária de dentro para fora não proporcionou o surgimento de atores potentes, organizados sob interesses da população usuária, que portassem reivindicações e propostas

específicas de medidas de saúde bucal, ainda que estas fossem articuladas com as demais questões sanitárias.

Saber como está sendo concretizada verdadeiramente a inserção da saúde bucal no PSF e como estão sendo desenvolvidos os procedimentos terapêuticos e preventivos no programa torna-se necessário quando se tenta acompanhar a história dessa inserção e percebe-se que não aconteceu de uma forma planejada e estruturada.

De acordo com Zanetti (2007), como numa encruzilhada, a inclusão da Saúde Bucal no PSF pode vir a representar a possibilidade real e histórica de se instituir um novo paradigma de Planejamento e Programação da Atenção Básica em Saúde Bucal, como também, por outro lado, pode estimular a expansão não sustentável da oferta de serviços. Assim, a inclusão serve de base para o lançamento de um processo de futuro incerto, por ser sua normatização insuficiente, sem a qual tudo pode acontecer.

Os municípios recebem incentivo financeiro para expandir a Saúde Bucal no PSF, e vem aumentando os repasses, mas isso para o mesmo autor se for visto pelos Prefeitos e Secretários da Saúde como “atraente” pode gerar um crescimento desorganizado dada a falta de balizamento normativo em termos programáticos.

É importante ressaltar que a inserção da saúde bucal no PSF deve ser constantemente revista e seu trabalho cada vez mais aprimorado, pois nele existe a oportunidade de mudar as condições desfavoráveis de saúde bucal em que se encontra a população brasileira, principalmente das camadas mais desfavorecidas. Essa mudança se dará por meio de um programa voltado à superação do abandono e da falta de compromisso com a saúde bucal da população, para dar uma resposta às suas demandas e ampliar o acesso às ações e serviços de prevenção, recuperação e promoção da saúde bucal.

1.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE, SAÚDE BUCAL E O PSF

Durante muitos anos, no Brasil, as ações de saúde bucal no serviço público deram-se de forma caracterizada pelo curativismo. Atualmente, essa tendência vem sendo revertida, observando-se o esforço para conseguir ações de saúde bucal direcionada à promoção.

Em todo o Brasil, a expansão do PSF trouxe um verdadeiro estímulo para o tema da promoção da saúde. Equipes que têm nos seus objetivos básicos declarados “promover a saúde” (CAMPOS, 2006, p.64).

A promoção da saúde traz preceitos absolutamente necessários para o reconhecimento da Atenção Básica. A Promoção da Saúde é uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que levem a população a ter melhorias no modo de viver, o que só será obtido por meio da educação em saúde e participação popular.

ZIONI, CHIORO e ALMEIDA (2001, p.37) afirmam que a participação popular é a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local.

Segundo VALENTIM E KRUEL (2007, p.781), a implantação do PSF depende, antes de tudo, de decisão política da administração municipal, que deve submeter essa proposta ao Conselho Municipal de Saúde e discutir o assunto com as comunidades que serão beneficiadas, possibilitando dessa forma a participação da população e o controle social. Para tanto, é preciso que sejam promovidos debates e divulgação dos ideais do processo, com a presença e participação de representantes, lideranças e de outras entidades da comunidade.

Uma das formas mais efetivas de participação da população atualmente no Brasil têm sido as Conferências Nacionais de Saúde, hoje já

em sua 13ª edição. No entanto, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal-CNSB só veio a acontecer em 1986, quando já estávamos na 8ª Conferência Nacional de Saúde e conseguiu consagrar o desejo de mudança do modelo assistencial hegemônico vigente na saúde bucal durante três décadas.

A 1ª CNSB afirmou a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação (BRASIL, 2005).

Em setembro de 1993 aconteceu a 2ª CNSB que estabeleceu diretrizes e estratégias políticas para um novo modelo de atenção em saúde bucal, indicando os recursos humanos necessários, propondo novos modelos de financiamento e controle social por meio dos Conselhos de Saúde e defendendo a descentralização das ações (BRASIL, 2005).

Entre a 2ª e a 3ª CNSB, foram realizadas três Conferências Nacionais de Saúde (A 10ª CNS, em 1996, a 11ª CNS, em 2000 e a 12ª CNS, em 2003). Assim, observa-se que as CNSBs não só ocorreram tardiamente como foram feitas com intervalos de tempo muito grandes.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, que foi realizada em julho de 2004, teve como um dos objetivos, “ampliar a compreensão da saúde bucal no sentido de possibilitar uma melhor qualidade de vida, garantindo o tratamento de uma forma intersetorial como política de governo para a inclusão social e a construção da cidadania”(Ministério da Saúde, 2005).

Esta proposta deveria ser realizada por meio de trabalhos educativos a partir da conscientização sobre os cuidados em saúde bucal, indissociável da saúde geral e deveria garantir um atendimento humanizado de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde bucal. Este enfoque, como nos princípios da promoção da saúde, baseia-se na concepção de que saúde não é só ausência de doença, mas incorpora as condições e qualidade de vida.

De acordo com Pelicioni (2000),

a insatisfação gerada internacionalmente pelas condições de vida e saúde da maior parte da população mundial; a ênfase no modelo biomédico e suas conseqüências para a prevenção e o tratamento das doenças – concepção mecanicista, reducionista e cartesiana da vida, que considerava apenas as explicações científicas, a etiologia das doenças, os diagnósticos clínicos e os prognósticos, não atendendo, portanto, às necessidades reais da população – deram origem, depois de muitas reflexões e discussões, em meados da década de 1970, à introdução de um novo conceito de Campo da Saúde proposto pelos canadenses (p.1).

A promoção da saúde é antes de tudo, um movimento social e de profissionais de saúde que surge como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior desse sistema. Embora o termo “promoção da saúde” tenha sido inicialmente usado para caracterizar um nível de atenção de medicina preventiva, seu significado foi mudando ao longo do tempo, passando a representar mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado (BUSS, 1998).

A promoção da saúde tem como uma das principais estratégias a educação em saúde, que desde a Carta de Ottawa (BRASIL, 2001), tem sido revista como um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo, construtivistas e transversais a vários campos de atuação, que são desenvolvidas com gestores, movimentos sociais, grupos populacionais específicos e a população em geral, na maioria das vezes com o objetivo de sensibilizá-los para a aderência a projetos que contemplam as estratégias propostas.

De acordo com PELICIONI (2000, p.9),

educar é prover situações ou experiências que estimulem a expressão potencial do homem e permitam a formação da consciência crítica e reflexiva. Implica em adesão

voluntária. Assim, para que a educação se efetive, é preciso que o sujeito social motivado incorpore os conhecimentos adquiridos, que a partir de então, se tornarão parte de sua vida e serão transferidos para a prática cotidiana.

Segundo PEDROSA (2006, p. 79),

para a concretude das estratégias para a promoção da saúde, formalizadas desde a Carta de Ottawa de 1986, a educação em saúde tem sido apontada como um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo, construtivistas e transversais a vários campos de atuação, que são desenvolvidas com gestores, movimentos sociais, grupos populacionais específicos e a população em geral, na maioria das vezes com o objetivo de sensibilizá-los para a aderência a projetos que contemplam as estratégias propostas.

Concomitantemente à proposta de educação em saúde, a promoção da saúde tem incorporado princípios dentre os quais coincidem com os dos SUS, como o da universalidade, da equidade e da integralidade da atenção com articulação entre os diferentes níveis de complexidade de atenção.

A saúde bucal, que sempre caminhou às margens do sistema de saúde, tendo uma atenção mais voltada à criança, com a grande parte da oferta dos programas dirigidos ao segmento infantil, tem agora no PSF uma melhor perspectiva de atuação.

De acordo com MOYSÉS e col. (2008, p.61), “a nova saúde bucal que se espera surgir no interior da ESF não deve guardar lugar para ações e serviços que privilegiam faixas etárias ou grupos específicos, cujas ações ‘inovadoras’ não vão além das monótonas palestras de ‘educação’ para a saúde que buscam ‘ensinar’ aos pobres como cuidar de suas maltratadas bocas. Não há mais espaço para o atendimento da maioria da população em filas intermináveis e desumanas”.

Será que a inserção da odontologia no PSF está conseguindo aplicar os princípios da universalidade, atendendo a todos os grupos populacionais igualmente, a ponto de ser perceptível à população?

Considerando a existência da pergunta acima e do que foi referido anteriormente, pretende-se com esta pesquisa verificar como estão sendo realizados os trabalhos de saúde bucal dentro do contexto do PSF e analisar como estão sendo atendidas as necessidades e interesses dos usuários, considerando que os usuários do programa pertencem a grupos sociais diversos, podendo apresentar uma demanda diferenciada aos serviços de saúde bucal, mesmo pertencendo ao mesmo município, bairro ou comunidade, o que torna o trabalho do PSF um desafio para que possa ser equânime como se propõe.

A intenção deste estudo é poder fornecer subsídios para que os profissionais e gestores do município e do Programa Saúde da Família possam refletir sobre a importância da Saúde Bucal Coletiva.

Assim, espera contribuir para que a evolução das políticas públicas de saúde bucal continue em ascensão no Brasil e, na perspectiva de que possa se tornar cada vez melhor, implica em realizar uma investigação sobre as necessidades, opiniões e percepções dos usuários do PSF da UBS Vila Espanhola, município de São Paulo sobre o trabalho das equipes de saúde bucal do referido programa.

1.6 O CONCEITO DE PERCEPÇÃO

Como se denota do próprio título desta tese, este estudo enfatiza a percepção dos usuários no que diz respeito ao programa de saúde bucal inserido no PSF, uma vez que, o conceito de percepção que será aqui adotado permitirá a obtenção de uma avaliação qualitativa do mesmo, sempre tendo em vista os preceitos nos quais o referido programa se baseia.

Há que se definir tal conceito tendo em vista seu significado, sua importância, seus fins. Segundo a etimologia da palavra, “percepção” tem origem no latim e significa compreensão, faculdade de perceber. Já “perceber”, também de origem latina, significa: observar, conhecer por meio dos sentidos (MICHAELIS, 1998).

Isto posto, primeiramente, faz-se necessário perscrutar, pelo menos as três principais concepções da percepção segundo as teorias do conhecimento, quais sejam: a empirista, a intelectualista e a fenomenologia de Merleau-Ponty . Vale ressaltar que o conceito de percepção adotado neste estudo, teve como fonte norteadora o trabalho deste filósofo, autor da “Fenomenologia da Percepção”, cuja vida acadêmica foi em grande parte dedicada ao desvelamento da percepção como fenômeno essencial para o conhecimento da verdade.

Segundo CHAUI (1998), na concepção filosófica empirista e intelectualista a percepção é algo diferente de sensação, sendo as duas, formas de conhecimento empírico. A sensação dá qualidade aos objetos e os efeitos internos dessas qualidades sobre nós, sendo a percepção a síntese de sensações.

Para o empirismo, a sensação e a percepção dependem de estímulos externos, tais quais, cores, sabores, odores que agem sobre nosso sistema nervoso, que ativam resposta cerebral que por sua vez, volta a percorrer nosso sistema nervoso e chega aos sentidos sob a forma de sensação, ou de um conjunto de sensações, tornando-se percepção através do intelecto do percebedor. A sensação e a percepção são sujeitos, no sentido de que fazem com que nossos corpos reajam, sendo a causa do conhecimento sensível a coisa externa. O conhecimento é adquirido pela soma das sensações pela percepção, ou seja, a percepção é a única fonte de conhecimento, sendo a fonte das idéias abstratas formuladas pelo pensamento (ROCHA, 1991; CHAUI, 1996; NOBREGA, 2008).

Na concepção racionalista intelectualista, o sujeito é ativo e o objeto exterior é apenas a ocasião para que se tenha a sensação e a percepção. Perceber e sentir são fenômenos que dependem da capacidade do percebedor de decompor um objeto em suas qualidades simples – sensação - e de recompor o objeto como um todo, dando ao mesmo organização e interpretação (que é o trabalho da percepção), ou seja, cabe à percepção, conferir sentido e organização ao que é sentido (ROCHA, 1991; CHAUI, 1996; NOBREGA, 2008).

A fenomenologia da percepção surge no século XX, tendo como seu principal criador, Merleau-Ponty. Segundo esta teoria, não há diferença entre percepção e sensação, posto que não existem sensações parciais, elementares ou mesmo pontuais que seriam juntadas e organizadas pelo espírito que as transformariam na percepção de um único objeto. De fato, tanto para empiristas como para intelectualistas, a sensação é uma relação de causa e efeito, dada entre pontos das coisas e pontos do nosso corpo, sendo neste caso a percepção, a atividade de somar ou juntar as partes fazendo uma síntese, que seria o objeto percebido. Não é aceitável a ideia de que a sensação seja um reflexo pontual como uma resposta físico – fisiológica a um estímulo externo também pontual, como afirmam os empiristas. Quanto aos intelectualistas a maior crítica é de que a percepção não é uma atividade sintética feita pelo intelecto que reúne sensações e as transforma em percepção (MERLEAU-PONTY, 1991).

Esta teoria já se diferencia pela noção de campo oferecida pela Gestalt, segundo a qual, a percepção só pode ser compreendida através da noção de campo, não existindo objetos isolados, nem sensações elementares. Desta forma, a percepção não é o conhecimento exaustivo e total do objeto, mas uma interpretação sempre provisória e incompleta (ROCHA, 1991).

Aqui as sensações são compreendidas em movimento: “A cor, antes de ser vista, anuncia-se então pela experiência de certa atitude do corpo que só convém a ela e com determinada precisão” (Merleau- Ponty, 1991). Na

concepção fenomenológica da percepção a apreensão dos sentidos se faz pelo corpo, tratando-se de uma expressão criadora, a partir dos diferentes olhares sobre o mundo.

Considerando-se que das coisas ao pensamento das coisas, reduz-se a experiência, é preciso compreender a experiência do corpo como campo criador de sentidos, isto porque a percepção não é uma representação mentalista, mas um acontecimento da corporeidade e, como tal, da existência.

Em Fenomenologia da Percepção, MERLEAU-PONTY (1971) reforça a teoria da percepção fundada na experiência do sujeito encarnado, do sujeito que olha, que sente, que respira e, nessa experiência do corpo fenomenal, reconhece o espaço como expressivo e simbólico. Para MERLEAU-PONTY (1971), “a percepção não é causada pelos objetos sobre nós, nem é causada pelo nosso corpo sobre as coisas: é a relação entre elas e nós e nós e elas; uma relação possível porque elas são corpos e nós também somos corporais”.

Enfim, o presente estudo buscou conhecer a percepção dos usuários e para isso baseou-se na fenomenologia de Merleau-Ponty, que, segundo ROCHA (1991), “é a percepção que envolve nossa vida social, isto é, os significados e os valores das coisas percebidas decorrem de nossa sociedade e do modo como nela as coisas e as pessoas recebem sentido, valor ou função”.

A temática da Saúde Bucal no SUS há muitos anos tem sido objeto de diferentes percepções. Sua trajetória originou um universo de pensamentos, sensações e valores tanto pelos usuários, como pelos profissionais de saúde e gestores. Esta pesquisa teve como intenção conhecer as percepções dos usuários sobre a Saúde Bucal no SUS, no cenário da UBS Vila Espanhola.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as opiniões, percepções e necessidades dos usuários adultos da UBS Vila Espanhola em relação à sua saúde bucal e ao PSF, serviço de atenção à saúde bucal a eles oferecido.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as características sociodemográficas dos usuários adultos atendidos pelas equipes de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família na UBS pesquisada.

Descrever a implementação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família na região de estudo, no que diz respeito aos principais princípios que regem o programa, como acesso da população à assistência odontológica, a integralidade e a humanização dessa assistência, bem como o cumprimento do princípio da equidade.

Relacionar as percepções dos usuários com a organização da atenção à saúde bucal da UBS Vila Espanhola.

3. METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1 CENÁRIO DE ESTUDO

O local escolhido para pesquisa foi a UBS Vila Espanhola, uma unidade de saúde que está localizada no bairro da Vila Nova Cachoeirinha, região norte do município de São Paulo. A opção por essa unidade se deu por ser uma das UBS que trabalha há mais tempo com saúde bucal dentro do PSF no município de São Paulo.

A UBS iniciou suas atividades em março de 1998, com o Projeto QUALIS, que foi a modalidade de instalação do PSF na capital pelo governo estadual da época em parceria com entidades da sociedade civil. Esses serviços foram municipalizados em dezembro de 2002. Em junho de 1998 teve início na UBS Vila Espanhola o trabalho de saúde bucal.

A UBS Vila Espanhola está localizada em um bairro mais afastado do centro, em uma região periférica nova e com grande e desordenado crescimento populacional, onde a violência preocupa muito os moradores. A UBS leva o nome do “bairro” em que está inserida, pois apesar de estar localizada no bairro da Vila Cachoeirinha, como dito acima, a área da UBS é chamada de Vila Espanhola.

De acordo com a Fundação Seade (São Paulo, 2007), o bairro Vila Nova Cachoeirinha tem uma área de 13,47 Km quadrados, onde residem 156.049 pessoas, com renda mensal *per capita* de R\$ 373, 38 (o salário mínimo em 2008 era de R\$ 380,00) e um IDH de 0, 802. O índice de desenvolvimento humano (IDH) foi lançado pela ONU no início da década de 1990 e se propõe a verificar o grau de desenvolvimento de um país ou de uma região utilizando alguns indicadores de desempenho.

O IDH logo passou a ser a mais conhecida medida de desenvolvimento humano e combina três componentes básicos do desenvolvimento humano: a longevidade, que reflete, entre outras coisas, as

condições de saúde da população, medida pela esperança de vida ao nascer; a educação, medida por uma combinação da taxa de alfabetização de adultos e a taxa combinada de matrícula nos níveis de ensino fundamental, médio e superior; e a renda, medida pelo poder de compra da população, baseado no PIB *per capita* ajustado ao custo de vida local para torná-lo comparável entre países e regiões, por meio da metodologia conhecida como paridade do poder de compra – PPC (SCARPIN E SLOMSKI, 2007).

O IDH é considerado bom quanto mais perto de um, portanto o do bairro Vila Nova Cachoeirinha é alto e assim reflete a grande desigualdade social existente, pois ao mesmo tempo em que apresenta um bom índice, o bairro também possui áreas muito pobres com favelas e condições de moradia e de vida extremamente carentes como a verificada na pesquisa de campo, onde foram observadas condições precárias de vida. Pode-se citar como exemplo as habitações em que vivem os bolivianos, em regime de trabalho quase escravo, trabalhando cerca de 18 horas por dia em confecção de roupas e com várias famílias morando e trabalhando numa mesma casa.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Planejamento – SEMPLA, (São Paulo, 2008), o bairro não possui nenhuma biblioteca pública, nenhum museu ou sala de cinema, oferecendo pouquíssimas opções socioculturais para a população local. A infraestrutura de saúde e de educação também não é das melhores. A Vila Nova Cachoeirinha concentra o menor número de hospitais com leitos e no momento 19.249 crianças aguardam vagas em creches e pré-escolas (São Paulo, 2008).

A UBS escolhida é uma unidade mista, pois além de ter equipes de PSF atuando, é também um centro de especialidades médica, farmacêutica e realiza alguns exames diagnósticos, como eletroencefalograma, eletrocardiograma, endoscopia e coleta de sangue. Possui os seguintes médicos especialistas: cardiologista, dermatologista, ginecologia, oftalmologista, gastroenterologista, otorrinolaringologista, pneumologista e

neurologista. A farmácia tem fornecido medicamentos para os pacientes locais como também para outras Unidades da região.

3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi constituída por usuários adultos maiores de 18 anos, que não possuíam nenhuma incapacidade mental que pudesse comprometer a compreensão da pesquisa, e que utilizavam o PSF para a saúde bucal na UBS Vila Espanhola.

Esses usuários deveriam ter tido algum tipo de atendimento pela equipe de saúde bucal da UBS Vila Espanhola nos últimos seis meses, para poderem dar suas opiniões sobre o programa.

A escolha da população de estudo foi não probabilística e intencional, o número de sujeitos entrevistados foi definido de acordo com critérios de saturação. Segundo TURATO, FONTENELLA E RICAS (2008, p.17),

“o fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados” .

Nesta pesquisa foi utilizada a metodologia qualitativa e conforme os mesmos autores, em pesquisa qualitativa não importa quantos sujeitos serão entrevistados, pois isso tem importância relativamente secundária em relação à questão “quem?”. “O que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositais não se encontra na quantidade final de seus elementos (o “N” dos epidemiologistas), mas na maneira como se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas deles” (TURATO, FONTENELLA E RICAS, 2008, p.19).

3.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Como instrumentos para a coleta de dados foram utilizadas a observação sistemática do serviço, a pesquisa documental e as entrevistas com os usuários por meio de formulário. O roteiro de entrevista foi semi-estruturado, combinando questões fechadas e abertas.

A observação sistemática foi a primeira etapa da pesquisa de campo. A observação como técnica de coleta de dados foi feita para descrever o tipo de serviço que é realizado na UBS Vila Espanhola, visto que o pesquisador não conhecia a dinâmica do serviço e achou mais adequado conhecer o funcionamento das atividades das ESB antes de iniciar as entrevistas com os usuários.

“A observação pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Sua importância é de tal ordem que alguns estudiosos a tomam não apenas como estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo, para compreensão da realidade, uma vez que suscita uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, já que, observados diretamente na própria realidade, os sujeitos transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real” (Minayo, 1992; Cruz Neto, 1994 APUD ZIONI & SOUZA, 2005, p.17).

De acordo com GIL (1994), entende-se por observação simples aquela em que o pesquisador, permanecendo alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende estudar, observa de maneira espontânea os fatos que aí ocorrem. Já que apresenta certa similaridade com as técnicas empregadas pelos jornalistas, pode ser chamado também de observação-reportagem. Nesse procedimento, o pesquisador é muito mais espectador que ator.

TURATO (2003) chama essa fase de observação de ambientação e aculturação. De acordo com o autor, “ambientação deve ser compreendida neste contexto como o processo de adaptação ao local institucional onde

transcorrerá a pesquisa de campo, procurando necessariamente a adequação pessoal às atividades rotineiras da instituição, conhecendo as pessoas habituais do lugar, a distribuição espacial das tarefas ali desenvolvidas e seu arranjo cronológico. Por sua vez, a aculturação quer dizer o processo de assimilar ideias e costumes de uma sociedade para a qual migramos e na qual ficamos imersos temporariamente”

O pesquisador realizou durante os meses de março, abril e maio de 2008, em dois dias da semana, um acompanhamento das atividades das equipes de saúde bucal na UBS pesquisada, incluindo o atendimento aos usuários, as visitas domiciliares e os trabalhos dirigidos aos grupos, entre outros.

O registro das observações foi feito em um diário de campo. A observação tornou-se estimulante na medida em que os profissionais da ESB foram deixando o pesquisador mais à vontade e o tendo como um deles.

A partir do momento em que foi sendo feita a observação sistemática, também teve-se acesso aos documentos dos pacientes na UBS: as agendas de atendimentos, suas fichas clínicas, seus prontuários de atendimentos e seus cartões-família. Assim, concomitantemente à observação sistemática fazia-se a pesquisa documental, cujas informações foram sendo coletadas para posterior análise. As informações documentais são relevantes para estudos de caso, e sua utilidade maior é a de “corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes” (YIN, 2005, p.112).

Na pesquisa documental foi feito um levantamento das informações consideradas relevantes sobre a produção mensal das Equipes de Saúde Bucal, como quantos usuários iniciavam tratamento, quantos tinham tratamentos completados, quantos eram atendidos em urgência e quantos procedimentos coletivos de prevenção eram feitos por mês.

Estas informações coletadas puderam ser relacionadas e comparadas com os dados qualitativos das entrevistas feitas posteriormente

a fim de fazer uma triangulação. Para ZIONI & SOUZA (2005), “a análise dos dados levantados através deste desenho metodológico (a triangulação) consiste na comparação entre os diferentes discursos levantados e os dados quantitativos obtidos através de consulta a fontes de dados secundários”

Ainda de acordo com as mesmas autoras, a triangulação “mais do que validar dados qualitativos procura trabalhar todas as diferentes representações sobre a realidade que podem ser desenvolvidas em determinado contexto, construindo-se, desta forma, um painel de possibilidades interpretativas (ZIONI & SOUZA, 2005).

E enfim, foram feitas as entrevistas, realizadas pela própria pesquisadora no mês de junho de 2008. Com o apoio da ESB e com base nos formulários de atendimento foram selecionados alguns usuários de acordo com o critério de inclusão determinado na metodologia da pesquisa. Conforme a disponibilidade e a opção do usuário de participar ou não da pesquisa foram agendadas as entrevistas na própria UBS Vila Espanhola em dia e horário adequado ao usuário.

“A entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes” (Selltiz et al., 1967 apud GIL, AC, 1995 p. 113).

Segundo MINAYO (1994, p.109), “o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas”.

O formulário dirigido aos usuários teve como base o instrumento Primary Care Assessment (PCAT), elaborado por Starfield e James Macinko, adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko.

Para MINAYO (1994, p.109), a entrevista é uma fonte de informação de dados relativos às “falas, ideias, crenças, maneiras de atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamento”.

Para a análise dos dados coletados, decidiu-se pela utilização do método de Bardin, análise de conteúdo, que, segundo a autora, “trata de um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens” (BARDIN, 2000, p.42).

Minayo (1994) afirma que a grande importância dessa técnica de função heurística tem sido a de impor um corte entre as intuições e as hipóteses que encaminham para interpretações mais definitivas.

Foram selecionados fragmentos das falas obtidas que expressavam as ideias dos sujeitos entrevistados levando à discussão de alguns assuntos que surgiram nos discursos, divididos posteriormente em temas.

As categorias foram agrupadas em dois grandes blocos temáticos, cada um com suas subdivisões. O primeiro bloco diz respeito às representações e percepções do trabalho e o outro às representações e percepções do sujeito.

Sob o primeiro tema, que diz respeito às percepções do trabalho, estão reunidas categorias que falam diretamente das atividades do Programa Saúde da Família (PSF), aquelas previstas pelas normas do programa, seus princípios e diretrizes. No segundo tema, que diz respeito à concepção do sujeito, estão agrupadas as percepções dos sujeitos

envolvidos na pesquisa, seus sentimentos, suas crenças e valores e em que a organização do serviço influi sobre os mesmos.

Seguindo a lei nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e do Comitê de Ética da Prefeitura de São Paulo. Teve o parecer aprovado nos dois comitês.

Ainda respeitando a lei acima citada, ao usuário entrevistado era dado um termo de consentimento livre e esclarecido que constava de duas vias, uma para ele e outra para o pesquisador, devidamente assinada.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Por meio da observação sistemática pôde-se conhecer como os usuários eram atendidos na clínica odontológica, tanto nos procedimentos clínicos agendados como nos atendimentos de primeiros cuidados nas urgências, as emergências. Também se pôde observar como eram feitos os procedimentos coletivos, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados, os quais eram agendados em grupo e realizados no 'escovódromo', uma ante-sala da clínica com uma grande pia, onde se escovavam os dentes e com cadeiras para os pacientes se sentarem para assistir às orientações, as quais eram feitas pelas THDs e tinham como foco a higiene bucal.

Na mesma oportunidade, durante os meses de observação, o pesquisador foi convidado pela ESB a participar das reuniões de equipe, as quais eram de dois tipos, uma da equipe de saúde bucal com a equipe de saúde da família (essa uma vez por semana) e outra da ESB com a gerente da Unidade (essa uma vez ao mês). Pôde-se assistir os dois tipos de reuniões e assim acompanhar as discussões dos assuntos levados para as pautas das reuniões.

Ainda durante os meses da observação, presenciou-se a campanha do câncer bucal na unidade, que aproveitava a campanha de vacinação da gripe nos idosos e examinava suas bocas para a prevenção do câncer bucal. A ESB cedia o espaço da clínica odontológica, o escovódromo, para o profissional de enfermagem realizar a vacinação e assim ali podia também examinar os idosos para a campanha de prevenção do câncer bucal

Outras atividades das equipes puderam ser assistidas pelo pesquisador por meio da observação. Assim, ele pôde acompanhar uma assistência feita pela equipe em uma creche, onde foram realizadas ações coletivas com as crianças e ações educativas com as professoras. Também participou de uma visita domiciliar da ESB junto da ESF, onde pôde

conhecer de perto a realidade da comunidade atendida, visitando num mesmo dia várias famílias e tendo contato direto com seu bairro, sua rua, seus domicílios, enfim vendo de perto a estrutura e funcionalidade das famílias assistidas pelo PSF. Portanto, a observação feita nesse primeiro momento inseriu o pesquisador não só na rotina de trabalho do serviço como na realidade do usuário desse serviço.

Na análise documental pode-se conhecer um pouco da história da UBS Vila Espanhola. Esta unidade de saúde iniciou suas atividades em março de 1998, apesar de que sua construção ocorreu dois anos antes pelo Governo do Estado. Porém o prédio foi invadido por pessoas que não tinham onde morar, os chamados sem-teto. Posteriormente precisou de um mandado judicial para ser desocupado e dar início ao funcionamento da UBS na qual antes funcionava o ‘Projeto QUALIS’, que é tem uma organização semelhante ao PSF. Em junho do mesmo ano teve início o serviço de saúde bucal na unidade.

Também na análise documental foi feita uma síntese de informações consideradas relevantes para o conhecimento da produção da assistência à saúde bucal realizada na UBS de estudo, tendo em vista uma complementação dos dados qualitativos, objeto central desta pesquisa.

Das informações selecionadas obteve-se uma média dos três meses de produção, na qual se levou em conta somente a população adulta, excluindo os menores de 18 anos, de acordo com o critério de exclusão da população de estudo.

Eram realizados pela ESB em média os seguintes procedimentos:

- 1ª Consulta Programática: 66 atendimentos

A primeira consulta odontológica programática é aquela em que o exame clínico odontológico do paciente é realizado com finalidade de diagnóstico e, necessariamente de elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT), no âmbito de um programa de saúde (BRASIL, 2006). Ela é anotada apenas uma vez no ano.

Esta 1ª consulta programática tinha a finalidade de fazer com que o usuário iniciasse seu tratamento programado para a realização de todos os procedimentos de que necessitasse, diferentemente da história da saúde bucal no serviço público que nos adultos eram executadas somente tratamentos de urgência na dor, optando muitas vezes pela extração de dentes. As extrações na UBS Vila Espanhola constituíam em média 5% dos procedimentos realizados nos tratamentos, índice muito baixo se comparado a períodos anteriores à inserção da Saúde Bucal no SUS.

- Tratamento Completado: 57 atendimentos

O tratamento era considerado completado levando-se em conta os procedimentos no âmbito da atenção básica, não considerando a necessidade do usuário da referência ao serviço de atenção secundária ou terciária em saúde bucal.

- Procedimentos Coletivos: 35 grupos

Esses grupos eram compostos por 10 a 15 usuários e representavam 20% da carga horária semanal do dentista. Os procedimentos coletivos eram realizados de diferentes formas pela ESB: uma discussão com a comunidade sobre as formas de intervenção nos determinantes sociais que constituem riscos comuns às doenças mais prevalentes; orientações às professoras de escolas e creches da região sobre saúde e higiene bucal (a equipe tinha sob sua adscrição um Centro de Educação Infantil (CEI), uma Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) e uma Escola Municipal de Ensino Fundamental (EMEF); ações de educação em saúde geral e de saúde bucal nas famílias e ações preventivas de acordo com a necessidade do grupo, como higiene bucal supervisionada, controle de placa, aplicação terapêutica de flúor e aplicação de carióstático.

- Urgências: 88 atendimentos

O tratamento de urgência é aquele por livre demanda, caracterizado por pessoas que buscam o atendimento por alguma queixa oriunda de sua autopercepção. Na UBS estudada, as emergências tinham um lugar

reservado na agenda de cada dentista. Com exceção da dentista que só realizava endodontia, cada um era responsável por um horário das urgências. O dentista X as atendia às 7 horas, o dentista Y às 11 e o dentista Z às 15 horas.

Em seguida, após a análise documental, foi feita a análise das entrevistas. No total foram respondidos 25 questionários por usuários adultos maiores de 18 anos, que tiveram algum atendimento odontológico nos últimos seis meses na UBS pesquisada.

A fim de apresentar as características sociodemográficas da população de estudo, as variáveis sexo, idade, estado civil, endereço, formação escolar, renda familiar e tempo que usa a UBS estudada, enfim, conhecer o usuário que utiliza os serviços odontológicos da UBS Vila Espanhola, foram apresentados os gráficos e tabelas a seguir.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS

Gráfico 1 – Distribuição da população estudada, segundo sexo:

Os usuários se apresentaram em maior número de mulheres (64% da população estudada), acompanhando a tendência do serviço público, onde

os indicadores de acesso a serviços de saúde mostram diferenças significativas entre homens e mulheres, sempre com um maior número destas, tanto para o uso do serviço de saúde para consultas médicas como odontológicas. Isto pode ser atribuído a questões relacionadas à saúde reprodutiva, também ao fato de as mulheres perceberem suas necessidades de saúde de maneira diferente, apresentando mais queixas e doenças crônicas do que os homens e também pelo fato de que estes ainda estão mais inseridos no mercado de trabalho o que pode constituir impedimento para uso do serviço. (RIBEIRO E COL., 2006; PINHEIRO E COL., 2002).

Tabela 1 - Distribuição das faixas etárias dos entrevistados.

A população de estudo foi definida a partir dos 18 anos, mas a idade dos entrevistados se apresentou a partir dos 20, embora houvesse pessoas de 18 a 20 anos, freqüentando a unidade.

Com relação à faixa etária dos entrevistados, a que predominou foi de 40 a 60 anos. A faixa etária predominante no presente estudo, assim como a variável gênero, correspondeu a da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, 2003 (IBGE, 2003).

Quanto à residência dos usuários entrevistados, a grande maioria reside no bairro Casa Verde Alta, pois como preconiza o PSF, os usuários são atendidos por área, com prévia definição e descrição do território de abrangência e adscrição da clientela para um bom diagnóstico de saúde da comunidade. O tempo de residência dos entrevistados está apresentado na tabela a seguir.

Tabela 2 - Tempo de residência no atual domicílio.

Os indivíduos entrevistados residem predominantemente entre 11 e 20 anos na região da UBS e chama atenção o fato de que alguns residem há mais de 40 anos no bairro, ou seja, são pessoas que conhecendo-o bem, podem conhecer melhor seus problemas de saúde e suas necessidades.

Gráfico 2 – Distribuição dos entrevistados por grau de instrução.

Vários estudos relacionam a variável escolaridade com a utilização dos serviços de saúde. O estudo de ROCHA & GOES (2008) mostrou que quanto maior a escolaridade, maior o acesso e utilização dos serviços. No gráfico acima nota-se que, excluindo o nível superior, as escolaridades são similares em representatividade, o que caracteriza que têm entrevistados de baixa e média escolaridade.

De acordo com a PNAD DE 2003 (IBGE, 2004), quanto maiores os anos de escolaridade, maior a chance de se utilizar os serviços de saúde no Brasil, o que caracteriza a formação escolar como um fator importante no acesso.

. Portanto, conforme os estudos expostos acima, a escolaridade da população de estudo surge como mais um desafio para melhorar o acesso e a utilização do serviço estudado.

Tabela 3 – Distribuição dos entrevistados segundo renda familiar.

Observa-se na tabela que a maior parcela dos entrevistados tem uma renda familiar mensal de até 2 salários mínimos, o que se torna relevante por ser o PSF um programa que prioriza a população mais carente, que sempre teve menos acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil

A PNAD (IBGE, 2003) mostra a alta desproporção existente entre ricos e pobres no acesso a tratamento odontológico. Entre os que afirmaram nunca ter ido ao dentista, 31% tinham renda familiar mensal de até 1 salário mínimo, enquanto apenas 3% apresentavam renda superior a 20 salários mínimos.

Quanto à profissão, a maioria declarou não estar atualmente trabalhando e como atividade exercida no trabalho, declararam diversos tipos como, dona de casa, recepcionista, comerciante, aposentado, auxiliar administrativo, auxiliar de limpeza, copeiro hospitalar, artesã, técnico em informática, entre outros.

Tabela 4 – Distribuição dos entrevistados de acordo com o tempo de utilização da UBS estudada.

Este variável tempo de utilização da UBS estudada mostra que os usuários entrevistados já utilizam o serviço há muito tempo, o que caracteriza um contingente de usuários que tem grande possibilidade de conhecer realmente as qualidades e os problemas dessa UBS, o que torna suas falas de importância ímpar para se conhecer o serviço.

4.2 PERCEPÇÕES DA IMPLEMENTAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PSF - OS PRINCÍPIOS DO PROGRAMA

4.2.1 Vínculo entre Usuário e Profissional de Saúde

Uma das políticas implementadas no SUS é a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – PNH ou Humaniza SUS, que implica entre outros objetivos, em estabelecer vínculos entre usuário e trabalhador da saúde (BRASIL, 2004).

A humanização no serviço de saúde é de extrema importância e traz vários benefícios para o atendimento, pois o usuário que é valorizado como pessoa, que tem sua dor reconhecida, sente que se importam com ele, e assim irá colaborar mais e se sentir melhor no tratamento. A aproximação entre usuário e profissional de saúde estabelece um vínculo que contribui para a humanização do cuidado.

Esse vínculo será tanto maior quanto mais intimidade e familiaridade existirem no dia a dia do serviço. Por isso a constante troca de profissional pode comprometê-lo.

No conteúdo de alguns depoimentos verificou-se a insatisfação de alguns usuários diante do fato de estar sempre trocando de dentista, apesar de passar sempre na mesma UBS:

- *“eu já passei com 5 dentistas, Dr. A, Dr. B, Dra X, Dra Y e Dra Z. Os dentistas saem do postinho, eles vão para um lugar melhor, trabalhar em um lugar melhor, aí entra outro no lugar e agente tem que ser atendido pelos dentistas que estão na hora”.* (Usuário 5)

- *“antes era a Dra X que me atendia, agora é outra, a Dra Y, não sei porque mudou, acho que a Dra X saiu.”* (Usuário 7)

- *“eu venho aqui há muitos anos e os dentistas sempre mudam, já passei aqui com uns 6 ou 7 dentistas.”* (Usuário 13)

- *“o governo troca os dentistas sempre, não deveria trocar, pois quando a gente acostuma com um, eles vem e trocam”* (Usuário 5)

- *“esse é o segundo dentista que me atende, antes era o Dr. A, aí ele saiu e agora é o Dr. B.”* (usuário 14)

- *“passo com profissionais diferentes cada vez que venho.”* (Usuário 18).

A Política Nacional de Atenção Básica, do MS (2006), que tem o PSF como estratégia prioritária, coloca como um de seus fundamentos: desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado que pressupõe a existência de uma equipe de

saúde estável ao longo do tempo e que é prejudicada pela rotatividade dos profissionais nas equipes (SOUZA, 2008).

Segundo o autor, ao analisar a inserção da saúde bucal no PSF no estado do Rio Grande do Sul, concluiu que há grande rotatividade de profissionais nas equipes devido à fragilidade dos contratos de trabalho e à relação autoritária que alguns gestores estabelecem com as equipes (SOUZA, 2008).

Para CAMPOS (2003, p. 145),

"(...) para que haja vínculo positivo os grupos devem acreditar que a equipe de saúde tem alguma potência, alguma capacidade de resolver problemas de saúde. E a equipe deve acolher a demanda dos usuários ou das organizações. A equipe deve apostar em que, apoiados, os usuários conseguirão participar da superação das condições adversas. Senão, tender-se-á a estabelecer-se um padrão paternalista de vínculo, que é a confiança e desconfiança ao mesmo tempo. Acreditar, sim; mas também reconhecer que sem algum apoio externo as pessoas não mudarão o contexto e a si mesmas".

Percebe-se, nas falas de alguns entrevistados, o desejo de se manter o tratamento sempre com o mesmo profissional, partindo-se do princípio de que só com o tempo se adquire confiança e vínculo com ele. Uma relação de confiança e vínculo é fundamental para o bom andamento de um tratamento odontológico, por ser um tipo de assistência que enfrenta variadas situações envolvendo sentimentos de medo, de traumas, que algumas vezes impedem o paciente de se tratar.

ROSA & FERREIRA (1997) também afirmaram existir uma associação entre o medo e saúde bucal deficiente, que pode ter sido decorrente da menor frequência de procura por tratamento odontológico pelos pacientes com medo. Normalmente, os pacientes ansiosos esperam longos períodos para marcar uma consulta e não raramente a cancelam. Entre as principais causas que levaram o paciente a não buscar o dentista, estão o custo

(75,4%) e o medo (36,9%). Dentre pessoas que não fizeram consultas odontológicas de rotina, 23% não o fizeram por medo.

O medo é um desafio que a maioria dos usuários precisa superar em saúde bucal. É nítido certo grau de ansiedade e tensão nas primeiras sessões do tratamento, que vai diminuindo sensivelmente conforme aumenta a intimidade e confiança no profissional.

Conforme Guedes-Pinto (1991, p.166), “o medo relacionado à odontologia pode ser objetivo e subjetivo, o medo objetivo é aquele oriundo de experiências vividas diretamente pela criança, às quais provocaram emoções desagradáveis ou dolorosas. Já o medo subjetivo é aquele provocado por sugestões, pela “fama” que a odontologia tem de ser uma experiência desagradável, por descrição de familiares e amigos que tiveram experiências ruins e que exarceba o temor”. Além da questão emocional e do medo, há os aspectos socioculturais ligados aos dentes e à boca, como a questão da estética.

Em pesquisa sobre os aspectos psicológicos do tratamento odontológico, BOTAZZO E CANO (1986) verificaram que os entrevistados desejam mais do que profissionais capazes tecnicamente, profissionais que estabeleçam com eles um bom relacionamento humano. Então, é fundamental estabelecer um elo de confiança entre o paciente e profissional, e realmente, fica muito difícil estabelecer um vínculo se os profissionais não permanecem por muito tempo no serviço.

Quando foi realizada a observação do serviço, houve um momento de visita a uma creche pela equipe do PSF, em que ficou nítida a importância de se conhecer os profissionais da equipe de saúde para melhor desenvolvimento do trabalho. Crianças que normalmente costumam oferecer resistência ao atendimento odontológico, quando viram as THDs e ACDs chegando correram para seus colos, dizendo que iriam limpar os dentes.

Para o usuário, conhecer o profissional de saúde no andamento do tratamento faz muita diferença, principalmente tratando-se de crianças que

muitas vezes se recusam a tratar os dentes por medo ou receio do desconhecido, entre outros fatores. As crianças da creche citada não resistiam ao tratamento, ao contrário, elas é que tomavam a iniciativa de ir para o colo das profissionais, as THDs e ACDs que fazem parte da equipe há muitos anos.

Com os adultos não está acontecendo o mesmo, diferentemente das crianças da creche que pela idade são atendidas pelas THDs e ACDs, as quais fazem medida de controle e prevenção, como escovação supervisionada, eles são atendidos pelos dentistas e ficam incomodados por terem de trocar sempre de profissional.

Dessa forma, é necessário conseguir ter os dentistas por mais tempo no programa, mantendo-os sempre na mesma unidade, assim como descobrir o porquê dessa troca que descontenta os usuários e compromete o vínculo e consequentemente a humanização.

De acordo com SILVA PINTO (2009, p.66), em pesquisa sobre o processo de (re)construção do SUS no município de São Paulo, no período de 2001 a 2008, pode-se constatar que a contratação da força de trabalho no PSF pelas entidades privadas (as instituições parceiras) criou relações trabalhistas precárias ou não estáveis, pois ao mesmo tempo que serve para ter agilidade para a contratação de pessoal, compras e manutenção, serve também para agilizar demissões que “ não respeitam o que se convencionou denominar de interesse do bem comum”.

Pôde-se perceber durante a fase de observação da autora que o único dentista que trabalhava na UBS desde o início, há mais de 10 anos, estava, no momento da investigação para este trabalho, um pouco apreensivo, com receio de ser demitido pela nova Instituição parceira que estava assumindo o PSF da Vila Espanhola. Por ser funcionário da prefeitura não foi contratado por essa Instituição e não tinha vínculo de 40 horas, como exigido pelas normas do PSF e a entidade parceira estava dispensando todos os dentistas na mesma situação.

Era nítido que esse profissional era um dos mais comprometidos com o programa. Tendo participado da implantação da saúde bucal naquela UBS, foi um dos primeiros a desenvolver suas atividades na Unidade, sendo na equipe o dentista que se destacava por estar envolvido com as normas e diretrizes do PSF. Esse profissional era sempre identificado positivamente pelos usuários, tinha bom conhecimento dos problemas locais e grande entusiasmo e envolvimento na resolução dos problemas de saúde da comunidade. Quando falava do seu trabalho ou conversava com os pacientes demonstrava grande 'paixão' pelo que fazia.

A questão da jornada de trabalho não justificava uma possível dispensa desse profissional, pois dentre outras qualidades, demonstrava grande capacidade no desenvolvimento do trabalho de humanização e vínculo.

A humanização também deve ser entendida como uma maior compreensão da vida do ser humano, numa presença solidária do profissional de saúde nos serviços, na responsabilidade profissional, no esforço de tratar as pessoas respeitando suas necessidades intrínsecas, estimulando suas potencialidades e considerando sua autonomia nas escolhas e no cuidado com a própria saúde (BETTINELLI e col., 2003).

A PNH tem como um dos objetivos o fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Segundo CAMPOS & CAMPOS (2007), os objetivos essenciais do trabalho em saúde devem ser a própria produção de saúde e também a co-construção de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos nesses processos: trabalhadores e usuários. A co-construção da autonomia depende de um conjunto de fatores, depende de condições externas ao sujeito, da existência de leis mais ou menos democráticas, do funcionamento da economia, da existência de políticas públicas e de valores veiculados por instituições e organizações.

Enfim, o sistema de saúde deveria contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas, além de produzir saúde (CAMPOS& CAMPOS, 2007).

Porém, nas entrevistas, quando perguntados se achavam que tinham ou não boas condições de saúde bucal, os que responderam que tinham associaram tais respostas ao fato de terem tido ou não atendimento odontológico:

“sim, eu tenho boas condições de saúde bucal agora que estou tratando aqui.”
(Usuário 4).

“sim, minhas condições de saúde bucal são melhores que antes, antes eu não tinha dinheiro para tratar, agora eu trato aqui.” (Usuário 9).

“sim, devido ao tratamento que agente está fazendo agora, se não fosse o tratamento eu não teria.” (Usuário 12)

“sim, eu acho que tenho boas condições de saúde bucal porque eu trato dos dentes, estou sempre vindo aqui no posto, acompanhando.” (Usuário 14)

As respostas chamam a atenção, pois nenhuma diz respeito à importância de os usuários cuidarem de seus dentes ou da alimentação que precisam realizar para evitar cárie e outras doenças bucais, evidenciando assim o pressuposto de que esses usuários não se sentem capazes de cuidar da própria saúde bucal e parece que também não se sentem responsáveis por ela, deixando tudo a cargo somente do profissional de saúde da área.

Esta fragilidade do paciente sobre sua própria saúde pode ter acontecido devido ao longo tempo em que ficou sem acesso ao tratamento odontológico, o que pode ter provocado nele uma sensação de ter sido tratado com descaso. Essa sensação foi desestimulante e gerou uma ilusão de que se ele sempre tivesse tido a assistência adequada sua saúde bucal seria boa.

A saúde bucal de cada indivíduo “não resulta apenas da prática odontológica, mas de processos sociais complexos dos quais resultam manifestações biológicas” (NARVAI e FRAZÃO, 2006, p.354). É importante destacar que uma saúde bucal adequada não depende somente do atendimento, pois o autocuidado, os hábitos de vida e de higiene junto com um melhor acesso é que irão contribuir para melhorar suas condições de saúde bucal.

4.2.2 Acesso aos Serviços de Saúde Bucal

O SUS garante a todos os brasileiros igualmente o direito à saúde. Por este dispositivo legal ficou assegurado o princípio da universalidade, que de acordo com ROBLES (2008, p.110), está presente em todos os debates nas Conferências Nacionais de Saúde Bucal – CNSB e, por fazer parte da constituição, “legitimá-lo é um direito de cidadania a ser alcançado”.

A recente e pioneira Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente refere-se a todos os níveis de atenção: na atenção básica por meio da inserção da saúde bucal no PSF, e na atenção secundária por meio da instituição dos CEOs, para serviços especializados em odontologia. Porém, ainda que a presente política tenha trazido significativos progressos para a saúde bucal coletiva, o problema do acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil ainda persiste.

A inserção da saúde bucal no PSF teve como uma das principais metas, ampliar o acesso da população à assistência odontológica no Brasil: “com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, Equipes de Saúde Bucal passaram a fazer parte da estratégia Saúde da Família” (BRASIL, 2004).

O número de ESBs saltou de 4.261 para 17.349 no período de 2002 a 2008, estando presente em 4.857 dos 5.564 municípios brasileiros, representando um potencial de cobertura de mais de 91 milhões de habitantes, o que significou um aumento de 30% na cobertura. (FRAZÃO e NARVAI, 2009).

Assim, o acesso aos serviços de saúde bucal no plano da atenção básica começa a tomar fôlego, haja vista que as ESBs ampliaram a possibilidade de atendimento para a população.

O presente estudo define o acesso a que se refere o Ministério da Saúde como 'acessibilidade', que é a porta de entrada do usuário à atenção básica pelo PSF e se baseia em STARFIELD (2002, p.225) que diz: "a 'acessibilidade' possibilita que as pessoas cheguem aos serviços. Ou seja, este é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde e este aspecto é necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato".

Com relação à 'acessibilidade' da população aos serviços de saúde bucal, os levantamentos epidemiológicos do SB Brasil, 2003 mostraram que uma significativa parcela da população brasileira nunca foi ao dentista. Na faixa etária de 15-19 anos, 13,5% nunca foram ao dentista, na faixa de 35-44 o índice cai para 2,84% e já na faixa de 65-74 o índice é de 5, 83%. Estes índices variam ainda de uma região para outra no país, sendo a região Norte a que possui maior parcela da população que nunca foi ao dentista e a região Sul a menor.

De acordo com MANFREDINI (2008), foi constatado, em uma pesquisa feita com usuários de 221 UBS do município de São Paulo, que o principal problema surgido nas entrevistas foi a questão do acesso ao tratamento odontológico. A pesquisa foi realizada pela União de Movimentos Populares de Saúde de São Paulo, nos meses de dezembro de 2002 e janeiro de 2003: "Entre os 1921 entrevistados, 50% relataram não terem conseguido acesso a serviços de assistência odontológica nas UBSs da capital" (MANFREDINI, 2008, p.28).

Neste contexto, nota-se, pela realização deste estudo, que o PSF está contribuindo para uma mudança, pois, por meio das falas dos usuários ficou claro que a ‘acessibilidade’, como porta de entrada ao serviço, aumentou para população estudada. A grande maioria dos entrevistados relata ser a primeira vez que foi atendida na rede pública para tratamento odontológico, sendo esta atenção em saúde bucal do PSF, a primeira oportunidade que tiveram de tratamento pelo SUS:

“Antes (do tratamento no PSF) eu passava no pronto-socorro público, mas não fazia tratamento, só arrancava dente.” (Usuário12)

“Eu nunca tinha conseguido tratamento gratuito, antes eu tratava os dentes no sindicato dos gráficos, que meu pai era sócio, mas depois eu perdi o direito de ir lá e não tinha mais onde tratar, até eu conseguir aqui.” (Usuário15)

“Eu só consegui ser atendido até hoje em pronto-socorro, para emergência, mas nunca fiz tratamento de dente, lá no pronto-socorro eles só arrancavam.” (Usuário25)

“Uma vez eu já tentei fazer tratamento de dente em outro posto aqui do bairro, mas lá é muita gente para ser atendida e não me chamaram, aqui não, logo chamam a gente e você é atendido.” (Usuário 21)

“Eu sempre tive muito problema com meus dentes, principalmente na gravidez, mas nunca fiz tratamento, sempre sofri muito, só quando consegui aqui que melhorou, porque logo me marcaram para tratamento.” (Usuário19)

As falas corroboram com a análise documental que mostra que 66 pacientes entram em tratamento programático por mês na Unidade, o que é bastante, se considerarmos que são pacientes que terão todo seu tratamento garantido no âmbito da atenção básica. Esse aumento no acesso aos serviços de saúde bucal foi devido ao trabalho dos ACS, pois quase a totalidade dos entrevistados, quando perguntada sobre como foi que conseguiram atendimento, relatou que seu agendamento para o dentista foi feito a convite do ACS.

Porém, se aumentou o acesso, há um maior número de pessoas para o atendimento, o que pode provocar também um aumento da demanda aos

serviços de atenção secundária e terciária em odontologia. Assim, uma maior acessibilidade exigirá do serviço maior organização para poder encaminhar os pacientes a esses serviços e garantir a integralidade.

4.2.3 A Integralidade da Atenção em Saúde Bucal. Alguns Aspectos da Referência e da Contra-referência

Ainda que o acesso a serviços de saúde bucal esteja melhorando no Brasil, a atenção integral, preconizada pelo SUS, não têm sido alcançada na maioria dos municípios, havendo uma grande desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados (FIGUEIREDO E GOES, 2009).

Em dezembro de 2000, por meio da portaria 144/GM aconteceu a inserção da saúde bucal no PSF. Foi regulamentada em março de 2001, através da portaria nº 267, a qual tem no seu anexo 1 o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, que estabelece, dentre outras coisas que a inclusão das ações de saúde bucal no PSF deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS e **apresentar a articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde** (grifo da autora) (BRASIL, 2001).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde – MS, que serviu para a organização da Atenção de Saúde Bucal no SUS tiveram como objetivo reorientar a prática da saúde bucal no Brasil, conduzindo a mudanças nas formas de trabalho, tentando construir um modelo de atenção integral de saúde. Conforme diz o documento: Para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de

fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e **encaminhar – a referência e contra-referência** – grifo da autora (BRASIL, 2004).

De acordo com dados do MS de 2007, mais de 28% dos adultos não possuíam nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada (inferior ou superior) e dessas pessoas, 15% ainda não tinham prótese total. E de três a cada quatro idosos (75%) não possuíam nenhum dente funcional e desses, mais de 36% não tinham prótese total. É um quadro muito ruim, que mostra o quanto de desdentados ainda há no país e o quanto é preciso de esforço e vontade política para que o SUS consiga reverter essa triste condição bucal da população brasileira.

Apesar de tal situação indicar a grande necessidade de serviços especializados em odontologia, até 2004, dos atendimentos realizados no SUS somente 3,3% correspondiam a tratamentos especializados, sendo que os demais tratamentos eram mais simples, direcionados às crianças e adolescentes (KALAMATIANOS, 2008). Percebe-se então a existência de uma lacuna na assistência odontológica que torna evidente a importância do acesso à atenção secundária em saúde bucal.

Segundo BALDANI (2008), a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) dentro da Política Nacional de Saúde Bucal buscou ampliar a resolutividade dos serviços de saúde bucal.

Porém, surgiu em algumas falas dos entrevistados a questão da falta de serviços especializados em saúde bucal, no caso a falta da articulação de referência e contra-referência no programa estudado, que tornava difícil ao usuário completar seu tratamento, comprometendo assim a integralidade da assistência, por falta dos serviços de atenção secundária:

“Eu estou com os dentes faltando e não tenho onde colocar uma prótese.”

(Usuário 21)

De acordo com o Ministério da Saúde, a priorização da Saúde Bucal na sua atual gestão materializou o “BRASIL SORRIDENTE”, que tem

promovido a ampliação do acesso aos serviços de Atenção Básica em Saúde Bucal, principalmente por meio das equipes de saúde bucal na estratégia Saúde da Família, e de atenção especializada em saúde bucal, especialmente através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), pautando-se pela busca da efetivação da integralidade na atenção à saúde (BRASIL, 2008).

De acordo com FRAZÃO e NARVAI (2009, p.69): “a partir de 2004, começaram a ser instalados em todos os estados brasileiros, com base na portaria nº1.570/GM, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), com o objetivo de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. Os CEO são unidades de referência para as unidades de saúde encarregadas da atenção odontológica básica”.

Os CEOs são estabelecimentos de saúde especializados de Odontologia, para referência e contra-referência da Atenção Básica para atenção especializada, oferecendo os seguintes serviços:

- I – diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;
- II – periodontia especializada;
- III – cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- IV – endodontia;
- V – atendimento a portadores de necessidades especiais.

Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) são unidades que realizam o serviço de prótese dentária total e prótese parcial removível.

Tais serviços de atenção secundária em saúde bucal funcionam na região em que foi realizada a pesquisa, no entanto esse funcionamento não é de conhecimento da população. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), “entre os resultados esperados com a PNH entende-se que todo usuário do SUS saberá que são os profissionais que cuidam da sua saúde e

a rede de serviços que se responsabilizará por sua referência territorial (grifo da autora)”.

No entanto, os sujeitos envolvidos na pesquisa não tinham nenhum ou tinham muito pouco conhecimento da existência dos CEOs e dos serviços de referência aos serviços de especialidades em odontologia e foi uma necessidade indicada quase que por unanimidade dos entrevistados quando perguntados sobre alguma sugestão que poderiam dar para melhorar o atendimento naquela UBS:

“Aqui poderia fazer prótese, eu preciso muito colocar uns dentes que faltam e não arrumo lugar para fazer.” (Usuário 8)

“Ter mais especialistas aqui, eu acho que eles só fazem o básico, poderia ter outros especialistas, ou pelo menos lugares mais perto para poderem encaminhar.” (Usuário 16)

E ainda: “Colocar mais dentistas que façam prótese, porque eu preciso de dentadura e não posso pagar, então, não tenho onde colocar.” (Usuário 20)

A busca do usuário, por uma odontologia especializada ficou nítida nas falas dos sujeitos da pesquisa. É claro que está havendo um desencontro entre a busca do usuário e a tentativa do Sistema Único de Saúde de garantir a integralidade da assistência. Propõe-se assim, buscar uma solução, através da identificação e solução dos entraves que provocam esses desencontros, a fim de que os CEOs e os LRPDs possam realmente receber esses usuários que tanto anseiam pelo serviço.

Se existe uma política que garante o acesso da população aos serviços especializados e se realmente existe o serviço, como é o caso da região da UBS pesquisada que possui um CEO, o que estará impedindo que esses usuários que proclamam por especialidades conheçam e utilizem esse serviço?

De acordo com ROBLES (2008), que entrevistou os profissionais da atenção à saúde bucal do município de São Paulo, os entraves que impedem a referência dos usuários aos serviços especializados são muitos:

demanda elevada para especialidades, muita burocracia, falta de organização dos serviços que geram desânimo nos usuários, falta de manutenção dos equipamentos, entre outros.

O descompasso existente entre o serviço de referência e contra-referência no PSF está comprometendo a capacidade de resolutividade do programa. É o que mostram claramente as falas dos sujeitos. Quando perguntados se seus problemas de saúde bucal tinham sido resolvidos aqui na UBS Vila Espanhola, responderam:

“Eu acho que resolveram alguns, mas não todos, ficou ainda a prótese para fazer, eu ainda não consigo mastigar bem sem meus dentes.” (Usuário 1)

“Não. Só alguns, porque o canal eu não consigo tratar.” (Usuário 13)

Dentre os usuários que buscam o serviço especializado, pode-se, pela análise das entrevistas, relacionar as falas dos usuários que requerem o serviço de prótese com as idades, apresentadas na caracterização sociodemográfica, verificando-se que uma parte dos requisitantes de serviço de prótese estava na faixa etária de 35-50 anos, outra de 51-64 anos e somente uma minoria era constituída por idosos, o que é bastante preocupante.

Isto significa que na população estudada perdas de dentes estão ocorrendo muito cedo e que o eduntulismo está acometendo grande parte da comunidade, caracterizando assim uma demanda maior pelo serviço especializado de prótese.

De acordo com os dados do mais recente e amplo levantamento epidemiológico em saúde bucal, o “Projeto SB-Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003”, no item que apresenta o perfil da saúde bucal no Brasil em relação à necessidade e o uso de próteses, a região centro-oeste, que inclui o município de São Paulo: na faixa etária de 35 a 44 anos, havia uma porcentagem grande de indivíduos que necessitavam de prótese (35,7% no arco superior e 70% no arco inferior). Na faixa etária de 65 a 74 anos também aparecia um grande

número de indivíduos na mesma situação - 30,9% necessitam de prótese no arco superior e 54,5% no arco inferior (BRASIL, 2004).

Assim, percebe-se que a perda dentária precoce é grave e que a necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade.

A adequação entre respostas às necessidades individuais e coletivas é um importante nó crítico da estratégia Saúde da Família. O acesso à atenção integral, entretanto, permanece dependente de esforços de organização do sistema de saúde e de investimento em atenção secundária (SOUZA E COL., 2004).

Parece ser ainda um desafio para o SUS oferecer a atenção secundária em saúde bucal, e as falas dos entrevistados dessa pesquisa são indicadores de que algo precisa ser aperfeiçoado para que as necessidades da população venham a ser atendidas de maneira mais integral.

Entretanto, segundo NARVAI E BELTRAME (2008), para que haja integralidade das ações em políticas públicas de saúde não basta estruturar bem um programa de saúde se o serviço não estiver inserido em uma rede de proteção em saúde eficiente, com boa estrutura e com referências e contra-referências que funcionem, com profissionais capacitados e motivados para realizarem um trabalho que busque a integralidade do atendimento.

A importância do papel dos profissionais foi muito bem colocada pelos autores acima, visto que o PSF é um programa com maior número de atores envolvidos, é um trabalho que deve ser realizado em equipe e não mais somente pelo dentista. A organização do serviço da UBS Vila Espanhola não está permitindo que se garanta o acesso aos serviços especializados de saúde bucal, pois os usuários não estão sendo encaminhados para a referência dos serviços de atenção secundária.

No entanto, só isso não é suficiente, é preciso também haver envolvimento dos dentistas e da equipe que dispensa muito tempo de trabalho com preenchimentos de formulários e fichas, parte burocrática do serviço que precisa ser reduzida.

O problema do aumento da demanda por outros serviços na atenção básica parece não ocorrer somente na UBS estudada. De acordo com Souza e col. (2008, p.5108), ao estudarem o acesso e o acolhimento em USF de três capitais do nordeste, “a fila do primeiro acesso às unidades deixou de ser o problema central, mas outras filas se constituíram à medida que novas demandas têm se acumulado na atenção básica, devido ao aumento da oferta de serviços no sistema e aumento da demanda associada à formação de um usuário mais exigente e participativo”.

Na área médica o acesso aos serviços de média complexidade também tem apresentado problemas. Em recente pesquisa feita no município de São Paulo, na região da Subprefeitura do Ipiranga, para avaliar como estava sendo aplicado o princípio da integralidade na gestão e organização dos serviços de saúde, pôde-se constatar que, “apesar da existência de um grande número de serviços especializados em seu território, os gestores do SUS e seus usuários continuam enfrentando importantes obstáculos para acessá-los” (SPEDO, 2009, p.129).

Percebe-se, portanto, que como a saúde bucal, os serviços de saúde em geral enfrentam sérios problemas com a questão da integralidade.

Ao que parece, no presente estudo, a organização do serviço também não está conseguindo garantir a referência dos usuários aos CEOs e assim melhorar o acesso aos serviços de atenção secundária.

4.2.4 A Equidade no Trabalho da Equipe

Na área da saúde pública o conceito de equidade tem gerado amplos debates em vários países. No Brasil o tema é muito complexo devido a uma situação social marcada pela grande desigualdade. O SUS representa uma política de inclusão social que tem a equidade como um de seus princípios.

Segundo SENA & SILVA (2007, p773),

é fundamental reconhecer que as condições de saúde e de adoecimento estão determinadas pelas desigualdades que se expressam em indicadores de morbimortalidade, no acesso e na distribuição dos serviços, na formulação das políticas e na construção das práticas de saúde. Assim, tão importante quanto buscar a equidade, uma distribuição justa dos bens e dos serviços, é fundamental construir políticas que promovam a inclusão social, fundamental na afirmação da cidadania, uma vez que a inclusão é premissa para a equidade

Sendo o PSF um programa de reorganização da atenção básica que visa à mudança do modelo de assistência, baseia-se principalmente no princípio da equidade. Inicialmente a implantação do PSF foi definida priorizando as áreas de risco segundo o mapa da fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

A cidade de São Paulo é marcada por forte incidência de exclusão e desigualdade numa significativa parcela da população, caracterizando a periferia como área mais carente e segregada da cidade, onde houve um aumento no número de famílias que residem em verdadeiras condições emergenciais, desprovidas de serviços urbanos básicos e com condições mínimas de habitabilidade, com muita dificuldade no acesso aos serviços de saúde e educação e com falta de segurança e transporte público (COHN E COL, 1999).

O PSF, propondo-se a ser equânime, instalou-se na cidade priorizando as regiões periféricas de maior exclusão social. Este trabalho

procura saber como está sendo aplicado na UBS estudada o princípio da equidade (termo que aqui se refere à oferta, acesso e utilização dos serviços) e tenta analisar como o serviço organiza suas estratégias particulares no sentido de promover uma assistência que possibilite a realização igualitária das necessidades de seus usuários.

Esta pesquisa trabalha com a definição de equidade defendida por ZIONI, CHIORI E ALMEIDA (2001, p.35), em que pelo princípio da equidade:

...todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vidas. Assim os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes. O SUS não pode oferecer o mesmo atendimento a todas as pessoas, da mesma forma, em todos os lugares. Se isto ocorrer, algumas pessoas vão ter o que não necessitam e outras não serão atendidas naquilo que necessitam. O SUS deve tratar desigualmente os desiguais.

Assim: “o conceito de equidade, por sua vez, inclui a ideia de necessidade, ou seja, parte-se do princípio de que os indivíduos possuem diferentes necessidades e que, portanto, a simples partilha igualitária dos recursos não atenderia, obrigatoriamente, a essas necessidades. A impossibilidade de realizar as necessidades seria, então, vista como injusta ou iníqua” (BARATA, 2006, pag. 462).

Algumas falas puderam levar à discussão de critérios utilizados para determinar as prioridades da assistência, pois, embora se proponha um atendimento igualitário, em determinadas situações, torna-se necessária

uma hierarquização das prioridades, dando mais atenção a quem mais precisa. No entanto isso parece ser sentido por alguns como uma injustiça e um descaso com sua dor:

“eu falo dos meus problemas e eles marcam para um ano depois, é muito tempo, o problema não é resolvido rapidamente e se eu estou me queixando é porque preciso que resolvam logo, tem muita gente aqui. A demanda é muita para pouco profissional.” (Usuário 15)

Esse usuário foi marcado para um ano depois, provavelmente porque a ESB assim entendeu como necessário devido a sua classificação de risco. No entanto, essa prioridade, determinada na organização do serviço, é sentida pelo paciente como injusta ou iníqua, pois não atendeu a suas necessidades.

Outro paciente sente-se injustiçado apesar de não padecer de nada muito grave, por não ter muita atenção:

“Eu acho que eles dão preferência para os que estão em estado mais grave, aqueles que não têm muita gravidade como eu, eles não dão muita atenção.” (Usuário 13).

Será que esses usuários foram corretamente informados de que no PSF o serviço de saúde estabelece os critérios para a definição de prioridade no atendimento por meio da avaliação de risco dos agravos à saúde, a partir de critérios epidemiológicos da sua área de abrangência?

Essa definição de prioridades deveria ter sido amplamente informada e discutida com a comunidade, nos Conselhos de Saúde em nível local e municipal, mas parece que não foi.

A Secretaria Municipal de Saúde formulou recentemente as Diretrizes para Atenção em Saúde Bucal (SÃO PAULO, 2009), a qual apresenta todas as normas e critérios utilizados para o atendimento em saúde bucal, como o planejamento das ações segundo critérios de risco, a operacionalização das atividades coletivas, os princípios para agendamentos e os parâmetros de atendimentos individuais.

Os profissionais de saúde devem se apropriar dessas normas e critérios para poder informar o paciente, a fim de evitar sensações de descaso e injustiça. Devem-se informar bem os usuários e discutir com eles as resoluções, desde a definição de prioridades no atendimento até a maneira como se constrói a agenda na oferta de vagas. No entanto, parece que isso não tem ocorrido, possivelmente pela pressa para atender ao mesmo tempo o usuário e às normas burocráticas previstas.

Quanto à oferta de vagas para o atendimento, apareceu como insatisfação a questão das faltas às consultas marcadas, que é sentida como injusta:

. *“Eu acho que eles deveriam ser menos rigorosos com a questão do comparecimento nas consultas, pois quando a gente não vai poder vir na consulta e vem remarcar, eles remarcam para depois de 6 meses e se você não pode vir e não consegue avisar, mesmo que for uma vez já perde a vaga, eu trabalho fora o dia todo, tenho filha para cuidar, cuido da casa e deveria ter o direito de esquecer pelo menos uma vez a consulta.” (Usuário 14)*

“Eu acho que eles poderiam ser mais compreensivo em caso de falta, as vezes a gente está marcado e tem aparelho quebrado e eles não nos atende, eles remarcam, e a gente entende, mas se a gente falta eles reclamam, fala que vai perder a vaga. Não acho que só nós que temos que entender o lado deles e não eles o nosso.” (Usuário 4)

Também verifica-se nas falas dos usuários que o tempo determinado pela equipe para o retorno à consulta depois de terminado o tratamento é visto como injusto:

“gostaria que o retorno nosso fosse de 6 em 6 meses, hoje em dia eles marcam para a gente retornar depois de um ano, eu acho pouco vir ao dentista de ano em ano, eu sempre ouvi falar que era pra vir em dentista de 6 em 6 meses.” (Usuário 25)

“eu acho que o nosso retorno depois que termina o tratamento deveria ser de 6 em 6 meses e não de ano em ano como é agora” (Usuário 16)

A questão colocada por esses entrevistados foi muito pertinente, pois a população atendida na UBS estudada é de baixa renda e adoecer mais. Para PINTO (2003, p.34):

[...] a afirmativa tradicionalmente feita até meados da década dos anos 1980 de que a cárie dental era uma doença “democrática”, por manifestar-se igualmente em pobres e ricos, viu-se desmentida no levantamento do Ministério da Saúde pela constatação de que efetivamente os situados nos estratos de mais alta renda possuem menos cárie que os situados na base da pirâmide social e econômica.

Ainda de acordo com o mesmo autor: “a dieta de cada indivíduo é conseqüência do seu poder aquisitivo e também dos costumes e das tradições da comunidade em que vive. Num país como o Brasil, de economia açucareira por excelência, desde a época do descobrimento, as camadas populacionais de baixa renda consomem produtos à base de hidrato de carbono em proporções elevadas porque essa é uma fonte de energia muito mais acessível aos seus salários do que os alimentos proteínicos” (PINTO, 1994 p. 4).

Em pesquisa feita por BASTOS e col. (2007) sobre os determinantes da dor de dente, os autores verificaram que “quanto ao acesso a serviços, há evidências de que a utilização de serviços de saúde entre grupos sociais distintos é provocada por diferentes motivos: enquanto minorias étnico-raciais e grupos populacionais com menores níveis de escolaridade visitam o dentista por problemas de saúde bucal autopercebidos, indivíduos de cor branca e com maiores níveis de escolaridade o fazem para consultas preventivas ou de acompanhamento”.

Em outro estudo com objetivos semelhantes, CIMÕES e col. (2007) ao avaliar a influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias na cidade de Maceió, verificaram que “a classe social teve influência significativa na determinação das razões clínicas das perdas dentárias da população avaliada na cidade de Maceió” (p.1695).

De acordo com CHIESA e col. (2007, p.763): “equidade em saúde é quando todos os indivíduos de uma sociedade devem ter a justa

oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde e, no aspecto prático, ninguém deve estar em desvantagem para consegui-lo”.

Parece bastante razoável afirmar que quanto melhor a condição social do indivíduo, maior é sua possibilidade de conseguir evitar as doenças bucais, pois tem mais acesso aos serviços para prevenção e controle. Isto evidencia a necessidade de os serviços serem mais equitativos, com mais acesso, mesmo aos pacientes com pouca incidência de doenças, valorizando assim também a odontologia preventiva.

Assim, sendo uma população em que o nível e as condições de vida influem negativamente nos fatores causais das doenças bucais, ela deveria ter uma frequência maior de idas ao dentista do que uma vez ao ano, como o estipulado pelas equipes, visando a garantir uma forma mais equitativa de acesso ao serviço.

No entanto, podem ocorrer casos de usuários que estejam com boas condições de saúde bucal, mesmo pertencendo a uma classe social mais desfavorecida e não terem necessidade de voltar sempre ao dentista. Nesse caso, os usuários deveriam ser informados para não se sentirem injustiçados.

De acordo com as **DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL (*Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal*)** da Secretaria Municipal da cidade de São Paulo, há uma programação de retornos conforme a classificação de risco. O período para o retorno varia conforme o tipo do agravo e o grupo de risco em que se encontra o paciente (SÃO PAULO, 2009).

Porém parece que os profissionais da ESB da UBS estudada não estão totalmente conscientes dessas diretrizes e não informam os pacientes desses critérios e os motivos pelos quais alguns retornam com mais frequência às consultas, outros com menos. A falta de informações tem provocado nos usuários a sensação de injustiça.

4.3 PERCEPÇÕES DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

4.3.1 Educação em Saúde Realizada pela Equipe

As atividades educativas, conforme observado, limitam-se à oferta de algumas orientações. A forma como são realizados os grupos de escovação pela equipe de saúde bucal do serviço estudado é bastante discutível e aparece nas falas indicando que, em alguns pacientes, participar desses grupos desperta sentimentos como vergonha e constrangimento ao invés de contribuir positivamente para a saúde bucal:

“Eu tenho que tirar minha prótese e evidenciar meus dentes na frente de todo mundo, criança, adulto, jovens, eu acho muito chato.” (Usuário 18)

Apesar de muitos dos entrevistados acharem importante aprender como cuidar de seus dentes e de sua saúde bucal: *“nada como a gente aprender mais, nada como ser orientado”* (Usuário 11), em algumas falas, notou-se o surgimento de críticas aos grupos de orientação, pois os usuários revelam que é fundamental aprender como cuidar da sua própria saúde, mas que algumas posturas dos profissionais podem ter efeito negativo:

“às vezes a gente não está querendo ouvir, nem fazer aquilo que eles querem e eles ficam falando, tira o piercing, eu adoro o piercing e eles ficam falando para tirar, mas eu acho super bonito e cuido bem dele, eu escovo bem o piercing.” (Usuário 14).

“as orientações estão ajudando a cuidar do dente e a se prevenir contra doenças e agente só não faz mesmo porque tem preguiça.” (Usuário 1).

“as orientações são para nossa saúde mesmo, mas a gente relaxa um pouco e não faz direito.” (Usuário 9).

Pode-se notar que não está havendo uma transformação desses usuários com relação aos cuidados com sua saúde bucal e que as orientações estão sendo impostas com certo autoritarismo.

Segundo PINTO (2003), o saber técnico, ao se confrontar com o saber popular, não pode dominá-lo, impôr-se a ele. A relação entre estes dois saberes não poderá ser a transmissão unidirecional, vertical, autoritária, mas uma relação de diálogo, horizontal, bidirecional, democrática, diálogo entendido não como um simples falar sobre a realidade, mas como um transformar-se no conjunto dos dois saberes, na medida em que a própria transformação da realidade é buscada.

É preciso repensar a postura do profissional nas ações educativas e como o usuário recebe as informações dentro do universo em que vive, a fim de que a linguagem do educador e a do educando os aproxime, conseguindo estabelecer assim um diálogo, que não está acontecendo, pois segundo o educador PAULO FREIRE (2005, p.70):

“é através do diálogo que se opera a superação de que resulta um termo novo: não mais educador do educando, não mais educando do educador, mas educador-educando com educando-educador. Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os “argumentos de autoridade” já não valem”.

Segundo PELICIONI e col (2007, p.317): “pretende-se pela educação em saúde ampliar a capacidade das pessoas para a ação e para assumir o controle sobre sua saúde, a saúde de sua família e a saúde da comunidade, além de criar condições para que grupos e comunidades possam influir nas causas determinantes e condicionantes da saúde e doença de forma a melhorar o nível de qualidade de vida”.

Entretanto, os entrevistados da presente pesquisa parecem não ter incorporado os preceitos a que a educação em saúde se propõe. Assim, uma das formas de tentar reverter esse quadro, seria a maior participação da comunidade no controle das ações das equipes.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal mostraram que a atenção à saúde bucal deve considerar tanto as diferenças sociais quanto as peculiaridades culturais ao discutir alimentação saudável, manutenção da higiene e autocuidado do corpo, considerando que a boca é órgão de absorção de nutrientes, expressão de sentimentos e defesa (BRASIL, 2004).

Em pesquisa feita no município de Pompeu, Minas Gerais, para avaliar a inserção da odontologia no PSF, os autores concluíram que os profissionais que atuam nas equipes de saúde bucal do município estão despreparados para passar informações, muitas vezes fazendo-o de forma autoritária, o que demonstra que há falta de treinamento de toda a equipe para abordar determinados assuntos (ANDRADE E FERREIRA, 2006).

Em saúde bucal, é indiscutível a necessidade de escovar os dentes, passar o fio dental e ter alimentação o mais saudável possível, com baixo teor de açúcar, mas a questão sociocultural é mais forte do que somente o acesso a essas informações.

JUNQUEIRA (2006, p.22), revisando artigos científicos sobre a avaliação e a efetividade de ações de promoção em saúde bucal, destacou alguns achados, entre os quais:

- a) a fluoretação das águas é efetiva para a prevenção da cárie, assim como o uso do dentrífício fluoretado;
- b) o aumento do conhecimento individual sobre cuidados em saúde bucal pode ser conseguido durante a execução de ações de promoção, entretanto, o significado clínico e comportamental disso é desconhecido;
- c) a informação por si só não produz mudanças comportamentais a longo termo;
- d) a educação em saúde bucal individual é efetiva para reduzir níveis de placa bacteriana por um período curto;
- e) poucos estudos verificam o efeito do consumo de açúcares sobre a saúde bucal, notadamente a cárie;

f) campanhas na mídia são inefetivas para melhorar o conhecimento e a prática em saúde bucal e campanhas de escovação dental em escolas com o intuito de melhorar a higiene não são efetivas.

Assim, diante do exposto de que a educação em saúde bucal é efetiva e contribui para melhorar a saúde bucal da população, deve-se analisar, pesquisar e aperfeiçoar a prática dessa educação no sentido de conseguir mudanças nos comportamentos individuais, como estratégia de reduzir os problemas de saúde bucal dos indivíduos.

É necessário então, que se discuta a temática com a comunidade e que se preste atenção à forma como estão sendo passadas essas informações. De acordo com PELICIONI, M.C.F.; PELICIONI, A.F (2007, p.326) “a educação em saúde pretende ir muito além do que simplesmente informar ou tentar mudar comportamentos. Tem por objetivo preparar indivíduos para o exercício da cidadania plena, criar condições para que se organizem na luta pela conquista e implementação de seus direitos, para que se tornem aptos a cumprir seus deveres visando a obtenção do bem comum e a melhoria da qualidade de vida”.

Segundo uma das autoras acima citadas: “a informação por si só não leva as pessoas a adotarem estilos de vida saudáveis, a lutar pela melhoria de suas condições de vida e ambientais, ou modificar práticas que conduzam à doença. A informação é um aspecto imprescindível da educação, mas deve permitir a promoção de aprendizagens significativas para que funcione” (PELICIONI, 2000, p. 32).

A falta de recursos humanos com capacitação para a área educativa é uma questão a ser colocada perante esses fatores que aparecem no estudo, e nos leva a acreditar na necessidade de uma maior capacitação dos profissionais da saúde para o desempenho da função educativa que se propõe.

A educação em saúde deve estimular o indivíduo, através do autocuidado, a se tornar responsável pela própria saúde e a ter autonomia na

manutenção da saúde bucal, não a deixando a cargo somente dos profissionais de saúde.

Os entrevistados quando perguntados se tinham ou não boas condições de saúde bucal, referiam sempre ao fato de estar ou não em tratamento, como se sua própria saúde dependesse apenas da assistência odontológica:

“porque eu estou agora tratando os dentes aqui.” (Usuário 21)

“se não fosse o tratamento que eu recebo aqui, eu não teria boas condições de saúde bucal.” (Usuário 12)

“porque é melhor que antes, antes eu não tinha dinheiro para tratar, agora ficou mais fácil, aqui sempre que precisam eles atendem bem” (Usuário 7).

“devido ao tratamento que eu estou fazendo agora, porque pagar dentista é difícil e se não fosse o tratamento aqui eu ainda não teria boas condições de saúde bucal.” (Usuário 4).

“porque eu trato dos dentes, estou sempre vindo aqui no posto, fazendo acompanhamento. Agente tem acompanhamento, eu passo de ano em ano.” (Usuário 18).

“agora eu tenho boa condição de saúde bucal, antes de conseguir tratar aqui eu não tinha, porque era só no particular, aí nem sempre dava para pagar e meus dentes viviam ruins.” (Usuário 22)

“porque eu sempre passo aqui, estou sempre passando no dentista.” (Usuário 13)

Assim, nota-se que esses pacientes não se sentem capazes de contribuir para o controle de sua própria saúde bucal, embora a prevenção em odontologia esteja intimamente relacionada com o aparecimento de cáries e de outras doenças bucais. Hábitos saudáveis de alimentação e higiene podem reduzir a possibilidade do aparecimento de cárie e doenças bucais.

O autocuidado deve ser estimulado, tornando o paciente responsável pela sua própria saúde e capaz de desempenhar as tarefas possíveis de serem feitas. Então é preciso ter a preocupação de que os indivíduos estão

mesmo incorporando o processo, pois uma coisa é ouvir e aprender, mas muito mais importante é ouvir e incorporar.

Realmente, sem a educação da população de modo que realmente desperte a consciência para a prevenção e para o autocuidado e mude comportamentos, torna-se impossível promover efetivamente a saúde e melhorar os serviços de saúde e a saúde bucal da população, tão necessitada.

4.3.2 O papel do ACS no PSF

O ACS representa papel de destaque na ESF, pois é o elo entre a comunidade e o serviço. Faz parte da comunidade que atende, pois mora na mesma e executa suas funções com pessoas que lhe são próximas, como parentes, amigos e vizinhos, precisando ter habilidades que lhe permitam exercer suas funções lidando com a proximidade e intimidade que tem com a comunidade.

Segundo VALENTIM E KRUEL (2007), a confiança entre diversos atores envolvidos no PSF é de extrema importância para a eficiência do programa, mas mais importante ainda é a confiança dos demais atores sociais na figura do ACS, que tem papel central no processo, pois pode representar um importante facilitador e potencializador das ações voltadas para os usuários do SUS.

De acordo com o Ministério da Saúde, são atribuições específicas do ACS: realizar mapeamento de sua área; cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro; identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; identificar áreas de risco; orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário; realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica; realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;

estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras; traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipes (BRASIL, 2006).

Essas determinações mostram a diversidade e a importância das atividades do ACS no PSF, que têm um papel fundamental para que o programa funcione. Porém, na prática parece estar havendo um reducionismo dessas atividades, no entendimento da população, pois quando perguntados sobre o trabalho dos ACS que visitam sua residência, os que consideraram seu desempenho bom ou ótimo, o fizeram pelos seguintes motivos:

“eles marcam consulta, eles levam remédios.” (Usuário 16)

“tudo que eu preciso, ela procura estar resolvendo, marca oculista, médico e ela sempre atende o que eu preciso.” (Usuário 20)

“porque ele é atencioso, agenda as consultas.” (Usuário 2)

“porque ele sempre marca consulta aqui no posto para mim.” (Usuário 15)

“porque ela faz fichas, marca as datas das consultas.” (Usuário 24)

“a minha agente (ACS) sempre me ajuda, marca oculista, médico, sempre está marcando as consultas que preciso.” (Usuário 12)

Pelas falas dos entrevistados na pesquisa, percebe-se que o ACS não está conseguindo cumprir totalmente o seu papel. Conforme GOTTARDI E SILVA (2006), uma das queixas dos ACSs entrevistados era a desmotivação para algumas atividades, pois eles devem cumprir uma meta estabelecida de

visitas domiciliares, chamada 'produção', e dessa maneira acaba não sobrando tempo para fazer mais nada.

Em que pesem os limites das atribuições do agente, parece muito difícil conciliar tantos desafios impostos ao papel do ACS com 'produção', pois mais do que para os números, as metas dos ACS devem se voltar para o viés humanista da função, a fim de reconhecer as pessoas da comunidade, identificando seus problemas, suas necessidades e tentando interagir na relação desse usuário com as equipes de saúde. Assim, produção e quantidades não deveriam ter importância.

As atividades do ACS não podem se resumir às de uma secretária que marca consultas ou que fornece medicamentos. Conforme o documento do MS, o papel do ACS é muito maior do que isso. Ele deve ser formado e treinado para o desenvolvimento de suas funções. No início de seu trabalho no PSF, recebe cursos de formação para o desenvolvimento de suas atividades e mesmo depois segue participando de reuniões e recebendo cursos de educação continuada, o que é fundamental não só para ele, mas também para toda a equipe.

VILLAS BOAS E COL. (2008), ao investigar a prática educativa gerencial do enfermeiro no PSF em Natal/RN, relata a importância dos processos educativos: "o caráter inovador da Estratégia Saúde da Família evidencia uma série de desafios com características diversas. Com certeza, um desses desafios relaciona-se à necessidade de se definir o perfil de competências necessário aos profissionais inseridos no PSF, bem como aos seus processos de formação de educação continuada e permanente" (p.1359).

KOYASHIKI E COL. (2008) realizaram uma pesquisa em Londrina, no Paraná com ACS de duas USF, com o intuito de saber como é o trabalho em saúde bucal do ACS e perceberam, por meio da análise qualitativa das respostas, que, com relação ao trabalho que desenvolvem em seu cotidiano, há sentimentos de limitação. Com relação à saúde bucal o conhecimento

que os ACS tinham era o que eles haviam aprendido com outros membros da equipe, caracterizando um espelhamento da formação dos outros profissionais da equipe e uma reprodução do que haviam presenciado nas práticas curativas. Os autores acrescentam que “para que o ACS responda satisfatoriamente às expectativas que lhe são apresentadas diante do exercício profissional, considera-se de fundamental importância o seu aprimoramento técnico-científico, de forma continuada, visando ao desenvolvimento de suas potencialidades e aquisição de novas competências e habilidades”.

Outro estudo feito por FRAZÃO E MARQUES (2006) sobre o efeito da atuação dos ACS na percepção de saúde bucal em mulheres e mães de Rio Grande da Serra (SP) em que os autores aplicaram um questionário antes e depois da capacitação dos ACS, teve como resultado mais importante a mudança na percepção das mulheres e mães em relação a aspectos de saúde bucal, como efeito do trabalho dos ACS junto à população. Esse estudo nos mostra a importância que o papel do ACS pode ter como indutor da promoção da saúde.

Apesar da evidência e da comprovação por vários estudos da relevância do papel do ACS no PSF ele pode estar se enfraquecendo.

FERRAZ E AERTS (2005), ao estudarem o cotidiano de trabalho do ACS em Porto Alegre, nos mostraram também que o agente vem desenvolvendo algumas atividades que descaracterizam seu papel e ressaltaram a importância de se desenvolverem ações que potencializem o seu trabalho.

As declarações feitas pelos entrevistados desta pesquisa mostram igualmente que é preciso reafirmar o papel do agente, para deixar claro para o usuário, e até para os próprios ACSs, o que ele pode e deve fazer. Isto pode trazer mais confiança pessoal para o ACS e maior confiança dos usuários em seu trabalho, o que pode ser benéfico para todos.

Em pesquisa feita por VALENTIM E KRUEL (2007) para analisar a importância da confiança entre os principais atores envolvidos no PSF ficou concluído que “ para que os usuários se sintam mais seguros para permitir a entrada da equipe em suas casas e para fornecer-lhe as informações solicitadas, o ACS atua como peça-chave, uma vez que é o único indivíduo já conhecido por eles. Quanto mais confiarem nele, maior é a tendência de que confiem na equipe da qual ele faz parte” (p.784).

BEDIN (2006, p.207), ao avaliar o potencial de empoderamento do ACS do PSF da Coordenadoria de Saúde da Lapa, no município de São Paulo, observou que: “o ACS ressentia-se da falta de educação continuada, ampliando o aprendizado da fase inicial, provendo-o de outras habilidades para dar maior rendimento a suas ações, bem como capacitando-o para intervenções em campos mais complexos, por exemplo, nos grupos e na comunidade”.

Portanto, é claro e evidente o potencial que tem o trabalho do ACS e a importância da sua presença como papel chave no desenvolvimento das ações no PSF, assim como é evidente a necessidade de aumentar o grau de capacitação desse profissional, para que enfim o programa alcance os princípios aos quais se propõe.

4.3.3 A Credibilidade da População no Serviço Público

No artigo nº 196 da Constituição está escrito: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Sendo a saúde bucal parte integrante da saúde, a constituição brasileira também garante ao cidadão o direito a ela. No entanto, para que

essa garantia ao acesso universal e igualitário às ações e serviços se concretize é preciso que o cidadão que usufrui desse serviço acredite nele. A partir do momento em que o usuário não acredita no serviço ele não buscará e nem lutará pelo seu direito.

Nas falas fica muito claro como o serviço público encontra-se desacreditado pela população:

“não tem diferença entre aqui e o Posto que eu tratava antes, o que é do governo é tudo igual, quem não pode pagar tem que se conformar.” (Usuário 21)

“eu venho aqui sem muita confiança, porque se é Posto eu desconfio, porque eu acho que se está trabalhando aqui é porque são novos, sem experiência e que não vão ter os cuidados suficientes.” (Usuário 1)

É interessante notar a sensação de conformismo desses usuários, como eles parecem se contentar em usar um serviço de saúde que consideram ruim, sendo esse serviço tão essencial para suas vidas.

Será que eles não percebem que, como usuários têm potencial para modificar essa situação (por meio de reivindicações e de participação em Conselhos) a fim de dar qualidade melhor ao serviço que utilizam para cuidar de sua saúde?

Suas falas deixam transparecer uma sensação de falta de opção, pois mesmo não confiando no serviço e achando que os profissionais que realizam o atendimento não são adequados, continuam colocando sua própria saúde sob responsabilidade desse serviço. Essa falta de opção costuma ter relação com o fator econômico. Os usuários se submetem às dificuldades, muitas vezes pelo fato de o serviço procurado representar a alternativa mais viável, especialmente sob o aspecto econômico, para buscar a resolução de suas necessidades de saúde (LIMA e col., 2007).

Segundo VALENTIM E KRUEL (2007), a confiança permeia a vida de um indivíduo, em diversos momentos e relações, com consequências que afetam, de maneira importante, tanto a sua trajetória, quanto daqueles com os quais interage.

A falta de confiança no setor público foi sendo adquirida pela população, junto com a história do setor saúde no Brasil, por diversas razões, razões muitas vezes decorrentes de fatos reais e outras influenciadas pela mídia e ou outros setores. O SUS tem procurado desconstruir esse sentimento, pois quando o assunto é trabalho, tanto a confiança entre os colegas quanto aquela entre indivíduos e organizações irão trazer significativos impactos para a maneira como a pessoa se relaciona, produz e como é percebida pelas demais, aportando consequências, também para a organização (VALENTIM E KRUEL, 2007).

Em algumas falas fica evidente o problema do descrédito com o serviço público, comprometendo inclusive a percepção que o usuário teve do tratamento realizado. Ao indagar-se se os problemas de saúde bucal foram resolvidos na UBS pesquisada, a resposta foi a seguinte:

“só alguns eles resolvem, porque é do governo né, serviço de Postinho é assim mesmo, eles fazem o que podem.” (Usuário 22)

Quando perguntados se notavam a diferença entre o tratamento que estavam recebendo atualmente (PSF) e outro tipo de tratamento da rede pública anterior, também apareceu nas respostas a falta de confiança no setor público, comprometendo inclusive a capacidade do usuário em acreditar em alguma mudança:

“não muda nada, o que é do governo é tudo igual, a gente só de conseguir de graça né, tá bom.” (Usuário 12)

Nota-se ainda a falta de credibilidade quanto à capacidade do serviço de dar conta de uma grande demanda. Entre as respostas à pergunta sobre se indicariam a UBS pesquisada a algum parente ou amigo, estava a seguinte:

“não, porque se a gente fala que aqui é bom, vem todo mundo pra cá e a gente que mora aqui perto fica sem vaga, tem outros postos no bairro para eles irem.” (Usuário 10).

Neste sentido, merece destaque o fato de os usuários não indicavam o serviço, por receio de diminuir a qualidade do atendimento. Na percepção dos mesmos, se eles gostarem do serviço e indicarem aos parentes e amigos, aumentaria o número de pessoas para o atendimento e o serviço não conseguirá atender a todos com qualidade. Parece não confiarem na capacidade desse serviço de acolher a demanda, constatando-se uma sensação de fragilidade muito grande, o que confirma novamente o descrédito no serviço.

Enfim, não parece ser um trabalho fácil reverter essa situação e fazer com que a população confie no serviço público. Pode ser que leve anos, pois isso é consequência de uma somatória de experiências negativas. Entretanto, é preciso haver empenho para que o serviço público ganhe credibilidade dos usuários.

4.3.4 O Atendimento Compartilhado e a Privacidade no Atendimento – a Questão do Espaço Físico

O atendimento odontológico é realizado em um espaço físico chamado de consultório ou clínica, onde são devidamente instalados os equipamentos necessários para tal atendimento.

A simplificação do espaço físico destinado à clínica odontológica, composta por várias cadeiras, têm como objetivo básico a racionalização do trabalho odontológico, permitindo um aumento da produtividade profissional, com redução do tempo e melhor aproveitamento do pessoal auxiliar (BRASIL, 2006).

Um serviço de saúde bucal com um número maior de cadeiras, segundo PINTO (1994), contribui para um melhor trabalho em equipe, “antes limitado às quatro mãos, isto é, as duas do cirurgião-dentista mais as duas

da auxiliar odontológica, agora tem um trabalho a seis, oito ou mais mãos” (p.224).

Porém não se pode deixar que a produtividade e um maior aproveitamento do pessoal auxiliar leve a incômodo e desconforto do paciente. De acordo com ROBLES (2008, p.112), “a clínica deve ter uma capacidade que vai além do atendimento convencional, num ambiente que transmita segurança aos usuários para realizarem tratamento [...] um dos fatores que pode sensibilizar esta percepção da clínica pelo usuário, além do comportamento dos profissionais de saúde, são as condições de atendimento relacionadas ao espaço físico do ambiente da clínica”.

A saúde bucal no PSF é um serviço que tem uma estrutura física para atendimento que pode repercutir negativamente no usuário quanto a algumas questões culturais, como a privacidade do atendimento. Na UBS pesquisada, o atendimento odontológico é feito em uma sala clínica constituída por três consultórios, todos em uma mesma sala, sem divisória, posicionados em volta de um grande balcão, onde fica uma ACD o tempo todo para fornecer material para o atendimento e ir lavando os instrumentais que foram utilizados. Algumas pessoas podem se sentir acanhadas por haver outros usuários juntos no mesmo consultório.

O atendimento odontológico para a maioria das pessoas implicava em um momento de muita tensão: elas se sentiam extremamente envergonhadas ao abrirem suas bocas para o profissional de saúde, era um atendimento permeado de pudor e acanhamento pelo estado em que seus dentes se encontravam. Se tais sentimentos e sensações forem tratados com displicência pelos profissionais de saúde pode surgir um grande desconforto para o paciente.

A sociedade é marcada pela valorização da imagem, do sorriso, da estética. Ter dentes com cáries que comprometam o sorriso ou ter falta de alguns dentes pode levar até à exclusão social. Pode-se observar na rotina da clínica odontológica, que muitas vezes o paciente com comprometimento

do sorriso leva a mão à boca ao conversar ou ao sorrir para não compartilhar com o outro a sua imagem, nem com o profissional de saúde capacitado para melhorar sua condição bucal, nem com outros usuários que são atendidos numa mesma sala. A individualidade e a privacidade devem ser respeitadas como um direito, uma questão ética. Conforme FORTES & MARTINS (2000, p.32), “a privacidade é um princípio derivado da autonomia, e engloba a intimidade, a vida privada, a honra das pessoas, significando que são os próprios indivíduos que têm o direito de decidir...”.

Alguns usuários podem não ter boa saúde bucal devido a situação de privação social que os impede de realizar as medidas preventivas adequadas, como higiene e alimentação saudável, a ponto de às vezes não buscarem tratamento odontológico para não expor sua boca ao dentista, tampouco às pessoas da própria comunidade que ela vive, quando se realizam os atendimentos em grupo.

A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção -PNH do Ministério da Saúde, a chamada HumanizaSUS determina como um de seus objetivos para orientar a implementação de ações de humanização do SUS: “adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a **privacidade** (grifo da autora) e promovendo a ambiência acolhedora e confortável” (BRASIL,2004).

Entretanto, nas entrevistas da presente pesquisa aparece em algumas falas a insatisfação do usuário em ser atendido em um espaço compartilhado, com mais de um consultório, situação que agrava ainda mais seu constrangimento no atendimento:

“Eu acho que deveria ampliar e separar as salas, três consultórios numa sala tão pequena fica muito apertada, eu não me sinto bem, tenho vergonha.” (Usuário 16)

“Poderia aumentar mais a sala, fica tão apertadinho lá dentro, são três consultórios, mais os dentistas e as auxiliares, fica apertado pra todo mundo lá dentro, e quando você esta sendo atendida, todo mundo te vê, eu fico envergonhada.” (Usuário 3)

“Pra mim deveria melhorar a estrutura física, o espaço físico, os aparelhos precisavam ser mais modernos e os consultórios deveriam ser separados pelo menos por um biombo, atender todo mundo junto é chato.” (Usuário 13).

Os serviços de saúde bucal deveriam oferecer um mínimo de privacidade ao paciente no atendimento, de forma que um paciente sendo atendido não pudesse ver o outro, dando um pouco de individualidade e peculiaridade ao tratamento de cada um.

5. CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

O SUS, com pouco mais de vinte anos de existência, tornou-se uma política nacional de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados e avanços inquestionáveis para a saúde da população brasileira.

Neste mesmo período, a saúde bucal coletiva no SUS também apresentou avanços importantes, com o surgimento, pela primeira vez na história do Brasil, de uma política voltada inteiramente para o setor, o “Brasil Sorridente”, que trouxe inúmeros ganhos.

O PSF surge como uma estratégia primordial desse sistema de saúde com o compromisso de estruturar e consolidar os serviços de atenção primária no SUS.

A recente inserção da saúde bucal no PSF representou um avanço em saúde bucal coletiva. No município de São Paulo esta inserção é dinâmica e está em constante processo de evolução.

Esta pesquisa é um estudo de caso, que evidentemente não permite generalizações, e tem uma limitação temporal e geográfica. Assim sendo, seus dados são restritos à UBS estudada.

A análise e discussão dos resultados obtidos permitiram concluir que, na UBS estudada o PSF está contribuindo para um avanço da saúde bucal coletiva no SUS. Porém as percepções dos usuários trouxeram algumas subjetividades relevantes que, se consideradas, podem trazer uma maior aproximação do serviço com a comunidade, realizando mudanças efetivas no modelo de atenção, superando problemas e assumindo compromissos pautados para responder à necessidade e expectativas dos indivíduos e famílias dessa comunidade.

Pelas entrevistas ficou claro que na UBS estudada, o PSF não está conseguindo proporcionar uma relação entre usuário e profissional de saúde

onde se estabeleça vínculo, pois de acordo com as falas dos usuários, eles já foram atendidos por vários dentistas no decorrer do tratamento.

Percebe-se o desejo dos entrevistados de manter o tratamento sempre com o mesmo profissional, partindo do princípio de que só com o tempo se adquire confiança e vínculo com o dentista.

O vínculo no tratamento odontológico é de extrema relevância, posto que esse tratamento é um atendimento permeado de medo e tensão, os quais podem ser amenizados ou resolvidos quanto maior for a proximidade e intimidade do paciente com o dentista. Portanto, há uma necessidade grande de se conseguir manter os mesmos profissionais das equipes de saúde bucal no mesmo serviço.

A falta de autonomia dos usuários com relação à própria saúde bucal também compromete a humanização. Segundo a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção -PNH do Ministério da Saúde, a chamada Humaniza SUS, “pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, corresponsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem” (BRASIL, 2004).

Porém, nas entrevistas, os usuários não se sentem corresponsáveis por sua própria saúde bucal, pois, em sua grande maioria, relacionaram o fato de ter ou não boas condições de saúde bucal com terem tido ou não atendimento odontológico, como se ter ou não boas condições de saúde bucal não dependesse também dos cuidados que os mesmos realizam no seu dia a dia e só dependesse do tratamento, quando na verdade um complementa o outro.

Com relação ao acesso da população estudada ao serviço de saúde bucal, o PSF está conseguindo melhorar o quadro, pois a maioria dos entrevistados relatou que o tratamento realizado no PSF foi o primeiro de suas vidas. Podemos afirmar, no entanto, que, com relação ao acesso dos

usuários ao serviço como porta de entrada do sistema, as entrevistas e a análise documental mostraram que o acesso melhorou com o PSF.

O aumento do acesso aos serviços de saúde bucal no PSF da UBS estudada deve-se à organização do programa para absorver a demanda. As entrevistas mostraram que os usuários buscaram o serviço a convite do agente, a chamada busca ativa.

Entretanto, esse aumento do acesso aos serviços de saúde bucal gerou maior demanda por serviços especializados e os usuários que deles necessitam não estavam sendo a eles encaminhados e se queixavam de não terem onde fazê-lo.

A falta de serviços de especialidades odontológicas foi a queixa principal dos entrevistados. Eles não conheciam o tipo de serviço para atendimento especializado em odontologia, o CEO, e não sabiam que no bairro havia um.

Destaca-se o problema da referência aos serviços de atenção secundária em odontologia, pois a grande queixa dos entrevistados foi a necessidade de serviços especializados como prótese e endodontia e a falta de serviço para realizá-lo.

Assim, as práticas de saúde bucal no PSF da UBS Vila Espanhola não estão conseguindo resolver a maior parte dos problemas de saúde da sua população, comprometendo a integralidade do atendimento.

Ainda que a análise do presente estudo não tenha sido suficiente para afirmar se está ou não ocorrendo equidade na oferta e utilização do serviço, bem como para suprir as necessidades dos usuários, a análise de suas entrevistas mostrou em algumas falas a sensação do usuário de estar sendo injustiçado no estabelecimento de critérios para o atendimento.

A sensação de injustiça relatada pelos usuários, referia-se a algumas normas no atendimento: o tempo de retorno à consulta depois de terminado o tratamento que eles julgaram muito longo - um ano na maioria dos casos; a questão da perda da vaga devido às faltas foi considerada por alguns

como total falta de compreensão e injustiça e ainda; a falta de atenção para suas necessidades que às vezes o profissional considera sem necessidade imediata de intervenção, adiando seu atendimento. Como dito anteriormente, a falta de orientação e informação ao paciente está provocando neste uma sensação de injustiça. Os profissionais de saúde parecem não estarem cientes da necessidade da informação ao paciente sobre as normas que estabelecem os critérios para a definição de prioridades.

Na percepção do usuário algumas características do atendimento são iníquas, confirmando a hipótese de que pessoas com diferentes necessidades não podem estar recebendo o mesmo padrão de serviços de saúde bucal.

A proposta do PSF de colocar em prática os princípios fundamentais do SUS de equidade, universalidade e integralidade só pode ser viabilizada com um novo modelo assistencial por meio de equipes de saúde. Nas equipes de saúde do PSF, o ACS tem papel de destaque, é o principal responsável pela mediação entre as famílias e o serviço, pois representa um elo entre duas culturas diferentes, a da equipe, como profissionais e a da comunidade. Apesar disso, para os usuários entrevistados, o papel do ACS não parece tão claro, pois muitos o consideram importante para marcar apenas as consultas.

Essa percepção do papel do ACS como uma secretária que agenda consultas no médico ou no dentista requer o fortalecimento do importante trabalho desse profissional perante a comunidade. Essa perspectiva de fortalecimento deve ser direcionada tanto para a população quanto para os profissionais, incluindo os próprios agentes, através da educação continuada e das discussões com os Conselhos.

As ações das ESBs na UBS estudada permitiram desvendar algumas interferências que essas ações estavam tendo nas relações do serviço com os usuários, como a do processo de educação feito pela equipe.

Alguns usuários entrevistados se queixaram do modo como são realizados os grupos de orientação de escovação, falando sobre o constrangimento, pois é necessário muitas vezes mostrar ao profissional seus dentes com a placa evidenciada na frente de todos ou ainda retirar suas dentaduras ou próteses parciais perante as pessoas.

Os grupos são um importante espaço de educação em saúde com forte potencial de estímulo aos cuidados em saúde e à participação popular, pois facilitam o exercício da cidadania, através da união e de relatos que identifiquem os mesmos problemas. Pode ser ainda uma alternativa para que as pessoas retomem papéis sociais e/ou outras atividades de educação em saúde e ainda possibilitam que usuários com dificuldades semelhantes se reúnam, estreitando o convívio entre pessoas com os mesmos problemas de saúde.

Porém, os grupos podem gerar situações conflitantes para os usuários, principalmente quando são feitos para educação em saúde bucal. Alguns depoimentos mostraram a queixa de alguns referente à forma como são realizados os grupos de educação em saúde na unidade.

Muitos se sentem constrangidos de mostrar sua boca e sua placa evidenciada por uma substância vermelha que mostra bem aonde ele não escovou; outros sentem vergonha de ter que tirar a sua prótese na frente de todos e alguns ainda se sentem pressionados a fazer o que não querem, a pedido do profissional de saúde, como ter que tirar o piercing da boca.

Esses grupos precisam despertar nos usuários o interesse por sua saúde bucal e pelos cuidados que devem dispensar a ela. Porém, mediante constrangimento e vergonha, será difícil ter uma verdadeira mudança de atitude e assim não se conseguirá nenhum impacto sobre a saúde da população, nem mesmo os propósitos da educação em saúde, principalmente o de ser transformadora.

A individualidade e a privacidade do paciente devem ser princípios éticos aos quais o profissional de saúde deve ficar muito atento no âmbito de

um serviço de saúde. A racionalidade do trabalho não deve se impor ao direito de privacidade do usuário.

Essa individualidade e privacidade também incluem o local onde se realiza o atendimento odontológico, a clínica, que deve ser um local acolhedor, onde o usuário se sinta bem e respeitado. Transformar também o modelo de atenção é proposta do PSF e requer ambientes 'saudáveis', confortáveis, adequados ao atendimento local. O ambiente físico reflete o modelo de atenção a que se propõe, podendo ser ou não acolhedor.

Embora a clínica odontológica com várias cadeiras numa mesma sala vise otimizar o atendimento e a utilização de recursos humanos, verifica-se um que existe certo incomodo dos usuários por serem atendidos ao lado de outros pacientes numa mesma sala. Parece que a estrutura física da clínica odontológica da unidade estudada está causando no paciente certa tensão e estranhamento.

Há de se reconhecer que os imperativos de ordem prática para a organização dos serviços de saúde exigem racionalização do espaço, porém, não podemos deixar de reconhecer que se faz necessária uma abordagem mais humana do atendimento, com vistas ao acolhimento, dando a cada um ao menos um pouco de privacidade.

Enfim, outra questão surgida nas entrevistas foi a falta de credibilidade no serviço público. Parece que a população não confia no serviço que lhe é oferecido. Observou-se um alto grau de desconfiança para o atendimento em geral pelo simples fato de ser serviço público, não tendo relação especificamente com o atendimento que tiveram na unidade.

Neste sentido, este estudo conseguiu mostrar que a inserção da saúde bucal no PSF ainda apresenta algumas questões relevantes que dificultam a concretização de um modelo de atenção eficaz caracterizado pela humanização do atendimento, a integralidade em saúde bucal, a equidade e o acesso.

6. RECOMENDAÇÕES e SUGESTÕES

6. RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

O PSF é um programa principal da atenção básica hoje no Brasil que tem como princípios primordiais o vínculo, a equidade, a universalização do acesso e a integralidade da atenção. São necessárias intervenções específicas para que esses princípios sejam sentidos pela população como realidade.

Deve-se manter os profissionais por mais tempo nas equipes para garantir o vínculo, pois os usuários entrevistados estavam muito incomodados por terem que trocar sempre de dentista ao longo do tratamento. Há necessidade de se estabelecer vínculos trabalhistas mais estáveis e duradouros a fim de se manter os profissionais por maior tempo nas equipes, no caso da UBS estudada, os dentistas especificamente.

Outra questão mostrada na pesquisa foi a falta de encaminhamento aos serviços de atenção secundária em odontologia. É preciso investigar os entraves que estão impedindo que aconteça o serviço de referência aos serviços especializados. Os usuários não estão conseguindo ter acesso a esses serviços apesar de a região ter um CEO para fazê-lo.

É importante também que se discutam entre os profissionais da equipe e a comunidade algumas questões que são vistas pelos usuários como injustas ou iníquas como os critérios utilizados para determinar as prioridades da assistência; o problema da perda de vaga devido à falta dos pacientes às consultas e o tempo ideal para se marcar a consulta no final do tratamento. Os usuários não conheciam na presente pesquisa os critérios para definição de prioridades no atendimento, portanto é necessário que os profissionais de saúde discutam e os informem sobre esses critérios para que, conhecendo as normas, os critérios e os protocolos técnicos não se sintam injustiçados.

É preciso ter mais tolerância com as faltas dos usuários. Todo serviço precisa ter regras estabelecidas e elas existem para serem cumpridas, não

há dúvida. Contudo, às vezes, um pouco de flexibilidade e compreensão funciona melhor do que regras muito rígidas.

Também precisa ser discutida com a comunidade a questão do tempo do retorno à consulta após o término do tratamento, considerado muito longo pelos usuários. Realmente, em saúde bucal há uma tradição que diz que devemos ir ao dentista de 6 em 6 meses e no caso da UBS estudada, o retorno é marcado para um ano depois, visto pelos usuários como longo demais. Seria interessante abrir essa discussão com a comunidade e tentar chegar a um consenso, para que o critério não seja visto como injusto pelos usuários.

Outro aspecto questionado foi a maneira como são realizados os procedimentos coletivos e os grupos de orientação, que poderia ser aperfeiçoada por meio do processo de capacitação e de educação continuada dos profissionais das equipes para não constranger o paciente.

Uma contínua capacitação dos profissionais de saúde pode trazer às equipes instrumentos que ajudem a aperfeiçoar o processo de educação em saúde e os procedimentos coletivos, tendo assim uma sincronia maior do serviço com a população atendida e aumentando a possibilidade de esta população acreditar mais no serviço público, que aparece tão desacreditado nas entrevistas.

Para isso é preciso mudar o foco, olhando mais para o usuário. O profissional de saúde deve ter mais disponibilidade para conhecer as percepções dos usuários sobre o serviço, abrindo diálogo e proporcionando ao usuário ferramentas que o ajudem a compartilhar com a equipe suas preocupações e necessidades. O presente estudo contém um pouco destas percepções e representações e espera contribuir como uma soma nesse sentido.

7. REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C. **SUS passo a passo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

ARAUJO, M.E.; FRIAS, A.C.; JUNQUEIRA, S.R. **Odontologia em Saúde Coletiva** – Manual do Aluno. Faculdade de Odontologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

ARAÚJO, M.E. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.179-182, jan/mar. 2006.

BALDANI, M.H. **A experiência em cidades de médio e pequeno porte do Paraná**. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J., (Coord.). Saúde bucal das famílias, trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.p. 154-169.

BARATA, R.C.B. Desigualdades sociais e saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec ; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 457-486.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BEDIN, N. **Agente comunitário de saúde e empoderamento: o caso da Coordenadoria de Saúde da Lapa**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo.

BOURGET, M.M.M. (Org.). **Programa Saúde da Família: manual para o curso introdutório**. São Paulo: Editora Martinari, 2006.

BOTAZZO, C; CANO, A.M.G. Aspectos psicológicos do tratamento odontológico. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.18, p.42-49, mar/abril. 1986.

BOUSQUAT, A.; COHN, A.; ELIAS, P.E. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 9, p.1935-1943, set. 2006.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Regulamenta o Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set 1990b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal:** Brasil, zona urbana, 1986. Brasília, DF, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Trabalho do agente comunitário de saúde.** Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde:** Carta de Ottawa. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF.** Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho de Saúde. **Conferência Nacional de Saúde Bucal, 3.** Relatório Final. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003:** resultados principais. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH.** Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **3ª Conferência nacional de saúde bucal :** acesso e qualidade superando exclusão social. Relatório Final. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços Odontológicos:** prevenção e controle de riscos. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal.** Brasília, DF, 2006 (Cadernos de Atenção Básica n.17).

BRASIL. Ministério da Saúde. Programas de Saúde. **Brasil Sorridente**. Brasília, DF, 2004 Disponível em URL: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.afm?_area=46. Acesso em: 21 agosto 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de especialidades em saúde bucal**. Brasília, DF, 2008.

BUSS, P.M. **Promoção da saúde e saúde pública**. Rio de Janeiro. ENSP, 1998.

CAPUCCI, P.F. As mudanças na política de saúde em São Paulo: a gestão descentralizada. In : MENDES A.; SOUSA M.F.(Org.). **Tempos radicais da saúde em São Paulo**. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 43-72.

CAMPOS, G.W. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS,R.S. A Promoção À Saúde E A Clínica: O Dilema “Promocionista”. In : CASTRO, A.; MALO, M. (organizadores). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec; 2006, p.62-74.

CAMPOS, R.T.O; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In:CAMPOS, G.W.S et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

CHAUI, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 1996.

CHAGAS, R.A. Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal. In ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C. **SUS passo a passo**: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. São Paulo: Hucitec, 2007, p.685-702.

CHAVES, S.C.L.; SILVA,L.M.V. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 6, p. 1697-1708, nov/dez. 2007.

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

CHIESA, A.M.; SOUZA, M.F.; CALIFE, K.B.. O PSF na maior cidade do país: nasceu algo diferente! In: MENDES, A.; SOUSA, M.F. (Org.). **Tempos radicais da saúde em São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.239-258.

CIMÕES, R. et al. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 6, p. 1691-1696, nov/dez 2007.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P.R.; KARSCH, U.S. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1999.

ELIAS, P.E.; FERREIRA, C.W.; ALVES, M.C.G.; COHN, A.; KISHIMA, V.; ESCRIVÃO JUNIOR, A.; GOMES, A.; BOUSQUAT, A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 633-641, julho/set 2006.

ESPERIDIÃO, M.A.; TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 6, p.1267-1276, jun.2006.

FERRAZ, L; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 347-355, 2005.

FERREIRA FILHO, J.S. et al. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no Município de Niterói – RJ. A satisfação do usuário como critério avaliador. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.45, n.7, p.393-402, abril 1996.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.259-267, fevereiro de 2009.

FORTES, P.A.C.; MARTINS, C.L. A Ética, a Humanização e a Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.53, n.especial, p.31-33, dez.2000.

FRAZÃO,P; MARQUES,D.S.C. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimento de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11 n. 1, p. 131-144, jan/mar 2006.

FRAZÃO,P.; NARVAI, P.C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde : 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33 n.81, jan./abr. 2009.

FREIRE, P.; **Pedagogia do Oprimido**, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4.ed. São Paulo : Atlas, 1994.

GOTTARDI, R.L.B.; SILVA,A.L. Ações educativas: o agente comunitário do Programa de Saúde da Família do município de Francisco Morato, em São Paulo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.30 n.73/74, p.275-276, maio/dez. 2006.

GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. 3. ed. São Paulo: Santos, 1991.

INOJOSA, R.M.. Intersectorialidade e rede de compromisso social na metrópole paulista. In: MENDES A; SOUSA MF. (Org.) **Tempos radicais da saúde em São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 2003, p.93-106.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios** (PNAD, 1998). Acesso e utilização de serviços de saúde Rio de Janeiro, 2000.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA; **Anuário Estatístico do Brasil, 2003**. Rio de Janeiro, 2004.

JUNQUEIRA, S.R. **Efetividades de procedimentos coletivos em saúde bucal**: cárie dentária em adolescentes de Embu, SP. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

JUNQUEIRA, S.R. Fendas Orofaciais. In: ANTUNES, J.L.F; PERES, M.A. **Fundamentos de Odontologia**: Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan. 2006.

KALAMATIANOS, P.A. **Regulação da Atenção à Saúde Bucal no Brasil**: ações regulatórias sobre os serviços públicos e privados. São Paulo, 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

KOYASHIKI, G.A.K.; SOUZA, R.A.A.; GARANHANI, M.L. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 4, p. 1343-1354, julho/agosto. 2008.

LASCALA, N.T.: **Prevenção na Clínica Odontológica**: Promoção de Saúde Bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

LIMA, M.A.D.S.; DONATELA, D.R.; ROSA, R.B.; NAUDERER, T.M.; DAVIS, R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.1, Jan/Marc. 2007.

LUVISON, I.; BALDISSEROTTO, J. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Porto Alegre, RS, In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J., coordenadores. **Saúde Bucal das Famílias**, trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008, p.125-135.

MANFREDINI, M.A. Saúde Bucal Coletiva e Cidadania: Construção Social do Campo das Práticas e da Produção dos Sentidos. In: MACAU LOPES, M.G. **Saúde Bucal Coletiva**: implementando idéias, concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008.

MANFREDINI, M.A.: Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Brasil, In: DIAS, AA, organizador. **Saúde Bucal Coletiva**: Metodologia de Trabalho e Práticas. São Paulo: Editora Santos, 2006.

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

MICHAELIS: **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos. 1998.

MINAYO, M.C.S.. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

MOYSÉS, S.J.; NASCIMENTO, A.C.; GABARDO, M.C.L.; DITTRICH, R. Apontamentos para estudos e debates sobre a Estratégia Saúde da Família. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J., coordenadores. **Saúde Bucal das Famílias**, trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008, p.47-64.

MORA, J.F. **Dicionário de Filosofia**. – 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MOREIRA, T.P.; NATIONS, M.K.; ALVES, M.S.C.F. – Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23 n.6, p. 1383-1392, junho, 2007.

NARVAI, P.C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2001.

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

NARVAI, P.C. ; FRAZÃO, P. Saúde Bucal Coletiva in LUIZ, R.R.; COSTA, A.J.L.; NADANOVSKY, P., organizadores. **Epidemiologia e Bioestatística na Pesquisa Odontológica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

NARVAI, P.C. ; FRAZÃO, P. Epidemiologia, Políticas e Saúde Bucal Coletiva. In: ANTUNES, J.L.F; PERES, M.A. **Fundamentos de Odontologia**: Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan. 2006.

NARVAI, P.C.; BELTRAME, N.S. Participação Comunitária como Instrumento Propulsor de Políticas Públicas de Saúde Pautadas na Integralidade. In: MACAU LOPES, M.G. **Saúde Bucal Coletiva**: implementando idéias, concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008.

NIIMI, R.: A Mensagem do Unicef. In: MENDES A; SOUSA MF, organizadores. **Tempos radicais da saúde em São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 2003, p.84-87.

NOBREGA, T.P. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.13 n.2 maio/ago.2008.

PELICIONI, M.C.F. **Serviços de Saúde: Utilização e Opinião dos Usuários**. 1989. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PELICIONI, M.C.F. **Educação em Saúde e Educação Ambiental**. Estratégias de Construção da Escola Promotora da Saúde. 2000. Livre Docência (Livre Docência em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PELICIONI, M.C.F.; PESSINI, L.; CAMPINAS, L.L.S.L.; PELICIONI, A.F. Educação e Promoção da Saúde: bases para a cidadania e a qualidade de vida. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 31, n.3, p.317, julho/set. 2007.

PELICIONI, M.C.F.; PELICIONI, A.F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 31, n.3, p.320-328, julho/set. 2007.

PINHEIRO, R.S.; TORRES, T.Z.G. Uso de Serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.999-1010, out./dez. 2006.

PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.687-707, Nov. 2002.

PINTO, V.G. **Característica do subsistema público federal de prestação de serviços em odontologia**. 1997. 183p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PINTO, V.G.: **Saúde Bucal - Odontologia Social e Preventiva**. São Paulo: Livraria Santos Editora; 1994.

PINTO, V.G. Epidemiologia das Doenças Bucais no Brasil. In: KRIGER L, organizador. **Promoção de Saúde Bucal: paradigma, ciência, humanização**. 3º ed. São Paulo; Artes Médicas; 2003. p.1-24.

POLITO, A.G. **Michaelis Dicionário de Sinônimos e Antônimos**. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2006.

PUCCA, G.A. A Política Nacional de Saúde Bucal como Demanda Social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.11, nº1, p.243-248, março, 2006.

RIBEIRO, M.C.S.A.; BARATA, R.B.; ALMEIDA, M.F.; SILVA, Z.P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS –PNAD. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.11, nº4, p.1011-1022, out/dez, 2006.

ROBLES, L.P. **Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007**. 2008.159p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo.

ROCHA, M.A.C. **Um estudo sobre a Percepção**: Mearlau-Ponty e Piaget. 1991.184p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

ROSA, A.L.; FERREIRA, C.M. Ansiedade Odontológica: nível de ansiedade, prevalência e comportamento dos indivíduos ansiosos. **Revista Brasileira de Odontologia**, São Paulo, 1997.

ROCHA, R.A.C.P.; GOES, P.S.A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.24 no.12, dez. 2008.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Implantando o PSF no município de São Paulo**. São Paulo, 2002.

SÃO PAULO. Secretaria de Economia e Planejamento. 2007. [acesso 2007 fev 12] Disponível em [HTTP://WWW.seade.gov.br](http://WWW.seade.gov.br)

SÃO PAULO. Prefeitura do município de São Paulo. **O Programa Saúde da Família – PSF**. São Paulo, 2002.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal de Planejamento – SEMPLA. Departamento de Estatística e Produção de Informação – DIPRO. **Município em Mapas**. São Paulo, 2008.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de saúde Bucal. **Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal.** São Paulo, 2009.

SCARPIN, J.E.; SLOMSKI, V. Estudos dos fatores condicionantes do índice de desenvolvimento humano nos municípios do estado do Paraná: instrumento de controladoria para tomada de decisões na gestão governamental. **Revista de Administração. Pública.** Rio de Janeiro, vol.41, n.5, set./out. 2007.

SENA, R.R.; SILVA, K.L. Políticas e Práticas de Saúde rumo à Equidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, vol.41, nº esp, p.771-6, 2007.

SENNÁ, M.C.M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, vol.18 supl., p.203-211, 2002.

SILVA PINTO, N.R. **A (re) construção do SUS no Município de São Paulo (SP): uma avaliação sobre a incorporação da integralidade na política municipal de saúde.** 2009.180. Tese (Doutorado em saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SIMÕES, W.A. **Prevenção de Oclusopatias.** Ortodontia. Ed. Santos. 1978.

SOUSA, M.F. O PSF na cidade de São Paulo trabalhando em parcerias: o compromisso possível. In: MENDES A; SOUSA MF, organizadores. **Tempos radicais da saúde em São Paulo.** 1ªed. São Paulo; Hucitec;. p.89-92, 2003.

SOUSA, M.F.; MORAIS, F.; SANTANA, P. A trajetória dos dez anos do Programa Saúde da Família em Camaragibe: enraizando a integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate,** Rio de Janeiro, nº31, p,12-18, dezembro 2004.

SOUZA, D.S. Visão político-programática da participação da saúde bucal na ESF. Uma visão o âmbito estadual. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J., coordenadores. **Saúde Bucal das Famílias,** trabalhando com evidências. 1ª ed. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2008.

SOUZA, E.C.F.; VILAR, R.L.A.; ROCHA, N.S.P.D.; UCHOA, A.C. Acesso e Acolhimento na Atenção Básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24, supl.1. 2008.

SÓRIA, M.L.; BORDIM, R; COSTA FILHO, LC. Remuneração dos serviços de saúde bucal: formas e impactos na assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.18, nº6, p.1551-1559.

SPEDO, S.M. **Desafios para implantar a integralidade da assistência à saúde no SUS: estudo de caso no município de São Paulo (SP)**. 2009. 180p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

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

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.14, nº 2, p. 429-435, abril/junho, 1998.

TURATO, E.R. **Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico – Qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

TURATO, E.R.; RICAS, J.; FONTANELLA, BJB. Amostragem por Saturação em Pesquisas Qualitativas de Saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1), jan. 2008.

VALENTIM, V.L.; KRUEL, A.J.: A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.12, nº3, p.777-788, 2007.

VILLAS BÔAS, L.M.F.; ARAÚJO, M.B.S.; TIMÓTEO, R.P.S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.13, nº4, p.1355-1360, 2008.

WEYNE, S.C. A Construção do Paradigma de Promoção de Saúde – Um Desafio para as Novas Gerações. In: KRIGER L, organizador. **Promoção de Saúde Bucal: paradigma, ciência, humanização**. 3º ed. São Paulo; Artes Médicas; 2003. p.1-24.

ZANETTI, C. H. G. **OPINIÃO: a inclusão da Saúde Bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS**. Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>>. Acesso em: dez. 2007.

ZANETTI, C. H. G. **As marcas do mal-estar no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80**. Rio de Janeiro, 1993. 152 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

ZIONI, F.; CHIORO, A.; ALMEIDA, E.S. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S., organizadores. **Gestão de Serviços de Saúde**. 1ª ed. São Paulo; Edusp;2001.

ZIONI, F.; SOUZA, D.V. : “Pesquisa social: métodos aplicados ao saneamento” . In: PHILIPPI, A.J. (Org.). **Saneamento, Saúde e Ambiente** – fundamentos para um desenvolvimento sustentável. 1ª Ed., Barueri, SP, Ed. Manole, 2005, p. 599-622.

YIN, R.K. **Estudos de caso: planejamento e métodos**. 3ª ed., Porto Alegre: Bookmam, 2005. 212p.

8. ANEXOS

8. ANEXOS

Anexo 1: INSTRUMENTO DE PESQUISA – QUESTIONÁRIO.

DATA DA APLICAÇÃO: __/__/__

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

1. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

2. Data de Nascimento: ____/____/____

3. Estado Civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Divorciado(a) ou Separado(a) ou Viúvo(a)
☐ Casado(a)

4. Endereço:

Há quanto tempo você mora nesse endereço? _____

5. Formação Escolar:

- ☐ 1 grau completo ☐ 1 grau incompleto
☐ 2 grau completo ☐ 2 grau incompleto
☐ Superior Completo ☐ Superior Incompleto

6. Qual sua renda familiar mensal ?

- ☐ até 1 salário mínimo
☐ até 2 salários mínimos
☐ até 3 salários mínimos
☐ mais de 3 salários mínimos

7. Você está trabalhando atualmente?

- ☐ Sim ☐ Não

8. Qual sua profissão?

9. Há quanto tempo você usa a UBS Vila Espanhola?

OPINIÕES À RESPEITO DA SUA PRÓPRIA SAÚDE

1. Você acha que hoje você tem boas condições de saúde bucal?

() Sim

() Não

Porque? _____

2. Nos últimos trinta dias você deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, correr, brincar) por algum problema odontológico ?

() Sim

() Não

3. Nos últimos trinta dias você deixou de se alimentar por problemas bucais?

() Sim

() Não

4. Nos últimos trinta dias você teve alguma dor ou desconforto na boca?

() Sim

() Não

OPINIÕES À RESPEITO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

1. Você teve ao menos uma experiência de atendimento pelas equipes de saúde bucal na UBS Vila Espanhola nos últimos seis meses antes da realização da entrevista na pesquisa?

() Sim

() Não

2. Você já foi atendido por outro tipo de serviço em odontologia na rede pública, que não fosse o PSF?

() Sim () Não

Você considera o atendimento do PSF :

() melhor () pior () igual

Por que?

3. Quais sugestões você daria para melhorar o trabalho das Equipes de Saúde Bucal ?

a. _____

b.

c.

4. Para ser atendido pelas Equipes de Saúde Bucal,você:

- ☐ procurou o serviço
☐ foi convidado
☐ foi através de visita domiciliar
☐ outro meio. Qual ?
-

5. No atendimento da UBS foi realizado o tratamento até o fim ?

- ☐ Sim
☐ Não. Porque? _____

6. O que você achou do tratamento que foi feito?

- ☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo ☐ não sei
Por que?

7. Suas necessidades tem sido satisfeitas pelas Equipes de Saúde Bucal?

- ☐ Sim
☐ Não Por que?

8. Os problemas de saúde bucal que fizeram com você procurasse a UBS foram resolvidos?

- ☐ Sim ☐ Não
Por que?
-

9. Você tem tido atendimento por consultas agendadas?

- ☐ Sim
☐ Não

10. Você tem conseguido atendimento de emergência em caso de dor ou outro tipo de desconforto na UBS Vila Espanhola ?

- ☐ Sim
☐ Não

Por
que? _____

11. Qual sua opinião sobre as orientações dos profissionais que fazem parte das Equipes de Saúde Bucal sobre prevenção e promoção da saúde,você considera:

- ☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo ☐ não sei

Por
que? _____

12. Você considera que o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde da Equipe de Saúde Bucal é:

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

Por que ?

13. Você considera que o trabalho das Auxiliares de Cirurgiões- Dentista (ACD) da Equipe de Saúde Bucal é :

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

Por que?

14. Você considera que o trabalho dos Técnicos de Higiene Bucal (THD) da Equipe de Saúde Bucal é:

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

Por que ?

15. Você considera que o trabalho do Dentista da Equipe de Saúde Bucal é :

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

Por que?

16. Você indicaria as Equipes de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família para algum parente ou amigo ?

() Sim () Não

Por

que? _____

17. O que você acha do horário de atendimento das Equipes de Saúde Bucal na UBS Vila Espanhola?

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

Por

que? _____

Anexo 2:

**CRONOGRAMA DO PROJETO INTITULADO
“SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, UMA
PERSPECTIVA DO USUÁRIO”**

Atividades / meses do ano	2007												2008												2009											
	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A					
Início																																				
Seminário do Pre´-Projeto																																				
Pesquisa e leitura de textos																																				
Entrega do projeto para apreciação do Comitê de Ética																																				
Qualificação do Projeto																																				
Coleta e análise dos dados																																				
Redação da dissertação																																				
Entrega de minuta para pré-banca																																				
Defesa, revisão e depósito da dissertação

Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904
São Paulo – Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Mara Silvia Galletti Munkeviz, RG nº 19621381. Sou dentista e aluna do curso de mestrado da Faculdade de Saúde Pública da USP e estou realizando uma pesquisa intitulada: Saúde Bucal e o Programa Saúde da Família: uma perspectiva do usuário .

Esta pesquisa tem o objetivo de saber sobre a satisfação do usuário das Equipes de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família. Para tanto, gostaria de contar com sua participação, por meio de entrevista a ser agendada conforme sua disponibilidade. Essa entrevista ficará à minha disposição, caso queira examiná-la. A sua participação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a sua pessoa. As informações coletadas serão mantidas sob sigilo e em hipótese alguma colocarão em risco o seu acompanhamento e atendimento na unidade de saúde e, tampouco, serão reveladas integralmente ou em partes aos profissionais que trabalham no serviço.

Fica garantido que apenas o pesquisador terá acesso ao que for relatado. Seus dados pessoais serão mantidos em anonimato e os resultados gerais obtidos por meio da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho exposto acima.

Esse Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo uma permanecerá em seu poder e a outra com o pesquisador responsável.

O retorno da pesquisa será por meio da divulgação da dissertação. Havendo qualquer problema ou ainda, caso queira alguma informação adicional, o pesquisador poderá ser contatado no telefone constante deste Termo ou nos Comitês de Ética em Pesquisa da SMS-SP e FSP-USP, situados na cidade de São Paulo, respectivamente à R. General Jardim, 36-2º andar-fone32184043 e Av. Dr. Arnaldo, 715-fone30667779.

São Paulo, ____ de _____ de

200

Mara Silvia Galletti Munkeviz
Pelicioni

Profa. Dra. Maria Cecília Focesi

Pesquisadora Responsável
Telefones:
Res: 36413291 e Cel: 98367470

Orientadora
Telefones: 30617751

Declaro que fui devidamente esclarecido(a) e consinto em participar da pesquisa

Nome:

Tel: